Hoe ervaren patiënten met depressie in de huisartsenpraktijk de iFightDepression zelfhulptool?

Eva Braet, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Chantal Van Audenhove, LUCAS KU Leuven

Co-promotoren: Dr. Tom Declercq, Universiteit Gent
Dr. Evelien Coppens, LUCAS KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

De voorbije twee jaar hebben veel mensen me geholpen om deze thesis tot stand te brengen.
Ik zou graag al deze mensen willen bedanken.

Eerst en vooral gaat mijn dank uit naar mijn promotor Prof. Chantal Van Audenhove en co-promotoren Dr. Evelien Coppens en Dr. Tom Declercq voor hun raad bij de uitwerking van mijn onderzoeksopzet, voor het geven van opbouwende feedback en voor de hulp bij het schrijven van mijn thesis.

Mijn dank gaat verder uit naar de huisartsen en psychologen die bereid waren om tijd vrij te maken voor de informatiesessie over de iFightDepression tool en voor het includeren van hun patiënten.

Speciale dank gaat uit naar de patiënten die de tool gebruikten en hierna bereid waren om de vragenlijst over hun ervaringen met de tool met mij te bespreken.

Ik wil ook Sam en Magali bedanken voor het nalezen van mijn thesis en voor het geven van feedback.

Ten slotte wil ik familie en vrienden bedanken die me niet alleen tijdens deze thesis, maar ook de voorbije 9 jaar raad gaven en onvoorwaardelijk steunden. Extra dank ook aan Sam voor een fijne tijd en voor alle steun en relativering gedurende de laatste 2 jaar.

Inhoudstafel

1) Abstract 1

2) Inleiding 2

3) Literatuur 4

3.1 Depressie 4

3.1.1 Omschrijving van het probleem depressie 4

3.1.2. De onderdetectie van depressie 4

3.1.3. Detectie, (differentiaal) diagnose en ernstinschatting van depressie 5

3.2 De behandeling van depressie 6

3.2.1 Medicamenteus 7

3.2.2 Niet medicamenteus 7

3.3 Het potentieel van onlinehulpverlening 8

3.4 De verschillende vormen van online interventies in de GGZ 9

3.4.1 Screeningswebsites 9

3.4.2 Informatieve websites 10

3.4.3 Online zelfmanagement tools 10

3.4.4 Telefonische en online hulplijnen 11

3.4.5 Online counseling 11

3.4.6 Therapeutische software 11

3.5 Zelfmanagement websites voor depressie gebaseerd op CGT 12

3.5.1. Kleur je leven 13

3.5.2 MoodGym 14

3.5.3 Beating the Blues 15

3.5.4. De REEACT trial: een vergelijking van verschillende CCGT 16

3.6 Gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie (CCGT): Voor- en nadelen 17

3.6.1 Voordelen 17

3.6.2 Nadelen 18

3.7 Uitdagingen binnen de online hulpverlening 19

3.8 Online hulpverlening in Vlaanderen 19
3.8.1 Het standpunt van de overheid 19
3.8.2 Het gebruik in de klinische praktijk 20
3.9. De iFightDepression tool als mogelijke tool voor Vlaanderen 21
3.9.1 De iFightDepression tool: ontwikkeling en eerste resultaten 21
3.9.2 De iFightDepression tool: praktisch 23
3.9.3 De iFightDepression tool: toekomst 24
3.10 De doelstelling van mijn thesis 25
4) Methode 26
4.1 Manier van rekruteren 26
4.2 Interventies 26
4.3.1. Het geven van een informatiesessie rond depressie en de werking van de online tool aan de deelnemende huisartsen en psychologen. 26
4.3.2. De implementatie van de online zelfhulptool via de huisartsen en psychologen. 27
4.3.3. De evaluatie van de interventie. 27
5) Resultaten 28
5.1 Rekrutering van patiënten en drop-outs 28
5.2 Bespreking vragenlijsten 29
5.2.1 Het gebruik van de tool 29
5.2.2 Tevredenheid over de tool 31
5.2.3 Inhoud en effect 33
6) Discussie 37
6.1 Het gebruik van de tool 37
6.2 Tevredenheid over de tool, inhoud en effect 38
6.3 Voor- en nadelen van de tool 38
6.4 Beperkingen van de studie en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek 39
7) Besluit 40
8) Referenties 41
9) Bijlages 44

9.1 Bijlage 1: De DSM-criteria voor depressie 44
9.2 Bijlage 2: informatiebrochure over de tool voor patiënten 45
9.3 Bijlage 3: Informatie over de studie 47
9.4 Bijlage 4: Toestemmingsformulier voor deelname aan de studie 48
9.5 Bijlage 5: In te vullen door de huisarts bij inclusie 49
9.6 Bijlage 6: Folder met hulplijnen regio Gent 50
9.7 Bijlage 7: Vragenlijst in te vullen door de patiënt na het doorlopen van (een deel van) de tool 52
9.8 Bijlage 8: Protocol en goedkeuring van het Ethisch Comité van de KU Leuven 56

1) Abstract

Achtergrond

Depressie is een veelvoorkomend probleem met een grote ziektelast en maatschappelijke impact. De huisarts is voor veel patiënten een eerste aanspreekpunt en door getrapte zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg zal dit nog toenemen. Online hulpverlening kan de behandeling ondersteunen. Het is onder andere laagdrempelig, kosteneffectief, tijdbesparend en anoniem. Ook de Vlaamse Overheid wil dit verder uitbreiden. Online zelfmanagement tools bleken uit onderzoek effectief. Naast de effectiviteit is het ook belangrijk om te weten hoe patiënten deze therapie ervaren.

In deze masterthesis wordt bekeken hoe patiënten met een lichte tot matige depressie open staan voor de zelfmanagement tool iFightDepression en hoe tevreden ze erover zijn na gebruik. Op basis van deze feedback kan de tool verder worden geoptimaliseerd.

Methode

Twaalf huisartsen en twee psychologen kregen een informatiesessie over de iFightDepression tool en includeerden patiënten met een lichte tot matige depressie. Een informed consent werd ondertekend. De patiënten doorliepen de tool op zelfstandige wijze. Na 1 maand werden ze telefonisch gecontacteerd over hun gebruik van de tool. Na 3 maanden vulden ze een vragenlijst in over hun ervaringen met de tool en werd deze met de onderzoeker overlopen.

Het onderzoeksvoorstel werd goedgekeurd door het ethisch comité van de KU Leuven.

Resultaten

Acht patiënten namen deel aan het onderzoek. Hiervan vervolledigden twee patiënten de tool. Redenen om te stoppen waren velerlei. Twee patiënten hadden weinig voeling met het internet, één patiënt vond de tool niet gebruiksvriendelijk, één patiënt had eerder face-to-face therapie nodig en drie patiënten vonden de opdrachten te lastig. Ondanks dat slechts twee patiënten het een voordeel vonden om de tool te gebruiken, zouden vijf patiënten de tool in de toekomst gebruiken en hem aanraden aan een vriend in nood. Zes patiënten konden dankzij de tool effectiever omgaan met hun problemen.

Verschillende voor- en nadelen kwamen aan bod. Specifiek voor deze tool vonden twee patiënten dat er goede informatie werd gegeven, twee patiënten vonden de voorbeelden realistisch en twee patiënten vonden het een voordeel om de opdrachten met een hulpverlener te bespreken. Nadelen waren een slechte lay-out en technische problemen. Er werden verschillende suggesties gegeven ter verbetering van de tool.

Besluit

De patiënten in deze studie die de iFightDepression tool gebruikten, hadden een mix van positieve en negatieve gevoelens ten opzichte van de tool. Ze gaven verschillende suggesties die in toekomstig onderzoek verder bestudeerd kunnen worden.

2) Inleiding

Depressie is een probleem waar zeer veel mensen mee worden geconfronteerd. Het zorgt voor een grote ziektelast en heeft bijgevolg een grote impact op het dagelijkse functioneren. Ook op maatschappelijk vlak zijn de gevolgen groot.

Voor veel mensen is de huisarts het eerste aanspreekpunt. Nochtans krijgen onvoldoende mensen de juiste hulp. Dit komt door verschillende factoren: er heerst een stigma rond depressie en het op zoek gaan naar hulp voor psychische problemen, huisartsen voelen zich niet bekwaam in de aanpak van depressie, consultaties zijn te tijdrovend, er zijn wachtlijsten om bij de 2e lijn te geraken en er is een hoge kostprijs. E-mental health kan een deel van een oplossing bieden voor deze problemen. E- mental health betreft het gebruik van informatie- en communicatietechnologie om de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren.

We bekijken in deze masterthesis specifiek het gebruik van online zelfhulpinterventies. Verschillende landen investeerden in de ontwikkeling van dergelijke tools en ze worden steeds meer ingezet in de eerste lijn. Vooral online zelfhulpinterventies op basis van cognitieve gedragstherapie bewezen volgens verschillende studies hun effectiviteit .

Naast de aangetoonde effectiviteit in studieverband (‘efficacy’) is het ook belangrijk om te weten hoe patiënten de behandeling accepteren. Pas als het gebruik van een online zelfhulpinterventie voldoende wordt geaccepteerd en gebruiksvriendelijk is, kan men spreken van een werkzame therapie (‘effectiveness’). Daarom gaan we in deze masterthesis na hoe patiënten met een lichte tot matige depressie in de huisartsenpraktijk het werken met de internettool iFightDepression ervaren wat betreft aanvaardbaarheid en tevredenheid.

De iFightDepression tool is een online zelfhulpinstrument voor volwassenen met milde tot matige depressie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. De tool werd ontwikkeld in het kader van een groot Europees project PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU) en bestaat uit diverse elementen waarvan de werkzaamheid werd aangetoond.

Deze thesis werd gerealiseerd in samenwerking met LUCAS. Dit is een interdisciplinair kenniscentrum van de KU Leuven met als missie het uitvoeren van onderzoek, vorming en consultancy in de zorg. LUCAS was tijdens het PREDI-NU project lid van het onderzoeksconsortium en stond onder meer in voor de vertaling van de iFightDepression tool naar het Nederlands.

In de literatuurstudie van deze thesis gaan we in eerste instantie kort in op de definitie, de diagnose en de aanpak van depressie. Vervolgens wordt de bestaande online hulpverlening uitgediept met in het bijzonder aandacht voor de gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie (CCGT). Daarbij worden enkele voorbeelden in binnen- en buitenland besproken alsook de uitdagingen en het

potentieel van CCGT voor Vlaanderen. In tweede instantie worden de iFightDepression tool – de tool of interest binnen deze masterthesis – en de onderzoeksopzet voorgesteld.

In het kader van het onderzoek worden patiënten met een milde tot matige depressie via hun huisarts of psycholoog uitgenodigd om de iFightDepression tool te gebruiken. Na het doorlopen van de tool worden ze door de onderzoeker uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen waarin gepeild wordt naar de aanvaardbaarheid en de tevredenheid met betrekking tot het gebruik van de iFightDepression tool.

3) Literatuur

3.1 Depressie

3.1.1 Omschrijving van het probleem depressie

Ruim 15% van de bevolking lijdt in de loop van zijn of haar leven aan een majeure depressie (1, 2). Volgens de gezondheidsenquête van 2013 is de prevalentie van depressie in België 4,9% bij mannen en 8,3% bij vrouwen (3). Depressies komen vaker voor bij volgende doelgroepen: vrouwen, gescheiden personen, personen waarvan de partner is overleden en jongeren (2, 4).

Een unipolaire depressie is de derde oorzaak van disability adjusted life years[1] in Europa (5, 6). Uit onderzoek van de WHO blijkt dat majeure depressie wereldwijd de vierde grootste oorzaak is van ziektelast (1). Bovendien wordt voorspeld dat deze aandoening tegen 2020 op de tweede plaats zal komen te staan, na ischemische hartaandoeningen (1).

Gemiddeld duurt een depressieve episode, ook zonder behandeling, 8 maanden. De duur varieert echter sterk. De helft van de depressieve episodes duurt minder dan 3 maanden, maar een vijfde van de episodes duurt langer dan 2 jaar (1). Zowel op fysiek als op psychosociaal vlak blijken de beperkingen meer uitgesproken te zijn dan bij vele andere chronische aandoeningen zoals diabetes of chronische artritis het geval is (1).

Naast de negatieve effecten op de levenskwaliteit van de patiënt en zijn directe leefomgeving, heeft een depressie ook een grote maatschappelijke impact. Zo zorgt deze aandoening voor meer invaliditeit en werkverzuim, een hogere zorgkost (2, 7, 8) en een verhoogd risico op suïcide (5).

Het staat dus buiten kijf dat de aanpak van depressie één van de belangrijkste uitdagingen is voor de toekomst.

3.1.2. De onderdetectie van depressie

Depressies worden vaak niet gediagnosticeerd omdat patiënten professionele hulpverlening vermijden. Een belangrijke reden hiervoor is het stigma dat nog steeds wordt geassocieerd met depressie, waardoor patiënten de stap naar hulp maar moeilijk zetten. Andere redenen zijn de perceptie dat zorgverleners onvoldoende zijn opgeleid om depressie aan te pakken en de angst voor medicatie (1, 9, 10). In de literatuur wordt gesproken over een 'treatment gap'(5). Dit wil zeggen dat er weinig hulp wordt gezocht ondanks de grote impact van depressie op het dagelijkse leven (2).

Indien patiënten wel hulp zoeken is dit vaak bij de huisarts (1, 5). Meer dan 80% van de behandelde depressies wordt zelfstandig door de huisarts gediagnosticeerd en behandeld (11). De huisarts diagnosticeert slechts 50% van de depressieve patiënten correct (6, 12). De belangrijkste reden voor

[1] Disability adjusted life years: het aantal verloren levensjaren door vroegtijdige sterfte en het aantal jaren geleefd met de ziekte.

deze onderdiagnose is dat de meeste patiënten (ongeveer 2 op 3) zich aanmelden met vage, vaak somatische, klachten (1, 9, 12-14). Somatische symptomen bij depressie komen vooral voor bij vrouwelijke patiënten, ouderen, patiënten met een lager inkomen, kinderen en gevangenen en zijn ook sterk cultureel bepaald (9). Voorbeelden van somatische symptomen zijn rugpijn, hoofdpijn, vermoeidheid, hartkloppingen en abdominale klachten. Daarom wordt een depressie vaak pas na verschillende consultaties of soms zelfs jaren na de eerste consultatie herkend (9, 13). Artsen moeten dus alert zijn voor depressie bij vage fysische klachten, een wisselende uiting van klachten, isolerend gedrag, ingrijpende levensgebeurtenissen, ernstige somatische aandoeningen en bij een voorgeschiedenis van depressie (11). Huisartsen kunnen de diagnose vaak beter stellen na meerdere patiëntencontacten (12).

3.1.3. Detectie, (differentiaal) diagnose en ernstinschatting van depressie

Volgens Whooley et al. (1997) zijn twee vragen voldoende om een depressie te detecteren (15). De eerste vraag gaat na of de patiënt in de afgelopen maand last had van neerslachtigheid of een hopeloos gevoel, terwijl de tweede vraag nagaat of de patiënt een gebrek aan interesse of plezier ervaarde bij wat hij deed. Deze 2 vragen hebben een sensitiviteit van 96% (zo goed als elke depressieve patiënt geeft minstens 1 positief antwoord) en een specificiteit van 57% (er zijn relatief veel vals positieven). Deze 2 vragen zitten ook vervat in de DSM criteria voor depressie (zie bijlage 1).

Aan de hand van de DSM criteria kan men de diagnose van een unipolaire depressie stellen. Huisartsen baseren zich voor de diagnose ook op de medische en sociale context van de patiënt en hun niet-pluis gevoel (13).

De DSM criteria kunnen ook gebruikt worden om de ernst van een depressie in te schatten. Hierbij zijn er 3 gradaties: (11).

1) Bij een lichte depressie voldoet men aan 2 tot 4 DSM criteria.

2) Bij een matige depressie zijn er 5 tot 7 DSM criteria aanwezig.

3) Bij een ernstige depressie voldoet men aan 8 tot 9 DSM criteria met minstens een depressieve stemming en/of anhedonie. Er kunnen ook minder DSM criteria aanwezig zijn, maar de criteria die aanwezig zijn hebben een grote intensiteit of impact (bijvoorbeeld een uitgesproken suïciderisico).

Er bestaan ook verschillende vragenlijsten voor het inschatten van de ernst van een depressie. Deze vragenlijsten verschillen onderling sterk met betrekking tot het aantal en de aard van de vragen. Volgens het boek ‘De aanpak van depressie door de huisarts’ van Van Audenhove et al. (2007) heeft de Beck Depressieschaal (21 items) de voorkeur voor huisartsen die een inschatting willen maken van de ernst van de depressie (1).

Veel van de symptomen van depressie komen voor bij andere ziektebeelden. Een differentiaal diagnose moet dus worden gemaakt met onder andere psychiatrische stoornissen zoals bipolaire stoornis, een psychose, een burn-out en angststoornissen (11, 13). Bij 60% van de patiënten met een depressie in de huisartsenpraktijk is er echter sprake van comorbiditeit met somatische aandoeningen of andere psychiatrische stoornissen zoals angststoornissen en middelenmisbruik (1). Dit maakt de problematiek nog complexer.

Er zijn ook fysieke aandoeningen zoals chronische pijn die gepaard gaan met depressie. Maar ook pijn komt vaak voor bij depressieve patiënten (9).

3.2 De behandeling van depressie

Best practices in combinatie met eerstelijnsinterventies zoals het geven van antidepressiva, cognitieve gedragstherapie of de combinatie van beide hebben het potentieel om het aantal depressies met 10-30% te doen dalen (16, 17). Slechts een vierde van de patiënten met een majeure depressie ontvangt echter een wetenschappelijk onderbouwde behandeling (1, 14, 16)

Bij de keuze van een behandelingsvorm is het belangrijk de patiënt goed te informeren (eventueel met behulp van informatiefiches) en hier voldoende tijd voor te nemen. De huisarts past als het ware de principes van ‘shared decision making’ toe. Shared decision making bestaat volgens de literatuur uit 3 stappen: (1) de arts maakt aan de patiënt duidelijk dat er meerdere behandelopties zijn, (2) de arts overloopt de verschillende behandelingsopties met de patiënt en (3) de arts ondersteunt de patiënt bij het maken van een keuze.

Onderzoek toont aan dat therapieën die door de patiënt zelf gekozen zijn, effectiever zijn dan therapieën die de patiënt niet zelf koos. Bovendien leidt het ook tot een grotere therapietrouw (1, 4, 16). Het is hierbij wel belangrijk dat men vooraf aan de patiënt vraagt hoezeer deze betrokken wil worden in de beslissing rond zijn behandeling. Niet elke patiënt wenst namelijk betrokken te zijn in deze beslissing. Sommige patiënten laten de keuze liever over aan de huisarts (4). Afhankelijk van de voorkeur van de patiëntkunnen ook familieleden of andere dierbaren betrokken worden. Zij kunnen de patiënten soms ondersteunen (4).

Een niet-medicamenteuze al of niet in combinatie met een medicamenteuze behandeling zijn mogelijk. Op beide therapieën gaan we hieronder kort in.

3.2.1 Medicamenteus

Zowel een tricyclisch antidepressivum (TCA) als een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) worden dikwijls gebruikt in de eerste lijn (1, 7, 11).

Algemeen leiden antidepressiva bij de helft van de depressieve patiënten na 4 tot 6 weken behandeling tot een vermindering met 50% van de ernst van de depressie. De doeltreffendheid van antidepressiva is hoger bij patiënten met ernstige vormen van depressie (1).

Bij de opstart van antidepressiva wordt regelmatige follow-up aanbevolen. Deze follow-up gebeurt bij het opstarten wekelijks (wegens een verhoogd risico op suïcide bij de start van de behandeling) en daarna om de 2 tot 4 weken, afhankelijk van het beloop (1). De respons dient te worden geëvalueerd na 4-6 weken. Na remissie moet de behandeling minimum 6 maanden worden voortgezet. Daarna wordt de medicatie afgebouwd over minimum 1 maand (1, 11).

Patiënten met een depressie zijn drie keer minder therapietrouw dan patiënten zonder een depressie. Dit is waarschijnlijk door een gevoel van hopeloosheid dat veel patiënten met een depressie ervaren waardoor men de voordelen van de behandeling niet inziet (10, 16). Depressie kan ook de cognitie verminderen waardoor patiënten hun medicatie vergeten innemen (10). De therapietrouw kan onder andere worden vergroot door een goede psycho-educatie en door de familie of vrienden in te lichten (10).

3.2.2 Niet medicamenteus

Twee vormen van psychotherapie hebben hun effect bewezen: de cognitieve gedragstherapie (CGT) en de interpersoonlijke psychotherapie (1).

Cognitieve gedragstherapie is een combinatie van gedragstherapie en gesprekstherapie. Het is voornamelijk gericht op het heden. CGT gaat ervan uit dat er een verband is tussen een depressie en automatische negatieve denkprocessen. Er is een associatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag. Vaak zijn niet gebeurtenissen de oorzaak van negatieve gevoelens en een bepaald gedragspatroon, maar is dit eerder de 'gekleurde bril' waardoor men de dingen bekijkt.

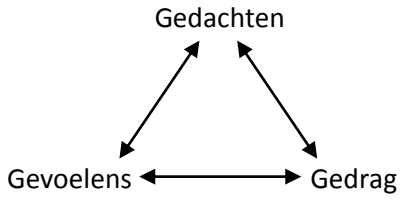


Fig. 1 associatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag

Tijdens de therapie leert de patiënt om een gebeurtenis op een andere manier te interpreteren. Hij leert zijn eigen gevoelens en waarnemingen objectiever te benaderen en disfunctionele, negatieve gedachten om te buigen naar constructieve positieve gedachten waardoor negatieve gevoelens

verdwijnen (10). Op die manier wordt er op zoek gegaan naar passende gedragspatronen als reactie op een bepaalde gebeurtenis.

De effectiviteit van CGT werd zowel op korte als op lange termijn aangetoond. Onderzoek toont tevens aan dat patiënten die een CGT behandeling krijgen minder vaak hun behandeling stoppen zetten dan patiënten die een behandeling met antidepressiva krijgen. Bovendien is er minder recidief op langere termijn (1).

De interpersoonlijke psychotherapie gaat ervan uit dat er een verband is tussen depressie en het relationeel functioneren van de persoon. Het achterliggende idee is dat veranderingen in het aantal of de aard van belangrijke relaties een depressie kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn. Interpersoonlijke moeilijkheden zoals rolverwarring en sociale isolatie worden aangepakt en er worden vaardigheden aangeleerd om met interpersoonlijke problemen om te gaan. In België is er geen opleiding in interpersoonlijke psychotherapie en zijn er bijgevolg weinig therapeuten die vanuit dit kader werken. Dit is een aandachtspunt voor de toekomst (1).

3.3 Het potentieel van onlinehulpverlening

Zoals reeds besproken krijgen veel patiënten met een depressie geen adequate hulp omdat ze zelf niet op zoek gaan naar hulp, huisartsen soms de foute diagnose stellen of huisartsen niet altijd weten hoe ze met depressieve patiënten moeten omgaan. Meer gespecialiseerde hulp is vaak niet toegankelijk wegens de lange wachtlijsten of de hoge kostprijs. Huisartsen zijn voor veel mensen met psychische klachten een eerste aanspreekpunt en spelen dus een centrale rol in de behandeling van depressie. Door de institutionele hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in België waarbij gestreefd wordt naar een vermaatschappelijking van de zorg aangeboden volgens de principes van getrapte zorg zal dit proces in de toekomst enkel nog worden versterkt. Getrapte zorg binnen de GGZ staat voor een weloverwogen inzet van behandelcapaciteit – het streeft naar minimale zorg waar mogelijk en maximale zorg waar nodig (1, 18, 19). Patiënten met een hulpvraag gaan dus van start met de minst intensieve interventie die past bij de aard en de ernst van de klachten. Pas wanneer dit onvoldoende blijkt, schakelt men over naar meer gespecialiseerde zorg. De huisarts en de eerstelijnspsycholoog vormen samen met andere eerstelijnswerkers de eerste schakel in de GGZ zorgketen en spelen dus een belangrijke rol in de aanpak van depressie. Ook een betere samenwerking met de tweede en de derde lijn is noodzakelijk (1, 13, 20).

Online hulpverlening kan helpen om deze uitdagingen te realiseren (5, 21). Enerzijds biedt het de mogelijkheid aan patiënten die de stap naar professionele hulp te groot vinden om op zoek te gaan naar betrouwbare informatie en op zelfstandige wijze hun problemen aan te pakken (21, 22). Zelfmanagement is een zeer belangrijk aspect in de behandeling van ziektes met een langere duur (5). Anderzijds kan het huisartsen helpen bij de begeleiding en de behandeling van depressieve patiënten.

Online zelfhulpinterventies kunnen hopelijk de (dure) face-to-face therapie gedeeltelijk vervangen of aanvullen en zo de druk op hulpverleners verminderen (5). Bovendien kennen online tools geen wachtlijsten en zijn sommigen gratis in gebruik. Er bestaat geen twijfel over het grote potentieel van online tools. Doordat technologie blijft evolueren en steeds meer mensen toegang hebben tot het internet, zal het vertrouwen in en het gebruik van online tools apps en interactieve games enkel toenemen (21-24).

3.4 De verschillende vormen van online interventies in de GGZ

Vandaag bestaat er een uitgebreid gamma aan online interventies voor depressie (10, 22). Deze verschillen onderling sterk van elkaar qua doel dat ze nastreven en zijn bijgevolg anders in vormgeving en gebruik. Wat de effectiviteit betreft zijn er grote verschillen tussen de programma's onderling. Daarnaast is de effectiviteit van een programma sterk afhankelijk van de patiënt zelf (10). Zoals bij de meeste therapieën, werkt niet elke interventie bij elke patiënt even goed. Hulpverleners kunnen patiënten helpen om een keuze te maken binnen de verschillende vormen van online hulpverlening zodat deze finaal de best passende therapie ontvangt (22). Grosso modo kunnen online interventies worden onderverdeeld in zes groepen, die hieronder kort worden toegelicht. Voor elke categorie worden een aantal voorbeelden beschreven. In de praktijk combineren websites vaak verschillende types van interventies op één platform. Een website kan bijvoorbeeld educatief materiaal aanbieden en daarnaast een blog hebben. Binnen deze thesis wordt gewerkt met de iFightDepression tool, die meer in detail zal worden besproken in sectie 3.9. Waar mogelijk gebruiken we deze tool nu reeds als voorbeeld van een online interventie.

3.4.1 Screeningswebsites

Screeningswebsites hebben tot doel de patiënt zelf te laten ontdekken of hij een depressie doormaakt aan de hand van bijvoorbeeld een vragenlijst. Het voordeel van dergelijke websites is dat patiënten sneller hulp zoeken waardoor er in een vroeger stadium een diagnose en een behandeling volgt. Vroegdiagnose geeft meestal een betere prognose (10).

Veel screeningswebsites gebruiken gevalideerde depressieschalen. Uit onderzoek blijkt dat de online versie van een vragenlijst doorgaans even goed is als de papieren variant die vaak uitgebreider is (10). Er zijn een aantal korte vragenlijsten voorhanden die ondersteunend kunnen zijn bij de diagnose van een depressie of die door een eerstelijnwerker kunnen worden gebruikt voor de screening of voor het monitoren van de voortgang van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is de PHQ-9. Dit is een internationaal gebruikte en uitgebreid geteste vragenlijst voor het opsporen en opvolgen van depressie. Het is een verkorte versie van de Patient Health Questionnaire, waarbij enkel de DSM IV criteria voor depressie worden nagevraagd. De vragenlijst bestaat uit 9 vragen die onder meer peilen

naar het zelfvertrouwen, de mate van energie en apathie en het activiteitsniveau van de patiënt. Bij een score van > 10 heeft men een matige depressie die een behandeling vereist (10).
Een voorbeeld van een screeningswebsite is de iFightDepression website (www.iFightdepression.com/be), die gebruik maakt van de PHQ-9 vragenlijst.

3.4.2 Informatieve websites

Deze websites informeren mensen op uiteenlopende wijze (bv., via video, tekst, geluid, etc.) over geestelijke gezondheid en de GGZ zonder de persoon te leren om gedachten, gevoelens en gedrag te veranderen. Naast een screeningswebsite is de iFightDepression website ook een voorbeeld van een informatiewebsite, waarbij er algemene informatie over depressie en suïcide wordt gegeven. De website richt zich zowel op de patiënten zelf als op naasten die op zoek zijn naar informatie.
De gids rond online hulpverlening geschreven door Fuller et al. (2012) wijst op de gebrekkige betrouwbaarheid en accuraatheid van een aantal van deze websites (22). Daarom werden portaalwebsites ontwikkeld die mensen doorverwijzen naar betrouwbare websites en hen zo beschermen tegen misleidende gezondheidsinformatie op het internet. Een goed voorbeeld 'is de Australische portaalwebsite "Mind Health Connect" (http://www.mindhealthconnect.org.au/) die ontwikkeld werd met steun van de Australische overheid. Een ander voorbeeld is de portaalwebsite van de 'Health On the Net Foundation (HON)' (http://www.hon.ch.), een niet-gouvernementele organisatie die werd opgericht in 1995 en ondersteund wordt door de Economische en Sociale Raad van de Verenigde Naties.

3.4.3 Online zelfmanagement tools

In tegenstelling tot de informatieve websites, hebben online zelfmanagement tools als belangrijkste doel bij gebruikers een verandering in cognitie, gedrag en emoties te bewerkstelligen door bepaalde problemen aan te pakken. Deze tools zijn doorgaans gebaseerd op een erkende behandeling zoals cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie. De interventies bevatten meestal ook een instrument waarmee personen hun progressie kunnen monitoren (22). Het is belangrijk dat suïcidale patiënten - rekening houdend met hun privacy - via de website worden doorverwezen naar de juiste hulpverlening (7, 10).
De iFightDepression tool is een voorbeeld van een zelfmanagement website gebaseerd op CGT. Verschillende andere voorbeelden van gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie in binnen- en buitenland zoals Kleur Je Leven, MoodGym en Beating the Blues worden later uitvoeriger besproken.

3.4.4 Telefonische en online hulplijnen

Begeleide zelfhulp websites maken de link tussen de patiënt en de hulpverlener via video, email of chat (22). Deze gepersonaliseerde hulp gebeurt al dan niet synchroon met meer traditionele hulpkanalen. Een bekend voorbeeld in Vlaanderen is de website Zelfmoord1813. Naast de bekende zelfmoordlijn (1813), kunnen suïcidale personen ook online bij een hulpverlener terecht via chat of email. Een ander voorbeeld is de website van Tele-Onthaal (www.tele-onthaal.be). Sinds eind 2002 biedt Tele-Onthaal ook hulpverlening via het internet. Dit biedt nieuwe mogelijkheden om mensen met psycho-sociale problemen opvang en ondersteuning te bieden. De onlinehulp van Tele-Onthaal richt zich, net zoals de telefonische opvang, niet tot één bepaalde problematiek, maar staat open voor alle geestelijke gezondheidsproblemen.

3.4.5 Online counseling

Bij online counseling geeft een psycholoog therapeutische ondersteuning aan een patiënt via het internet. In tegenstelling tot de hierboven beschreven telefonische en online hulplijnen, zijn er bij online counseling meerdere contactmomenten. Deze vorm van ondersteuning benadert zo het meest de oorspronkelijke face-to-face psychotherapie. De communicatie kan op verschillende manieren gebeuren en er wordt zowel individuele als groepstherapie aangeboden.

De website www.alcoholhulp.be is hier een voorbeeld van. Deze (gratis) website bestaat uit 3 delen:

1) Een informatief gedeelte voor een breed publiek.

2) Een zelfhulpgedeelte gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Dit duurt 12 weken.

3) Onlinebegeleiding met informatieve teksten en een afgeschermd forum. Deelnemers kunnen wekelijks een afspraak maken met een hulpverlener via een chatapplicatie.

3.4.6 Therapeutische software

Therapeutische software maakt gebruik van geavanceerde computertechnologie zoals artificiële intelligentie, robotsimulatie van therapeuten, spelletjes en 3D-virtuele omgevingen.

Therapeutische spelletjes zijn ontwikkeld om cognitieve, gedrags- en educatieve voordelen te bieden, maar moeten ook entertainend zijn voor de gebruiker. De spelletjes zijn vaak gebaseerd op onderzoek en ontwikkeld voor een specifieke doelgroep (bv. kinderen met matig tot ernstig autisme). De toegang tot de spelletjes en de kosten variëren (22). Voor jongeren kunnen interactieve spelletjes attractiever zijn dan webpagina's met veel tekst (25). SPARX (https://www.sparx.org.nz/) is een voorbeeld hiervan voor kinderen met depressie en/of angst en werd ontwikkeld in Nieuw-Zeeland. Het is een gratis website die kinderen helpt om op een spelende manier bepaalde vaardigheden te ontwikkelen (25).

3.5 Zelfmanagement websites voor depressie gebaseerd op CGT

Uit de meta-analyse van Anderson et al. (2014) blijkt dat face-to-face therapie en gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie (CCGT) gelijkwaardige resultaten opleveren bij de behandeling van depressie (26, 27). De studie toont aan dat CCGT zeer effectief is en suggereert dat CCGT potentieel heeft om de behandeling gegeven door de huisarts te vervangen. Hoewel de ontwikkeling van internet tools voor het behandelen van depressie nog in volle gang is, bestaan er reeds een aantal tools die actief worden gebruikt en/of op dit moment volop worden getest. Deze tools behoren tot de categorie "zelfmanagement websites", waarbij de patiënt op zelfstandige wijze zijn problemen aanpakt. Dergelijke tools kunnen door de huisarts worden aanbevolen en zijn zo een complementaire aanvulling op het reguliere zorgaanbod. In dit deel worden drie tools voorgesteld: (1) Kleur je Leven, (2) MoodGym en (3) Beating the Blues. Verder wordt en studie besproken waarin de effectiviteit van Beating the Blues en MoodGym met elkaar wordt vergeleken (de REEACT trial). We bekijken de effectiviteit van deze tools en bespreken in welke mate patiënten de tools als aanvaardbaar en gebruiksvriendelijk ervaren. Dit is een belangrijk referentiepunt, gezien de huidige thesis de aanvaardbaarheid en de tevredenheid van gebruikers van de iFightDepression tool onderzoekt.

Tabel 1 geeft een overzicht van de 4 tools, het gebruikte onderzoeksopzet en de voornaamste onderzoeksresultaten.

Studie	Tool	Condities	Werkzaamheid tool	Meerwaarde tool + therapie door de huisarts
De Graaf et al. (2009)	Kleur je leven	1) Enkel de tool 2) Enkel therapie door de huisarts 3) Tool + therapie door de huisarts	Ja	Nee
Christensen et al. (2004)	MoodGym	1) MoodGym 2) BleuPages: een educatieve website 3) Een controlegroep	Ja	Niet onderzocht
Proudfoot et al. (2004)	Beating the Blues (BTB)	1) BTB 2) Enkel therapie door de huisarts	Ja	Niet onderzocht
REEACT trial (2015)	Vergelijking BTB en MoodGym	1) BTB + therapie door de huisarts 2) MoodGym + therapie door de huisarts 3) Enkel therapie door de huisarts	Niet onderzocht	Nee

Tabel 1 Overzicht onderzoeksopzet en conclusies van de studies

3.5.1. Kleur je leven

Kleur je leven is een betalende, Nederlandse internettool voor volwassenen vanaf 18 jaar met milde depressieve klachten gebaseerd op CGT. Mensen kunnen de tool gebruiken om op zelfstandige wijze hun depressieve klachten aan te pakken of het ontstaan van depressieve klachten te voorkomen. De tool bestaat uit 8 lessen en een herhalingsles. Elke les bevat schriftelijke en gesproken informatie, korte filmpjes, animatie en opdrachten. Een les duurt ongeveer 30 minuten en eindigt met een opdracht. De makers van de tool raden aan om één les per week te volgen, maar het staat iedereen vrij om de tool op eigen tempo te doorlopen. Inhoudelijk is de tool sterk gebaseerd op de Sociaal leertheorie van Bandura. Volgens deze theorie gaat depressie gepaard met een afname van plezierige activiteiten en een toename van onplezierige interacties tussen een persoon en zijn omgeving.

In 2009 onderzochten de Graaf et al. de effectiviteit van de tool en deden daarbij een follow-up onderzoek na 6 maanden. In de studie werden 3 condities met elkaar vergeleken: patiënten in de eerste conditie gebruikten uitsluitend de tool, patiënten in de tweede conditie kregen enkel een behandeling door de huisarts (bestaande uit minimum 4 consultaties of antidepressiva) en patiënten uit de derde conditie gebruikten de tool en kregen daarenboven ondersteuning door de huisarts. Na de behandeling en bij follow-up over 6 maanden bleek de ernst van de klachten in de drie condities te zijn afgenomen. Tussen de drie condities was er bovendien geen verschil qua effectiviteit. De vermindering van depressie, stress en dysfunctionele gedachten en de toename van kwaliteit van leven bleken vergelijkbaar in de drie condities (28).

Deze studie toont aan dat het gebruik van de tool alleen even effectief is als een behandeling door de huisarts. Dit komt overeen met de resultaten van de studie van Anderson et al. (2014). Ook zij tonen aan dat het gebruik van de tool in combinatie met een behandeling door de huisarts geen extra meerwaarde betekent. De studie kende wel een aantal beperkingen die enige voorzichtigheid gebieden in de besluitvorming. Zo was er bij de patiënten in de 3 condities een lage therapietrouw en werden er meer ernstig depressieve patiënten geïncludeerd dan in vorige studies.

In 2011 werd een onderzoek uitgevoerd naar de aanvaardbaarheid van de Kleur je Leven tool. Patiënten rapporteerden verschillende nadelen bij het gebruik van de tool (29). Sommigen kunnen zich niet met de tool identificeren, anderen waren te weinig gemotiveerd of hadden inadequate computer-skills. Nog anderen hadden geen toegang tot een computer of er was wel een computer aanwezig, maar op een slechte locatie.

De voordelen die men gaf waren onder andere de mogelijkheid tot zelfmanagement, het feit dat men kan meedoen aan wetenschappelijk onderzoek en de vrijheid die men heeft en de anonimiteit van de gegevens.

Patiënten suggereerden dat professionele begeleiding in combinatie met de tool de effectiviteit van de tool kan vergroten. Begeleiding kan de motivatie om de tool regelmatig te gebruiken verhogen en kan helpend zijn voor de patiënt om de klachten en oplossingen beter te begrijpen.

3.5.2 MoodGym

MoodGym is een internettool (ontwikkeld in Australië) gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. De tool is gratis in gebruik en er bestaat ook een Nederlandstalige versie. MoodGym bestaat uit 5 interactieve modules die 30 à 45 min tijd vragen om te doorlopen. De 6^{e} module is een herhaling van alle aspecten van het programma.

In een onderzoek van Christensen et al. (2004) vergeleek men de effectiviteit van de zelfmanagment website MoodGym met de effectiviteit van een psycho-educatieve website over depressie BluePages genaamd. In de studie werden 2 condities vergeleken met een controlegroep: patiënten in de eerste conditie gebruikten de tool MoodGym en patiënten in de tweede conditie gebruikten de website BluePages. De patiënten werden wekelijks opgebeld om het gebruik van de websites te begeleiden. De controlegroep kreeg wekelijks een telefoongesprek over levensstijl- en omgevingsfactoren die een invloed kunnen hebben op depressie. Deelnemers werden gerekruteerd via vragenlijsten. De drop-out bij de zelfmanagement website MoodGym bedroeg 25% en bij de informatieve website BluePages 15%.

De resultaten toonden aan dat beide websites effectief waren. In vergelijking met de controlegroep vertoonden de patiënten uit de MoodGym conditie alsook de patiënten uit BluePages conditie een vermindering van depressieve klachten. Er was bovendien geen significant verschil tussen beide experimentele condities qua vermindering van depressieve klachten. Hieruit blijkt dat ook psycho-educatieve websites een daling in depressieve symptomen kunnen teweegbrengen.

Patiënten uit de MoodGym conditie vertoonden in vergelijking met de controlegroep en de BluePages conditie minder dysfunctionele gedachten en hadden meer kennis over CGT en effectieve psychologische interventies (30). Beide websites waren aanvaardbaar voor patiënten, wellicht door de uitstekende design en de interactiviteit van de websites.

De studie van Schneider et al. (2014) onderzocht of de interactieve website MoodGym meer acceptabel werd bevonden dan de informatieve websites over geestelijke gezondheidszorg (31). Patiënten werden ingedeeld in 2 groepen: gebruikers van de website MoodGym en patiënten die 5 informatieve websites over geestelijke gezondheidszorg kregen aangeboden. Bij de start van de studie was 60% van de deelnemers (verdeeld over beide groepen) van mening dat online therapie even aanvaardbaar is als een behandeling gegeven door een huisarts. Na afloop van de studie (na 12 weken), stonden deelnemers die MoodGym gebruikten positiever tegenover online hulp voor het behandelen van depressie dan patiënten uit de andere groepen.

Personen die deelnamen aan de studie beschreven ook enkele nadelen die verbonden zijn aan het gebruik van CCGT. Soms vind men het gebruik van een PC stresserend doordat men te weinig tijd heeft of te snel is afgeleid. Een depressie op zich geeft vaak apathie en een moeilijkere concentratie wat het gebruik van de website bemoeilijkt. Men ondervond een aantal technische problemen en voor sommige patiënten was de tool te onpersoonlijk.

De mogelijkheid om terug te keren naar wat reeds was neergeschreven, de gemakkelijke toegang, de vele informatie en de anonimiteit van de gegevens werden dan weer als pluspunten aangehaald. Als oplossing voor een lage therapietrouw suggereerden gebruikers van de tool e-mails die herhaaldelijk naar de tool verwijzen.

Wegens de opgesomde nadelen en voordelen besluit men in deze studie dan ook dat onlinetherapie niet voor iedereen goed is, maar een extra hulp kan zijn naast face-to-face therapie (31). De studie had 2 grote beperkingen. Enerzijds waren de deelnemers personen die zelf wensten mee te doen aan de studie. Mensen die online zelfhulp dus inacceptabel vinden, deden niet mee aan het onderzoek. Anderzijds was het aantal drop-outs hoog (45% na 6 weken). De antwoorden over de aanvaardbaarheid van de tool komen dus voornamelijk van personen die gemotiveerd waren om deel te nemen aan het onderzoek en hierin vol te houden.

3.5.3 Beating the Blues

Beating the Blues is een (betalende) internettool gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en werd ontwikkeld door Dr Judy Proudfoot en haar team van het Instituut van Psychiatrie in het Kings College in Londen. De tool bestaat uit een introductievideo (15 tal minuten) gevolgd door 8 modules. Elke module heeft een bijbehorende huiswerkopdracht.

In een studie van Proudfout et al. (2004) vergeleek men het gebruik van de tool met een reguliere behandeling bij de huisarts tot 6 maanden na de behandeling (32). Patiënten uit de experimentele conditie gebruikten de tool en werden indien nodig ondersteund door de huisarts. De tool was effectiever in het verminderen van depressie, angst en negatieve gedachten. Patiënten uit de experimentele conditie vertoonden bovendien een verbeterd beroepsmatig en sociaal functioneren en een grotere tevredenheid met de behandeling. Ook uit dit onderzoek kan er niet worden besloten of de combinatie van de tool met een reguliere behandeling door de huisarts een extra meerwaarde zou kunnen zijn, aangezien de huisarts geen psychologische ondersteuning mocht bieden wat hij anders misschien wel zou doen.

3.5.4. De REEACT trial: een vergelijking van verschillende CCGT

De REEACT trial (the Randomised Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy) van Littlewood et al. (2015) is een grote, recente RCT studie uitgevoerd in de eerste lijn in Engeland. De studie onderzoekt de effectiviteit, de aanvaardbaarheid en de kosteneffectiviteit van 2 online CGT tools (33). Depressieve patiënten werden daartoe gerandomiseerd in 3 groepen:
(1) Therapie bij de huisarts en Beating the Blues, (2) therapie bij de huisarts en MoodGym en (3) enkel therapie bij de huisarts.

Patiënten uit de Beating the Blues en de MoodGym conditie ontvingen elke week telefonische ondersteuning (geen psychologische therapie). Na 4, 12 en 24 maand werden er vragenlijsten en interviews afgenomen.

<u>De effectiviteit</u>

Er werd geen verschil in effectiviteit gevonden tussen de drie groepen. CCGT bood dus geen enkel voordeel bovenop de traditionele therapie bij de huisarts. Zelfs bij patiënten die bij aanvang een sterke motivatie vertoonden was er geen extra voordeel van de combinatie van CCGT met therapie bij de huisarts. Tussen de betalende tool 'Beating the Blues' en de gratis tool 'MoodGym' was er geen verschil. Ondanks de telefonische ondersteuning was de therapietrouw bij CCGT laag. Een depressie demotiveert patiënten vaak om computerprogramma's helemaal te doorlopen.

In deze studie werden de twee tools enkel bestudeerd in combinatie met een behandeling door de huisarts en niet op zich. Hierdoor kan er uit deze studie niet worden besloten of de tools op zich effectief zijn om depressieve klachten te verminderen. Er kan wel worden geconcludeerd dat het gebruik van een tool in combinatie met een behandeling gegeven door de huisarts geen meerwaarde heeft.

In eerder onderzoek verhoogden zowel de tool MoodGym als Beating the Blues de effectiviteit van de behandeling door de huisarts alleen (zie eerder: MoodGym en Beating the Blues (30, 32)). Dit resultaat werd in deze studie niet gerepliceerd. De objectiviteit van de eerdere studies werd door deze auteurs in twijfel getrokken, omdat deze studies werden uitgevoerd door de ontwikkelaars van de tools.

<u>De aanvaardbaarheid</u>

De aanvaardbaarheid van de behandeling varieert sterk tussen patiënten. Sommige mensen prijzen de flexibiliteit, de autonomie en de anonimiteit van CCGT. Anderen staan negatief tegenover het feit dat er weinig ondersteuning is en geen persoonlijk contact. De meeste mensen hebben echter een mix van positieve en negatieve gevoelens bij het gebruik van CCGT.

Alle deelnemers van de REEACT trial vinden dat er meer ondersteuning nodig zou zijn bij CCGT (meer dan de wekelijkse telefonische contacten). Huisartsen vonden het grootste voordeel dat er geen wachttijd is. CCGT kan echter niet door alle mensen worden gebruikt en al zeker niet door mensen met een ernstige depressie.

Aanbevelingen van de studie

1) Een nauwe en vroege follow-up is nodig in de eerste lijn voor patiënten waarbij het gebruik van CCGT niet goed loopt.
2) In het begin van de behandeling is het belangrijk om de persoonlijke voorkeuren van de patiënt na te gaan. Wil men ondersteuning of wil men liever autonoom werken?
3) Er moet meer onderzoek gebeuren naar de effectiviteit van meer intensief ondersteunde computergeleide zelfhulp.
4) Er moet meer onderzoek gebeuren naar de aanvaardbaarheid van CCGT. Wat zijn de redenen van een lage therapietrouw?

3.6 Gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie (CCGT): Voor- en nadelen

Veel van de voor- en nadelen van CCGT werden in voorgaande tekst reeds aangehaald. Hier worden ze nog eens op een rijtje gezet. In dit onderzoek zal worden nagegaan of patiënten die de iFightDepression tool gebruiken op dezelfde voor- en nadelen wijzen.

3.6.1 Voordelen

Er zijn verschillende voordelen verbonden aan online zelfhulpinterventies. Men kan aan zelfmanagement doen, het is een extra therapie voor de patiënt indien er lange wachtlijsten of gelimiteerde aanwezigheid is van psychologische hulp (5, 6, 10, 24, 25, 32). Psychotherapie wordt zo bereikbaarder voor een groter publiek (6, 22, 24). Ook voor groepen die minder toegang hebben tot reguliere psychotherapie zoals etnische minderheden, geografisch en sociaal geïsoleerde gemeenschappen of gevangenen (25).

Het is in sommige tools ook mogelijk om ideeën en ervaringen met lotgenoten te delen en elkaar te steunen. Dit is goed voor patiënten die zich geïsoleerd voelen door hun ziekte (10). Men kan via online hulpverlening taboes sneller bespreekbaar maken doordat gebruikers een online platform als een emotioneel veilige omgeving ervaren (24).

Online zelfhulpinterventies zijn kosteneffectief (22, 25, 32, 34), men kan er gebruik van maken waar en wanneer men zelf wil (10, 22, 24, 25, 34), het is laagdrempelig (7, 34), men kan ongelimiteerd teruggrijpen naar de tool om zaken te herlezen (7, 24), het is voor de hulpverlener tijdbesparend en het laat een anonieme behandeling toe (7, 34). Online tools kunnen een hulp zijn voor patiënten die minder mobiel zijn of gehoorproblemen hebben (5, 10, 24). De patiënt wordt bovendien ook tussentijds gestimuleerd tot nadenken door het maken van oefeningen, wat de impact van de behandeling nog verhoogt (1). Online zelfhulpinterventies kunnen ook nuttig zijn om herval te voorkomen, men kan het gebruiken als onderhoud van psychotherapie (5, 6). Men kan websites tot slot gemakkelijk updaten waardoor nieuwe en bruikbare info kan worden toegevoegd (10, 25).

3.6.2 Nadelen

Er zijn echter ook wel enkele nadelen. Veel van de tools bestaan enkel in het Engels, ze zijn vaak betalend, men moet sterk gemotiveerd zijn om ze te gebruiken (7) en ze vereisen de nodige computer skills en geletterdheid bij de patiënt (5, 10). Online hulp is dus nog niet voor iedereen toepasbaar (10, 24, 34).

Bovendien is de therapie niet op maat en is het moeilijk om therapietrouw na te gaan (7, 10). Veel studies tonen aan dat de therapietrouw stijgt wanneer de patiënt ondersteuning via mail of telefoon ontvangt (35).

Men kan bij online gesprekken met een hulpverlener twijfelen aan de authenticiteit van de hulpverlener en de accuraatheid van de informatie(24). Bovendien is er ook kans op misverstanden en op technische storingen (24).

Huisartsen moeten de tool zelf ook kennen om patiënten optimaal te kunnen begeleiden (7). Onderzoek toont aan dat begeleide web-based interventies beter zouden zijn dan niet-begeleide interventies. Er is echter geen evidentie wat een optimale begeleiding is. Er is geen evidentie over de optimale duur, inhoud en type van begeleiding (6, 8, 10, 25, 26, 35). Als er enkel gebruik wordt gemaakt van online hulpverlening, bouwt men geen relatie op met de hulpverlener en kan er ook geen antwoord gegeven worden op vragen (10, 24). Online hulp is pas zinvol als het een erkend en geïntegreerd onderdeel wordt van een behandeling en niet als een op zichzelf staande behandeling wordt benaderd (10, 25, 34).

3.7 Uitdagingen binnen de online hulpverlening

De online hulpverlening staat voor verschillende uitdagingen. Met betrekking tot educatieve en screeningswebsites is er in de eerste plaats consensus nodig over de kwaliteitsvereisten van websites (10, 25). Hier kunnen initiatieven zoals portaalwebsites (zie eerder), die enkel doorverwijzen naar kwaliteitsvolle websites een oplossing bieden. Websites die op een meer interactieve manier depressie proberen bijsturen, zoals zelfmanagement websites, zijn nog volop in ontwikkeling. Naast een kwaliteitsvereiste, is de bescherming van de privacy zeer belangrijk (22, 24). Een lange termijnplan is nodig voor de verdere ontwikkeling van de inhoud van e-therapie en voor het updaten van de software (23, 25). Op dit moment zijn er weinig online hulpverleningsprogramma's beschikbaar in een andere taal dan het Engels. Bovendien zijn de huidige tools enkel geschikt voor mensen met een relatief 'eenvoudige' depressie, en niet geschikt voor mensen met ernstige of multipele stoornissen (22), wat dikwijls voorkomt bij depressie.

Binnen de professionele hulpverlening is meer kennis nodig over de mogelijkheden van online hulp zodat patiënten op deze mogelijkheden kunnen worden gewezen. Medewerkers in welzijns- en gezondheidsorganisaties kennen niet altijd de mogelijkheden van online hulp en staan er dan soms ook weigerachtig tegenover (21, 23, 24, 34).

3.8 Online hulpverlening in Vlaanderen

3.8.1 Het standpunt van de overheid

De Europese Commissie publiceerde in een rapport (2012) dat ze de ontwikkeling van e-Health in de periode van 2012-2020 mee zal ondersteunen (21). eHealth is het gebruik van ICT in de gezondheidszorg gecombineerd met organisatorische veranderingen met als doel de gezondheid van mensen en de efficiëntie van de gezondheidszorg te verbeteren. eHealth kan gebruikt worden voor interactie tussen patiënten en zorgverleners en voor de transmissie van data tussen verschillende instanties (21).

Ook de Vlaamse overheid wil online hulp verder uitbreiden. Het Vlaams actieplan Onlinehulp (2014) stelt dat het aanbod en het bereik van onlinehulp voor welzijn en gezondheid in Vlaanderen sterk is toegenomen in de laatste jaren. In de 'beleidsnota 2014-2019 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, wordt aandacht besteed aan het belang van een online hulpverlening (34). Negen strategieën werden ontwikkeld om de kwaliteit en de afstemming van het online hulpaanbod te verstevigen:

1) Online hulp op de beleidsagenda zetten van organisaties, koepels en steunpunten
2) Online hulp ontwikkelen van onderuit
3) Online hulp integreren als een kwaliteitsvolle modaliteit van hulp in welzijns- en gezondheidsorganisaties
4) Online competenties van hulpvragers, medewerkers en organisaties versterken

5) Een erkenningskader creëren voor onlinehulp

6) Online hulp focussen op intersectorale beleidsdomein overschrijdende samenwerking

7) Praktijkrelevant onderzoek en de ontwikkeling van onlinehulp stimuleren

8) Online hulpverlening in detentiecontext exploreren via het gebruik van Prison Cloud[2]

9) Online hulp toegankelijk maken voor personen met een beperking.

3.8.2 Het gebruik in de klinische praktijk

In het Vlaams Actieplan Onlinehulp werden in 2015, 344 organisaties bevraagd naar de mate waarin zij gebruik maken van online hulpverlening (37). Hieruit bleek dat de meeste aandacht nu uitgaat naar websites waarbij de werking van de organisatie en de samenwerking met andere organisaties verduidelijkt wordt.

Van de 344 bevraagde organisaties scoren de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg voor vele online communicatietoepassingen lichtjes onder het gemiddelde (behalve voor chat). Het is wel opvallend dat ze meer dan gemiddeld de intentie hebben om dit de volgende jaren uit te breiden. Professioneel SMS-en, e-mailen en beeldbellen[3] vormen daarbij de grootste uitdagingen (37).

Tools die inspelen op de hulp- en zorgvragen van de doelgroep worden in alle organisaties in beperkte mate ingezet. Ondersteunende onlinehulptoepassingen in concrete fases van de begeleiding (bijvoorbeeld aanmeldingstools of tools voor doorverwijzing) of rond concrete doelen of thema's (bijvoorbeeld een zelftest of dagboek) worden in het algemeen beperkt gebruikt. Er is dus nog heel wat werk aan de winkel om welzijns- en zorgorganisaties kennis te laten maken met de mogelijkheden van ondersteunende online hulptoepassingen en de wisselwerking tussen onlinehulptoepassingen en persoonlijke begeleiding te optimaliseren. (37).

In 2006 werd het OnlineHulpUitwisselingsPlatform (OHUP) opgericht met als doel om kennis en ervaringen uit te wisselen tussen organisaties die online hulp aanbieden (24, 36). Momenteel maken er 11 organisaties deel van uit. Het is de bedoeling dat de organisatie zowel knowhow aanlevert aan de groep als het uitwisselen van expertise tussen de verschillende partnerorganisaties faciliteert. Een belangrijk aspect aan de "uitwisseling van knowhow" is dat er wordt vertrokken vanuit de behoefte van de OHUP-leden. Verder ondersteunt de organisatie haar partners bij de uitbouw van specifieke onlinehulp projecten.

---

[2] PrisonCloud is een sterk beveiligd en flexibel dienstenplatform voor gedetineerden. Het digitale platform is ontwikkeld in samenwerking met de FOD Justitie en biedt diensten aan waardoor de gedetineerde leert om zelfstandig en op een verantwoorde manier een aantal handelingen uit te voeren. 36. . Available from: http://www.ebo-enterprises.com/nl/prisoncloud.

[3] Beeldbellen is een nieuwe ondersteunende vorm van zorg. Men belt met een professional en hoort en ziet die persoon. Dit kan op een afgesproken tijdstip, of op de momenten dat men dat wilt.

3.9. De iFightDepression tool als mogelijke tool voor Vlaanderen

3.9.1 De iFightDepression tool: ontwikkeling en eerste resultaten

De iFightDepression tool is een online zelfhulpinstrument voor volwassenen met milde tot matige depressie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (6). De elementen die in de tool werden opgenomen zijn elementen waarvan de werkzaamheid werd aangetoond. De tool is complementair met de bestaande zorg en is één van de weinige online tools voor depressie die in Vlaanderen kunnen worden gebruikt. Het is een begeleide zelfhulptool: de tool kan enkel worden gebruikt mits begeleiding van een professional. Een voordeel hiervan is dat er een veiligheidsnet is voor patiënten voor het geval hun depressieve symptomen verergeren.

De tool werd ontwikkeld door het onderzoeks consoritium EAAD (European Alliance Against Depression) in het kader van een groot Europees project: PREDI-NU (preventing depression and improving awareness through networking in the EU). Dit is een samenwerking tussen 11 Europese landen. Het werd gefinancierd door de Europese Unie in het kader van het Gezondheidsprogramma 2011-2014.

Het PREDI-NU project had de volgende 3 doelen:

1) Het Europees bewustzijn van depressie verhogen en een informatieve website ontwikkelen (www.iFightDepression.com). Zo wil men meer bewustzijn rond depressie en suïcidaal gedrag creëren, wil men de kennis en attitude ten opzichte van depressie en suïcidaal gedrag verhogen en wil men de geestelijke gezondheidzorg en het zoeken naar hulp promoten.
2) Het ontwikkelen van een zelfzorg programma voor lichte tot matige depressie in verschillende talen.
3) De implementatie van het zelfzorg programma in Europese landen en de aanvaardbaarheid en de gebruiksvriendelijkheid evalueren.

De doelstellingen van PREDI-NU komen in grote lijn overeen met de hoofddoelen van het gezondheidsprogramma van de Europese Commissie (2008- 2013) en de hoofddoelen van het e-Health Actieplan van de Europese Commissie (2012-2020).

De tool werd ontwikkeld nadat er eerst een systematische review werd gedaan rond de evidentie van CCGT (38). Belangrijke ideeën van de bestaande zelf-management websites werden gebruikt. Hiervoor werd een panel van internationale experten rond online hulpverlening voor depressie en andere psychische klachten opgesteld. Verwanten van patiënten en familie organisaties werden ook uitgenodigd om input te geven.

De voordelen van de iFightDepression website en tool zijn dat ze gratis zijn en dat ze beschikbaar zijn in meerdere talen (Engels, Duits, Spaans, Catalaans, Nederlands, Hongaars, Estlands en Bulgaars). De website bestaat hiernaast ook in het Portugees en het Frans. Het was oorspronkelijk niet de bedoeling om binnen PREDI-NU een Nederlandse versie van de tool te maken, maar dankzij extra financiering van Fonds Ga voor Geluk kon LUCAS de tool naar het Nederlands vertalen. Het feit dat de tool in zo

veel talen bestaat, is belangrijk omdat het in vele landen de eerste online tool is in de moedertaal (bijvoorbeeld in Hongarije, Bulgarije, Portugal en Estland). Daarnaast zijn er 2 versies van de tool: een versie voor jongeren (15-24 jaar) en één voor volwassenen (25+). In de versie voor jongeren wordt er minder formele taal gebruikt en zijn er leeftijdsspecifieke modules over relaties en sociale angst toegevoegd.

In vijf Europese landen (Hongarije, Estland, Ierland, Spanje en Duitsland) werden de aanvaardbaarheid en de gebruiksvriendelijkheid van de tool geëvalueerd. Hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg en huisartsen kregen een drie uur durende training over de tool en een workshop om meer bewustzijn te creëren rond depressie. Hierna werden patiënten gerekruteerd om de tool te gebruiken.

De evaluatie van de tool gebeurde in twee fasen. In een eerste fase werd de tool door ongeveer 200 patiënten en 160 gezondheidswerkers in de 5 landen geëvalueerd. De meeste geïncludeerde patiënten waren ouder dan 30 jaar. De gezondheidswerkers vulden een vragenlijst in verband met de haalbaarheid en de aanvaardbaarheid van de training in. In het algemeen waren ze zeer positief over de training en voelden ze zich nadien capabel genoeg om met de tool te werken. Het overgrote deel van de gezondheidswerkers had na de training meer vertrouwen om een milde tot matige depressie in de praktijk te herkennen. In focusgroepgesprekken met zowel patiënten als gezondheidswerkers werden de gebruiksvriendelijkheid en de aanvaardbaarheid van de iFightDepression tool bevraagd. Dit gaf positieve resultaten. De website werd later ontwikkeld dan de tool, maar werd door bezoekers ervan tijdens dit onderzoek beschreven als attractief, verstaanbaar, interessant, geloofwaardig en nuttig (5).

Zowel patiënten als professionelen beschouwden de tool als een meerwaarde. Gebruikers van de tool benadrukten wel dat de informatie op een heldere en gestructureerde manier moet worden weergegeven. Dit met korte zinnen en paragrafen en een heldere weergave. De opgesomde voordelen komen overeen met de eerder vermelde voordelen van online zelfhulpinterventies (5).

In een tweede fase werd de tool na 2 jaar gebruik op basis van feedback van gebruikers en hulpverleners aangepast. In het 3^{e} jaar werd de tool opnieuw geëvalueerd. Aangezien het lang duurde voor de tool was aangepast, kon men in het tijdsbestek van dit onderzoek slechts enkele patiënten betrekken in de 2^{e} evaluatie. Hierdoor is verder onderzoek naar de evaluatie van de aanvaardbaarheid en de tevredenheid van de tool noodzakelijk. Dit wordt op kleine schaal in deze masterthesis gedaan.

3.9.2 De iFightDepression tool: praktisch

De tool werd in de eerste plaats ontwikkeld voor mensen met een milde tot matige depressie, maar hij kan ook gebruikt worden voor de nabehandeling van mensen met een ernstige depressie en ter preventie van herval (5).

De tool bestaat uit 6 basismodules en 1 optionele module over een gezonde levensstijl. Elke module bestaat uit een theoretisch luik en een praktisch luik met een online opdracht om de overgebrachte kennis te consolideren. Hulpverleners hebben geen inzage in deze opdrachten. Patiënten kunnen deze wel afdrukken en meenemen naar hun hulpverlener om te bespreken.

Bij iedere login op de tool, kan de patiënt een stemmingsvragenlijst invullen (PHQ-9) (zie ook 3.4.1). De stemmingen bij elke login worden voorgesteld op een stemmingsgrafiek waarop de patiënt het verloop van zijn stemming kan zien. Deze kan afgedrukt worden om te bespreken met een hulpverlener. Bij een sterke stemmingsdaling zal de tool doorverwijzen naar noodnummers en wordt het advies gegeven om contact op te nemen met de huisarts.

Bij het gebruik van de tool wordt er aangeraden om niet meer dan 1 module per week te volgen. Eén module duurt ongeveer 30-40 minuten. De patiënt kan zelf kiezen welke modules hij volgt en aan welk tempo. Module 5 en 6 zijn iets moeilijker. Elke module wordt hieronder kort toegelicht.

<u>Module 1: Gedachten, gevoelens en gedrag</u>

Er wordt uitgelegd dat er een samenhang is tussen gedachten, gevoelens en gedrag en wat de negatieve spiraal is van depressie. Actiever zijn kan helpen om zich beter te voelen.

Opdracht: dagelijks activiteiten en gemoed registreren om de samenhang tussen beide te ontdekken. Er wordt aangeraden minstens 1 leuke activiteit per dag te doen.

<u>Module 2: Slaap en depressie</u>

Veel mensen met een depressie rapporteren slaapproblemen (slecht inslapen, vroeg wakker worden). Ze zijn geneigd meer te slapen om zo de achterstallige slaap in te halen. Dit werkt bij de meeste mensen echter niet. Ze komen in een vicieuze cirkel van negatieve gevoelens, uitputting en weinig actie terecht. Dit komt omdat een depressie vaak gepaard gaat met een verhoogde hersenarousal. Slaap stabiliseert de verhoogde hersenarousal en dus ook de depressie. Slaapdeprivatie kan daarom helpen om de verhoogde hersenarousal en de daarmee gepaarde depressie te reduceren.

Opdracht: bijhouden van een slaapdagboek. Men registreert de stemming en de slaap om na te gaan of de slaap de stemming beïnvloedt. Indien dit zo is, wordt er aangeraden om later te gaan slapen, vroeger op te staan en geen dutjes te doen overdag om het slaapritme te herstellen.

<u>Module 3: Plannen en dingen doen die je graag doet</u>

Het is belangrijk om structuur en routine aan te brengen in de dagen. Men leert plannen zodat men niet constant het gevoel heeft beslissingen te moeten nemen.

Opdracht: Men plant activiteiten in die men graag doet om zo een evenwicht te leren vinden tussen verplichtingen en ontspanning. Een planning maken geeft een groter gevoel van controle en zelfvertrouwen.

Module 4: Dingen realiseren

Door grote taken op te delen in kleine deeltaken, kan men anticiperen op barrières en moeilijkheden en hier oplossingen voor bedenken. Probleemoplossende vaardigheden worden versterkt. Hierdoor zal er ook een hoger gevoel zijn van controle en zelfvertrouwen.

Opdracht: een grote taak opschrijven en deze verdelen in deeltaken. Hierbij mogelijke obstakels bedenken.

Module 5: Storende gedachten herkennen

Bij een depressie zijn er veel dysfunctionele, storende gedachten. Voorbeelden hiervan zijn: zwart/wit denken, veralgemenen, filteren en catastroferen. Deze gedachten worden automatisch getriggerd. In deze module leert men hoe men deze gedachten kan herkennen.

Opdracht: Een gedachtendagboek (gebeurtenissen, gedachten en stemming) wordt bijgehouden. Hierdoor kan men opmerken welke gedachten men heeft wanneer men zich slecht voelt waardoor men zo een verband kan ontdekken tussen gedachten, gevoelens en gedrag.

Module 6: Storende gedachten in vraag stellen

In deze module probeert men een antwoord te vinden op volgende vragen: 'Waar komen storende gedachten vandaan?' 'Hoe kan je ze uitdagen?'

Opdracht: Aan de hand van de oefening uit module 5 probeert men een storende gedachte om te zetten naar een positieve, alternatieve gedachte en zo een meer helpende denkstijl te ontwikkelen.

3.9.3 De iFightDepression tool: toekomst

Niettegenstaande de financiering van het PREDI-NU project afliep in augustus 2014, wordt de tool verder verspreid en geïmplementeerd. De iFightDepression tool heeft namelijk potentieel om geïntegreerd te worden in de behandeling van depressie in Europese landen. Dit doel wordt nagestreefd door de European Alliance Against Depression (EAAD). Dit is een Europese non-profit organisatie bestaande uit meer dan 100 regionale netwerkpartners in Europa. De EAAD streeft ernaar om de zorg rond depressie en de preventie van suïcide in heel Europa te verbeteren onder meer door de iFightDepression website en tool verder te implementeren. Momenteel wordt de tool uitsluitend in het kader van onderzoek gebruikt. Ook in Vlaanderen worden activatielinks voor de tool enkel verspreid door het onderzoekscentrum LUCAS en dit binnen de context van kleinschalige studies. Mogelijks verandert dit nog eens de EAAD een betere strategie heeft uitgewerkt om de tool op grote schaal in Europa te verspreiden. In oktober 2014 ontwikkelde de EAAD een video met als doel om het bewustzijn rond depressie en suïcidaal gedrag te verhogen en om te benadrukken dat depressie

behandelbaar is en iedereen kan overkomen. De video 'Depression can be treated' maakt een specifieke verwijzing naar de iFightDepression website (www.youtube.com/watch?v=hHUjjcIs8L4). Daarnaast zal er voor hulpverleners een online trainingsprogramma voor de implementatie van de tool worden ontwikkeld en wordt er ook gezocht naar een andere methode om het geven van de informed consent rechtstreeks via de website te laten verlopen. Dit maakt de website aantrekkelijker en minder omslachtig (5).

In de toekomst wil men verder onderzoeken of de iFightDepression tool een werkzame vorm van CCGT is. Sedert september 2014 loopt er een 3 jaar durende RCT in Spanje en ook in Italië en Estland wordt sinds januari 2015 de implementatie van de tool verder onderzocht in het kader van het Europese MasterMind project[4]. Dit project heeft tot doel kwaliteitsvolle behandelingen voor depressie op grotere schaal beschikbaar te stellen. Ook in Vlaanderen is men volop op zoek naar middelen om meer wetenschappelijke evidentie te verzamelen omtrent de effectiviteit van de tool (5).

3.10 De doelstelling van mijn thesis

De mate waarin patiënten een behandeling accepteren is belangrijk om de effectiviteit na te gaan van de therapie (33, 39). Er is weinig geweten waarom sommige mensen computertherapie onaanvaardbaar vinden (6, 33, 39). Tevens is het belangrijk om na te gaan wat patiënten als positief en als negatief ervaren bij een specifieke CCGT (33, 39) Er wordt in studies vaak geen info gegeven over drop-outs en de redenen daarvoor, terwijl de drop-out meestal wel aanzienlijk is. Bovendien is er meer onderzoek nodig naar de karakteristieken van personen die het best geschikt zijn voor online zelfhulp (31, 33). Op die manier kan men online interventies aanpassen aan de individuele nood (31, 33).

In deze masterthesis implementeren we de iFightDepression tool op kleine schaal in de huisartsenpraktijk om te bekijken hoe patiënten met lichte tot matige depressie het werken met de internettool ervaren wat betreft aanvaardbaarheid en tevredenheid. Op basis van deze feedback kan de tool worden geoptimaliseerd. Drop-outs en de redenen hiervoor zullen ook worden besproken, wat de huisarts kan helpen om beter in te schatten voor welke patiënten de tool geschikt is.

[4] Het MasterMind project staat voor MAnagment of mental health diSorders Through advancEd technology and seRvices- telehealth for the MIND

4) Methode

4.1 Manier van rekruteren

Twaalf huisartsen uit vier huisartsenpraktijken van de regio Gent kregen een informatiesessie over de iFightDepression tool. Er was een praktijk van vier artsen, een praktijk van twee artsen en twee praktijken van drie artsen. Twee psychologen - één psycholoog en één eerstelijnspsycholoog - volgden eveneens een informatiesessie.

Aan de meewerkende huisartsen en psychologen werd gevraagd om de PREDI-NU tool onder hun patiënten te verspreiden, gegeven dat zij hiervoor in aanmerking kwamen.

Tabel 2 geeft de inclusie- en exclusiecriteria weer die de professionelen bij het rekruteren van patiënten dienden te hanteren.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
1) 24-80 jaar oud 2) Hebben op basis van de klinische diagnose van de huisarts (CGI-C) een milde tot matige depressie. De diagnose is nieuw of is in het voorbije jaar gesteld. 3) Geen psychiatrische comorbiditeit (met uitzondering van milde of matige angststoornissen en burn-out). 4) Hebben toegang tot telefoon, computer, internetverbinding en e-mail account	1) Ernstige depressie 2) Ernstige suïcidaliteit 3) Ernstige middelen abusus (afhankelijkheid) 4) Voorgeschiedenis van manie 5) Psychotische depressie

Tabel 2 Inclusie- en exclusiecriteria

4.2 Interventies

Het onderzoek bestaat uit 3 onderdelen (hieronder verder uitgelegd).

(1) Het geven van een informatiesessie rond depressie en de werking van de online tool aan de deelnemende huisartsen en psychologen, (2) de implementatie van de online zelfhulptool via de huisartsen en psychologen, (3) de evaluatie van de interventie.

4.3.1. Het geven van een informatiesessie rond depressie en de werking van de online tool aan de deelnemende huisartsen en psychologen.

Huisartsen en psychologen die bereid waren om deel te nemen aan de studie kregen voorafgaand aan de implementatiefase een informatiesessie. Deze sessie werd door de onderzoeker Dr. Eva Braet, masterstudent in de huisartsgeneeskunde gegeven. Tijdens deze sessie werd ingegaan op de problematiek van depressie, de gedragstherapeutische aanpak en werd de meerwaarde van CCGT besproken. Vervolgens werd de tool zelf toegelicht.

4.3.2. De implementatie van de online zelfhulptool via de huisartsen en psychologen.

Wanneer een patiënt in aanmerking kwam voor het onderzoek, kreeg deze van zijn hulpverlener de nodige informatie over de werking van de tool en een informatiebrochure (zie bijlage 2). Er werd ook uitgelegd dat de tool de reguliere behandeling niet vervangt.

De patiënt werd door de hulpverlener tevens ingelicht (mondeling en schriftelijk) over de studie-opzet van onderzoeker Dr. Eva Braet (zie bijlage 3).

Als de patiënt geïnteresseerd was om deel te nemen aan de studie, werd een toestemmingsformulier ondertekend (zie bijlage 4). Hierin werden diens contactgegevens genoteerd en werd de toestemming gevraagd om gecontacteerd te worden door de onderzoeker voor de evaluatie van de tool (zie 4.3.3).

Bij de inclusie van een patiënt schreef de huisarts gegevens op over de psychische gezondheidsgeschiedenis en de huidige behandeling van de patiënt (zie bijlage 5).

Indien een patiënt omwille van bepaalde redenen niet kon deelnemen, werd dit (samen met de exclusiecriteria) doorgegeven aan de onderzoeker.

De patiënten kregen een login waarmee zij gedurende enkele maanden de tool op zelfstandige wijze konden doorlopen. De tool kon ondersteuning bieden tijdens de raadpleging met de huisarts.

Tijdens het gebruik van de tool konden de patiënten een vragenlijst invullen om de ernst van de depressie te meten. Aan patiënten die tekenen van een ernstige depressie vertoonden, werd aangeraden om contact op te nemen met de huisarts. De patiënten kregen een folder mee met daarop de bestaande hulpverleningsorganisaties in Gent (zie bijlage 6).

Patiënten werden na één maand telefonisch gecontacteerd om te vragen of ze de afgelopen maand gebruik maakten van de tool. Na drie maanden werden ze opnieuw gecontacteerd met de vraag om de vragenlijst over hun ervaringen met de tool (zie bijlage 7) in te vullen en deze te overlopen met de onderzoeker.

4.3.3. De evaluatie van de interventie.

Op het einde van de implementatiefase werden de toegankelijkheid, de haalbaarheid en de bruikbaarheid van de tool geëvalueerd aan de hand van de ingevulde vragenlijst. Indien de patiënt vroegtijdig het gebruik van de tool beëindigde, werd hij toch uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen en te bespreken met de onderzoeker.

In dit onderzoek werden alle nodige maatregelen getroffen ter bescherming van de privacy van de respondent. Elke patiënt kreeg een identificatiecode. Telkens wanneer de patiënt via de tool een vragenlijst invulde, werd dit pseudoniem mee in het databestand geregistreerd. De onderzoeker gebruikte dit pseudoniem als identificatie op de vragenlijst die ze met de betreffende patiënt overliep. Om de privacy te garanderen werden de vragenlijsten gecodeerd verwerkt. Het onderzoeksvoorstel werd goedgekeurd door het ethisch comité van de KU Leuven (zie bijlage 8).

5) Resultaten

5.1 Rekrutering van patiënten en drop-outs

In het totaal werden samen elf patiënten door twee huisartsenpraktijken (de praktijken bestaande uit respectievelijk vier en drie artsen) geïncludeerd: vijf patiënten in de ene en zes patiënten in de andere praktijk. De twee andere huisartsenpraktijken die deelnamen aan de studie, konden geen patiënten includeren. De eerstelijnspsycholoog includeerde eveneens een patiënt. De andere psychologe sprak er een patiënt over aan, maar deze was onvoldoende gemotiveerd om de tool te gebruiken.

Van de twaalf patiënten die werden geïncludeerd, gebruikten er vier de tool niet. Van 4 tot 30 juni 2015 was er een technisch probleem met de tool. Twee patiënten werden in die periode geïncludeerd. Toen de tool weer werkte, waren deze patiënten niet meer gemotiveerd om de tool te gebruiken. De derde patiënt die de tool niet gebruikte, werd ernstiger depressief. Hij kon zich niet meer tot het gebruik van de tool aanzetten. De vierde patiënt had het door familiale omstandigheden te druk om de tool te gebruiken. Uiteindelijk maakten dus acht patiënten gebruik van de tool.

In tabel 3 wordt een schets gegeven van de psychische gezondheidsgeschiedenis en de huidige behandeling van deze acht patiënten (zie bijlage 4). Deze informatie werd bij inclusie van de patiënt door de huisarts opgeschreven. Er deden vijf mannen en drie vrouwen mee aan de studie.

Informatie over de patiënt	Psychische gezondheidsgeschiedenis en vroegere behandeling	Huidige behandeling
P1: Man, 38j Usus: cannabis	matige depressie, psychotherapie	medicatie en psychotherapie
P2: Man, 29j Usus: geen	matige depressie	medicatie en psychotherapie
P3: Man, 51 j Usus: geen	matige depressie	medicatie en psychotherapie
P4: Man, 34 j Usus: geen	geen	psychotherapie
P5: Man, 44j Usus: geen	geen idee Heeft psychotherapie gehad	gesprekken bij de huisarts
P6: Vrouw, 52j Usus: geen	milde depressie, medicatie	psychotherapie
P7: Vrouw, 32j Usus: geen	mild en ernstig na overlijden vader, medicatie en psychotherapie	medicatie en psychotherapie
P8: Vrouw, 44j Usus: geen	geen	medicatie en psychotherapie

Tabel 3: informatie over de patiënten

5.2 Bespreking vragenlijsten

In dit onderdeel worden de resultaten van de door de patiënten ingevulde vragenlijsten weergegeven. De resultaten worden per vraag beschreven. Resultaten die door patiënten bij de vragen werden geschreven worden in het cursief weergegeven. Extra mondelinge informatie die werd gegeven als toelichting bij de antwoorden in de vragenlijst staan in een normaal lettertype. Achtereenvolgens bespreken we: (1) het gebruik van de tool, (2) de tevredenheid over de tool en (3) de inhoud en het effect van de tool.

5.2.1 Het gebruik van de tool

1) Heb je op dit moment de tool volledig afgerond? 2) Welke modules heb je afgewerkt?

Slechts twee patiënten hadden op het moment van de dataverzameling de tool volledig doorlopen en de opdrachten bij alle modules vervuld (P3 en P8). Er was één patiënt die niets met de tool had gedaan (P5). Andere patiënten volgden geen of slechts enkele modules.

- P1 is niet van plan om de tool af te ronden, hij volgde de module 3
- P2 is niet van plan om de tool af te ronden, hij las de modules 1 en 2, maar maakte geen opdrachten.
- P4 is niet van plan om de tool af te ronden, hij volgde de modules 1 tot 4. De andere modules las hij eens door.
- P6 is niet van plan om de tool af te ronden. Ze las de modules eens in grote lijnen door en maakte geen opdrachten.
- P7 heeft de tool nog niet afgerond, maar ze schreef erbij dat ze dat misschien nog zou doen. Op het moment dat ze de tool kreeg, kon ze zich hier niet toe aanzetten. Ze zat op dat moment te 'diep'. De opdrachten waren te moeilijk en ze zag het niet zitten. Ze zag dit zelf als vluchtgedrag: ze wou niet met zichzelf geconfronteerd worden. Pas als ze een tijdje psychologische begeleiding kreeg, kon ze de tool wel gebruiken. Ze volgde enkel de modules die voor haar op dat moment nuttig waren: modules 1 en 5. Module 2 over slaap en depressie zou ze in de toekomst verder willen bekijken.

3) Indien je gestopt bent met de tool, wat was hier de reden voor?

- P1: *"niet internettool minded"*. Hij zei dat hij zich bijna genezen voelde toen hij de tool kreeg en vond ook dat de tool hem niet verder hielp.
- P2: *"gebrek aan gebruiksgemak"*. Voor P2 wordt er te veel informatie gegeven waarin je je kan verliezen waardoor alles teveel een opdracht wordt. Ook de vragenlijst (PHQ) zag er voor hem te veel uit als een opgave.
- P4 had het gevoel dat de tool hem niet verder hielp. Hij ervaarde de opdracht bij module 4 als een te grote opgave en een sleur. Hij zei dat hij liever een lijst maakt met dingen die die week moeten worden gedaan en plande niet graag te strikt. Hij deed de dingen liever op een moment dat het

hem paste. Hierdoor stopte hij met het gebruik van de tool en las de overige modules enkel eens door.

- P5: "*ben geen internetfanaat".*
- P6: *"als ik me neerslachtig voel heb ik mensen nodig die me uit de diepte halen"*
- P7 heeft alle modules gevolgd die voor haar nuttig waren.

1) <u>Voor mij is het een voordeel om een online hulpmiddel te gebruiken.</u>

Slechts twee patiënten (P4 en P8) vonden het een voordeel om een online hulpmiddel te gebruiken. Alle andere patiënten waren niet akkoord.

- P2: *"niet bij deze manier van lay-out"*
- P3 vond de tool te rationeel en gevoelens werden te weinig bekeken in module 1 tot 4. Hij voelde zich pas veel beter toen hij medicatie kreeg.
- P6 had geen nood aan opdrachten. Ze had al jarenlang een coach die samen met haar naar middelen zocht om erdoor te komen.

<u>5) De tool is handig in gebruik</u>

Vier patiënten (P1, P6, P7 en P8) vonden de tool handig in gebruik.

<u>6) Face-to-face hulpverlening leidt tot betere resultaten.</u>

Er was slechts één patiënt niet akkoord met deze stelling omdat volgens hem medicatie het beste heeft geholpen (P3). Bij verder navragen zou de tool en psychologische hulpverlening misschien toch wel een steentje hebben bijgedragen aan de verbetering van zijn depressie. Alle andere patiënten waren akkoord.

Van de patiënten die akkoord waren, duidden vier patiënten als antwoord helemaal akkoord aan (P1,P2, P5 en P6). P6 zei dat de tool voor mensen die niet direct toegang hebben tot hulpverlening een houvast kan zijn om wachttijden te overbruggen. Men moet wel bereid zijn om aan zijn probleem te werken en een computer kunnen gebruiken.

Vier patiënten dachten dat de tool waarschijnlijk het beste werkt in combinatie met face-to-face therapie (P2, P4, P7 en P8). Drie hiervan hadden reeds veel achtergrondinformatie over depressie waardoor ze veel theorie uit de tool al kenden (P2, P7 en P8). Volgens hen zou de tool een extra meerwaarde kunnen zijn als hij in het begin van de behandeling wordt gegeven wanneer iemand nog niet veel afweet over depressie. Bovendien zou het een voordeel zijn om opdrachten mee te nemen naar een hulpverlener en deze te bespreken. Eén van de drie vindt een voordeel van de tool dat men die kan gebruiken wanneer het best uitkomt (P8). Deze patiënt zegt wel dat er ook interactie met een persoon nodig is.

Samenvatting: het gebruik van de tool

Gebruik van de tool:

-Alle modules (P3 en P8)

-Alle modules doorgelezen (P6)

-Geen modules (P5)

-1 module (P1: module 3)

-2 modules (P2: module 1 en 2; P7: module 1 en 5)

-4 modules (P4 : module 1 tot 4)

Redenen om te stoppen met het gebruik van de tool:

-Niet- internet minded (P1 en P5)

-Face-to-face therapie nodig (P6)

-Niet gebruiksvriendelijk (P2)

-De opdrachten zijn te lastig (P2, P4 en P6)

Voordelen van de tool:

-Wachttijd tot face-to-face hulpverlening te overbruggen (P6)

-Een meerwaarde in het begin van de behandeling van depressie (P2, P7 en P8)

-Te gebruiken wanneer het past (P8)

-Opdrachten kunnen besproken worden met een hulpverlener (P7 en P8)

5.2.2 Tevredenheid over de tool

Aangezien patiënt 5 de tool niet gebruikte, laten we hem voor de volgende twee onderdelen buiten beschouwing.

1) Duidt op een schaal van 0 tot 10 aan: a) Hoe tevreden u in het algemeen bent over de tool b)Hoe helpend de tool voor u was c) Hoe interessant de tool voor u was

Een VAS-schaal is een lijnstuk van 10 cm waarop men een subjectief gevoel of een mening kan uitdrukken. De schaal maakt het mogelijk om een kwalitatief gevoel om te zetten in een kwantitatieve score (0: niet; 5: gemiddeld; 10: zeer erg). De antwoorden op deze VAS-schalen waren zeer verschillend. Door het lage aantal patiënten is de VAS-schaal niet goed te interpreteren.

2) Hoe zou je de kwaliteit van de behandeling die je door de tool ontvangen hebt beoordelen?

- P1: redelijk
- P2: slecht, hij schreef er *"niet van toepassing"* bij, omdat hij de tool enkel eens doorlas.
- P3: redelijk
- P4: goed. Ze vond de informatie een meerwaarde en zei dat het goed is dat je kan terugkijken naar hoe het voordien was of wat men ervoor heeft gedaan.
- P6: goed. Door module 2 te lezen, ging ze minder slapen overdag en voelde ze zich beter.
- P7: redelijk

- P8: uitstekend. Ze vond dat er voldoende en duidelijke informatie wordt gegeven.

3) Ik heb de behandeling gekregen die ik wenste.

Slechts 2 patiënten waren akkoord (P4 en P8). Drie patiënten hadden geen mening (P1, P6 en P7) en twee patiënten waren niet akkoord (P2 en P3). P7 wist niet wat ze ervan mocht verwachten waardoor ze ook niet kon zeggen of het de behandeling was die ze wenste

4) Als je opnieuw hulp nodig zou hebben, zou je dan weer gebruik maken van de tool?

P1: ja, ik denk van wel

P2: nee, zeker niet

P3: ja, ik denk van wel. Hij zou enkel module 5 en 6 opnieuw gebruiken.

P4: ja, ik denk van wel als de tool in de toekomst gebruiksvriendelijker wordt

P6: nee, ik denk van niet. *"ik zou het wel doen indien ik geen hulpverleners kan aanspreken"*

P7: ja, ik denk van wel

P8: ja, ik denk van wel

5) Als een vriend dezelfde hulp nodig had, zou je dan de tool aanraden?

Eén patiënt is zeker van niet (P2), de andere patiënten denken van wel (P1, P3, P4, P6, P7 en P8).

- P3: ja, ik denk van wel, maar niet alleen de tool, ook andere zorg.
- P4: ja, ik denk van wel, maar zeker ook face- to- face therapie
- P6: ja, ik denk van wel. *"Indien ik van die persoon zou weten dat hij/zij zelfstandig aan zijn probleem wil werken."*
- P8: ja, ik denk van wel. Ze had de tool op het moment van het overlopen van de vragenlijst reeds aan iemand aangeraden.

Samenvatting: tevredenheid over de tool

Kwaliteit van de tool	Tool in de toekomst gebruiken
Uitstekend (P8)	Ja, zeker en vast (geen patiënten)
Goed (P4 en P6)	Ja, ik denk van wel (P1, P3, P4, P7 en P8)
Redelijk (P1, P3 en P7)	Nee, ik denk van niet (P6)
Slecht (P2)	Nee, zeker niet (P2)
Gewenste behandeling gekregen	**Tool aan iemand aanraden**
Helemaal akkoord (geen patiënten)	Ja, zeker en vast (geen patiënten)
Akkoord (P4 en P8)	Ja, ik denk van wel (P1, P3, P4, P6, P7 en P8)
Geen mening (P1, P6 en P7)	Nee, ik denk van niet (geen patiënten)
Niet akkoord (P2 en P3)	Nee, zeker niet (P2)

Voordelen van de tool:

-Terug kunnen kijken naar wat men heeft geschreven (P4)

- Voldoende en duidelijke informatie (P8)

5.2.3 Inhoud en effect

1) De inhoud is begrijpbaar (duidelijk, gestructureerd, eenvoudig)

Eén patiënt is niet akkoord met deze stelling (P2). Drie patiënten zijn helemaal akkoord (P1,P4 en P6) en drie patiënten zijn akkoord (P3, P7 en P8).

2) Welke elementen van de tool zijn gemakkelijk in gebruik (Bv. De werkbladen en de voorbeelden)

Eén patiënt beantwoordde deze vraag niet (P1). De antwoorden van de andere patiënten worden hier achtereenvolgens besproken.

- P2 had de tool eigenlijk enkel maar gelezen en stopte ermee door een gebrek aan gebruiksgemak. Toch vond hij enkele zaken gemakkelijk in gebruik. De kracht van de tool was volgens hem dat ze online staat. Het concept van het bijhouden van een soort van dagboek en activiteitenkalender vond hij interessant. Men kan een cijfer van zijn gemoed per dag aanduiden. Dit leek hem een goed middel om te bespreken met de huisarts. Hij zou zijn login hiervoor zelfs met de huisarts willen delen. Het leek hem ook interessant om nadien te kunnen terugkijken naar hoe het vroeger was. Zo kan je bijvoorbeeld zien: vandaag heb ik een 7 en vorige week een 6. Nu voel ik me blijkbaar dus beter en is er effectief een verbetering in mijn gemoed. Hij vond het ook leuk dat de werkbladen apart staan en dus apart kunnen worden bekeken.
- P3: *"het schriftelijk vastleggen in module 5 en 6".*
- P4: *"de tool op zich is zeer gebruiksvriendelijk in de zin dat alles een beetje zichzelf uitwijst. Ook de uitleg en voorbeelden per module zijn zeer goed gestructureerd. Ook naar taalgebruik is alles zeer begrijpbaar."*
- P6: *"de theorie"*
- P7: *"de voorbeelden zijn duidelijk herkenbaar en verhelderend."* Er worden in de tool concrete en realistische voorbeelden gegeven. Ze kon zich hierin verplaatsen. Dit was voor haar zeer zinvol en een extra voordeel.
- P8 vond de werkbladen zelf gemakkelijk in gebruik. Ze vond het handig dat je verschillende activiteiten in andere kleurtjes kan zetten en vond het weekoverzicht ook handig.

3) Welke elementen van de tool zijn moeilijk in gebruik?

Twee patiënten beantwoordden deze vraag niet (P1 en P7). P7 vond eigenlijk niets moeilijk in gebruik. De antwoorden van de andere patiënten worden hieronder opnieuw opgesomd.

- P2: De tool voelde voor deze patiënt te veel aan als een verplichting en niet als een hulp. De tool ziet er voor hem te wetenschappelijk uit en hij vindt het lettertype te klein en lelijk.
  Een nadeel is dat hij niet op alle browsers werkt. De PHQ vragenlijst is telkens dezelfde die men moet invullen en herkauwen. Dit schrikte hem af.

- P3 vond het moeilijk om module 3 in te vullen. Hij zei dat de uren niet in te vullen waren zoals hij wou. Hij doet nooit 2u hetzelfde.
- P4 vond de werkbladen niet gebruiksvriendelijk. Als je een kleur toekent aan een activiteit, kan je je keuze niet meer wijzigen. Copy-paste werkt ook niet altijd even goed.

  De werkbladen zijn geordend per week. Dit zou voor hem meer doorlopend mogen zijn bijvoorbeeld in een maandoverzicht. Het zou ook handig zijn als je kan printen in PDF en een hele week kan afdrukken. Dit is nu niet het geval.
- P6: *"het gebruik van de schema's." "Ik kreeg al een afkeer van de eerste module met de vraag om de activiteiten in te vullen (klein lettertype...). Ik voelde me depressief door de druk op het werk en die eerste module was precies weer een opdracht er bovenop. Ik denk dat ik ze 10 keer heb opengedaan maar ik had geen moed om er iets mee te doen. Ik wilde die periode gewoon gemakkelijke, korte dingen doen."*
- P8: *"De rubriek: 'hoeveel % van de voorbije nacht was je wakker?' Een percentage geven is moeilijk. Gemakkelijker zou zijn dat je de tijd invult van wakker liggen en dat het systeem dat automatisch berekent afhankelijk van de tijden. Dit zou mijns inziens ook veel accurater zijn."* Ook deze patiënte vond de dagplanning in module 3 niet handig. Per 2u kan je een activiteit inplannen, maar ze kan veel meer doen op een kortere tijd.

4) <u>Welke modules waren helpend? Waarom?</u>

Eén patiënt beantwoordde deze vraag niet (P2).

- P1: Module 3: *"Duidelijk overzicht van activiteiten die je gemiddeld beter doen voelen".*
- P3: Module 5 en 6
- P4: Module 1 en 2: *"De eerste twee modules waren voor mij verhelderend. De dagplanning werkt dan weer averechts… daar ben ik op afgehaakt."* Hij vond een groot voordeel aan de tool dat je inzicht kan krijgen in wat energie geeft en wat energie opslorpt. Door de 2e module te lezen deed hij geen of zo weinig mogelijk dutjes overdag. Zijn huisarts had hem hier ook al voor gewaarschuwd.
- P6: Module 2
- P7: Module 1! en module 5. *"Module 1: zwart op wit zien dat je je niet de hele dag 'down' voelt: mood score. Zien uit welke activiteiten jouw week allemaal is opgebouwd."*
- P8: Module 3: *"Laat u stilstaan bij een gespreide planning van rustpauzes/ontspanmomenten."*

5) <u>Heeft de tool je geholpen om effectiever met je problemen om te gaan?</u>

Eén patiënt beantwoordde deze vraag niet (P2). Vijf patiënten antwoordden: ja, het heeft een beetje geholpen (P1, P3, P4, P6 en P7). Eén patiënt kruiste zowel aan dat het een beetje heeft geholpen en ook dat het niet heeft geholpen (P8). Ze schreef erbij: *"te wijten aan het feit dat ik alle stappen/info reeds gekregen had voordien."*

P1 vertelde dat hij eens, dankzij module 3, op een drukke zondagmiddag toch een moment had gepland voor zichzelf. Hij luisterde een half uurtje naar muziek en dat deed veel deugd. Ook P4 en P8 hadden baat bij deze module.

P3 en P6 zeiden dat ze door module 2 te lezen, minder sliepen en hierdoor meer energie kregen.

Voor P7 was de eerste module een grote hulp. Ze kon door het invullen van stemmingsscores in de module zien dat niet altijd alles slecht gaat. Ze zou module 2 in de toekomst verder willen bekijken. Overdag doet ze soms een dutje waardoor ze 's nachts niet kan slapen en ligt te piekeren. De module eens volledig doorlopen zou daar misschien een oplossing kunnen bieden.

6) <u>Heeft u opmerkingen of suggesties?</u>

Twee patiënten beantwoordden deze vraag niet (P1 en P4).

- P2: Eventueel een app maken. De tool mag een mooier uitzicht krijgen. Een soort van virtueel dagboek om bij te houden met aparte info en verschillende tabbladen. Men mag gebruik maken van meer kleuren, een groter lettertype en een eenvoudiger taalgebruik. Extra info kan bijvoorbeeld in aparte tabbladen zodat er afhankelijk van interesse kan worden gelezen.
- P3: *"Een groter lettertype. De tool werkte niet goed op mijn systeem (windows 8). Dubbele teksten. Module 3 liet zich niet invullen. Alleen module 5 en 6 waren zinvol voor mij. Ik had al kennis over depressie. Module 1 en 2 waren inhoudelijk goed, maar daar had ik niet veel aan aangezien ik dit al wist. De tool gaat uit van kennisgebrek. Bij mij ging het eigenlijk vooral over gevoel (gevoel van eigenwaarde, schaamte, te veel zijn)."*
- P6: Ze zou liever een informatieve brochure lezen dan alles op een computerscherm.
  "Ik heb de laatste periode boeken gelezen betreffende angst, burn out... Iets op scherm lezen vind ik niet comfortabel en alles uitprinten zag ik nu ook niet zitten."
- P8: *"Wanneer je de taal instelt, dat dit behouden wordt. Bij elke nieuwe login is het opnieuw in het Engels." "De eerste keer duurde het 20 minuten eer ik gevonden had hoe ik mijn half ingevulde werkblad van de vorige keer terug kon oproepen. Ik zou hier eventueel een aparte rubriek, apart tabblad voor maken met een grotere layout."* Ze zou het interessant vinden mochten de werkbladen automatisch naar haar huisarts worden doorgestuurd. Een nadeel is dat je geen selectie kan maken in wat je afprint.

Samenvatting : inhoud en effect

De inhoud is begrijpelijk	Door de tool effectiever met problemen omgegaan
Helemaal akkoord (P1, P4 en P6)	Ja, het heeft zeker geholpen (geen patiënten)
Akkoord (P3, P7 en P8)	Ja, het heeft een beetje geholpen (P1, P3, P4, P6, P7 en P8)
Geen mening (geen patiënten)	Nee, het heeft niet geholpen (P8)
Niet akkoord (P2)	Nee, het heeft de dingen erger gemaakt
Gemakkelijk in gebruik	Moeilijk in gebruik
-Werkbladen staan apart (P2)	-Te klein lettertype (P2, P6)
-Werkbladen van module 5 en 6 (P3)	-Werkt niet op alle browsers (P2)
-De uitleg en voorbeelden zijn goed gestructureerd (P4)	-Steeds dezelfde vragenlijst (P2)
-De theorie (P6)	-Kleuren in werkbladen zijn niet te wijzigen (P4)
-De verschillende kleuren voor activiteiten in de werkbladen (P8)	-Copy-paste werkt niet goed (P4)
	-Afdrukken is moeilijk (P4)
	-Percentage slapeloosheid bepalen is te moeilijk (P8)
	-2u per activiteit is te lang (P3 en P8)

Voordelen van de tool:

-online en men kan terugkijken naar wat men vroeger schreef (P2)

-Duidelijke voorbeelden (P7)

Suggesties:

- Een app (P2)
- Werkbladen in maandoverzicht (P4)
- De uren voor activiteiten in de werkbladen zelf kiezen (P3 en P8)
- Afdrukken per week (P4); een selectie kunnen maken van wat je wilt afdrukken (P8)
- Een betere lay-out (P2, P3 en P8)
- De kleurcode bij een activiteit kunnen wijzigen en makkelijker copy-pasten (P4)
- De tool zou moeten werken op alle browsers (P3)
- Behouden van de taal bij iedere login (P8)
- Module 2: automatische berekening van het percentage slapeloosheid (P8)
- Login delen met de huisarts (P2); werkbladen automatisch naar de huisarts verzonden (P8)

6) Discussie

Huisartsen zijn vaak het eerste aanspreekpunt voor depressieve patiënten. Door de institutionele hervorming van de GGZ in België zullen ze nog meer te maken krijgen met deze problematiek. Online hulpverlening kan de huisartsen ondersteunen en zorgt voor meer zelfmanagement. In Vlaanderen wordt er nog niet veel gebruik van gemaakt. De Vlaamse overheid wil dit dan ook verder uitbouwen. Online zelfmanagement tools bleken reeds in meerdere studies effectief ('effectiveness'). Het is ook belangrijk om de effecten in 'real life' na te gaan. Pas als de aanvaardbaarheid van een tool groot is, zal ze werkzaam zijn ('efficacy') (10). In de REEACT trial beveelt men aan om meer onderzoek te doen naar de aanvaardbaarheid van CCGT. Deze studie pikt hierop in.

In deze masterthesis wordt de iFightDepression tool bij patiënten met een lichte tot matige depressie geïmplementeerd om te bekijken hoe aanvaardbaar ze het vinden om met een internettool te werken en in geval van gebruik, hoe tevreden ze erover zijn. Deze tool is één van de weinige online tools voor depressie die in Vlaanderen kunnen gebruikt worden . Onderzoek toont aan dat begeleide web-based interventies beter zouden zijn dan niet-begeleide interventies. Er is echter geen evidentie wat een optimale begeleiding is (6, 8, 10, 25, 26, 35).

In dit onderzoek werd er een training gegeven aan artsen. In de training werd ook benadrukt dat begeleiding van de patiënt nodig is. Een follow-up afspraak met de patiënt 1 keer om de 2 weken werd aangeraden. Na het doorlopen van de tool werden de deelnemende patiënten gecontacteerd om een vragenlijst over de tool te overlopen. Reflecties rond de antwoorden bij de verschillende topics van de vragenlijst worden in de volgende onderdelen besproken en worden vergeleken met de gegevens uit het literatuuronderzoek. Vervolgens komen de door patiënten aangegeven voor- en nadelen van de tool aan bod en ten slotte de beperkingen van de studie en de aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

6.1 Het gebruik van de tool

Slechts twee patiënten doorliepen alle modules (P3 en P8). De redenen om vroegtijdig te stoppen met de tool (de lage therapietrouw) bij de andere patiënten waren veelzijdig. Twee patiënten waren niet internet-minded (P1 en P5). Hierdoor gebruikte P5 de tool zelfs helemaal niet. Voor sommige patiënten werden de opdrachten te veel als last ervaren (P2, P4 en P6). Deze twee redenen werden ook door patiënten in de studie van Gerhards et al. (2011) aangehaald (29). In de studie van Schneider et al. (2014) over de aanvaardbaarheid van de tool MoodGym kwam naar voren dat een depressie op zich het gebruik van de website bemoeilijkt door apathie en een moeilijkere concentratie (31). Dit kan een reden zijn waarom P2, P4 en P6 de opdrachten als een last ervaarden. Therapietrouw bij online therapie is meestal minder goed bij depressieve patiënten in vergelijking met online therapie voor andere geestelijke gezondheidsproblemen zoals angststoornissen. Dit is niet zo verwonderlijk

aangezien een depressie ook de motivatie en therapietrouw bij een traditionele behandeling vermindert (33, 35).

Nog andere redenen om vroegtijdig te stoppen met de tool waren dat 2 patiënten de tool niet gebruiksvriendelijk vonden (P2 en P3) en een patiënt meer baat zei te hebben bij face-to-face therapie (P6).

Vier patiënten in deze studie dachten dat de tool waarschijnlijk het beste werkt in combinatie met face-to-face therapie (P2, P4, P7 en P8). Twee patiënten hiervan zouden het een meerwaarde vinden om hun werkbladen te delen met de huisarts (P2 en P8). In de studie van Gerhards et al. (2011) rond de aanvaardbaarheid van de 'Kleur je Leven' tool suggereerden patiënten eveneens dat de combinatie van professionele begeleiding met de tool de effectiviteit van de tool kan vergroten (29).

6.2 Tevredenheid over de tool, inhoud en effect

Zoals ook uit de REEACT trial bleek, hebben de meeste mensen in dit onderzoek een mix van positieve en negatieve gevoelens bij het gebruik van de iFightDepression tool. Ondanks het feit dat slechts 2 patiënten aangaven dat ze het positief vonden om deze tool te gebruiken en ze tegelijk de behandeling kregen die ze wensten (P4 en P8), dachten 5 patiënten dat ze de tool later toch opnieuw zouden gebruiken (P1, P3, P4, P7 en P8). Een mogelijke verklaring voor deze tegenstelling is het feit dat deze patiënten en een zesde patiënt - die de tool enkel in grote lijnen had gelezen- zich door de tool geholpen voelden om effectiever om te gaan met hun problemen (P1, P3, P4, P6, P7 en P8). Deze patiënten zouden de tool dus zeker ook aanraden aan een vriend die dezelfde hulp nodig heeft.

Er waren 2 patiënten die over het algemeen een slechte evaluatie gaven van de tool (P2 en P5). P5 gebruikte de tool niet omdat hij niet graag met internet werkt. P2 vond de lay-out zo slecht dat hij de tool zeker niet in de toekomst zou gebruiken, laat staan zou aanraden aan een vriend in nood. Voor hem gaf de tool een slechte kwaliteit van behandeling en is de inhoud niet goed te begrijpen.

6.3 Voor- en nadelen van de tool

Bij het overlopen van de vragenlijst gaven patiënten een aantal algemene voordelen van online zelfmanagement tools:

-Een overbrugging van de wachttijd voor psychologische hulp (P6)

-Te gebruiken wanneer het past (P8).

- Men kan terug kijken naar hoe het voordien was of wat men ervoor heeft gedaan (P2 en P4). Dit komt ook overeen met een resultaat in de studie van Schneider et al. (2014) over de aanvaardbaarheid van de tool MoodGym.

Specifiek voor deze tool waren de volgende voordelen:

- De tool bevat goede informatie (P4 en P8)

- Er worden realistische voorbeelden gegeven (P6 en P7)
- Ingevulde opdrachten kunnen worden besproken met een hulpverlener (P7 en P8)

Nadelen waren een slechte lay-out en technische problemen. Technische problemen waren ook een probleem voor patiënten die MoodGym gebruikten in de studie van Schneider et al. (2014).
Patiënten gaven suggesties ter verbetering van de tool zowel op technisch vlak als voor de lay-out.

6.4 Beperkingen van de studie en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Er zijn verschillende beperkingen aan dit onderzoek. Het is sowieso onmogelijk om conclusies te trekken door de kleine onderzoekspopulatie. Bovendien is het ook bij grotere groepen moeilijk om statistisch goede gegevens te verzamelen over online zelfhulpinterventies door het hoge aantal drop-outs. In deze studie was de drop-out 4 op de 12 patiënten (33%). De antwoorden over de aanvaardbaarheid van de tool komen dus voornamelijk van personen die gemotiveerd waren om deel te nemen aan het onderzoek. Drop-outs waren te wijten aan technische problemen voor 2 patiënten, familiale omstandigheden voor een andere patiënt en een verslechtering van de depressie bij de vierde patiënt. Toekomstig onderzoek met een implementatie van de tool op grotere schaal in de eerste lijn is nodig om na te gaan of de resultaten uit deze studie reproduceerbaar zijn.
Verschillende patiënten hadden reeds veel kennis over de theorie in de tool. Dit zowel door therapie bij een vroegere depressie (P1, P2, P3, P6, P7) als door de huidige therapie (P8). Drie patiënten dachten dan ook dat het een meerwaarde is als de tool in het begin van de behandeling wordt aangeboden (P2, P7 en P8). P4 had nog nooit een depressie doorgemaakt en kreeg de tool relatief in het begin van zijn behandeling aangeboden. Hij vond het gebruik van de tool een voordeel. Verder onderzoek naar de tevredenheid over de iFightDepression tool door patiënten die de tool vanaf het begin van hun behandeling krijgen aangeboden, lijkt nuttig.

7) Besluit

Dit onderzoek heeft als doel om na te gaan hoe patiënten met een lichte tot matige depressie het werken met de internettool iFightDepression ervaren wat betreft aanvaardbaarheid en tevredenheid. Om dit doel te bereiken werd er eerst een overzicht gegeven van de problematiek en de aanpak van depressie en werd het potentieel van online hulpverlening en CCGT benadrukt. Vervolgens werd er een overzicht gegeven van de verschillende vormen van onlinehulpverlening en werd de bestaande literatuur rond enkele zelfmanagement websites besproken. Vanuit het besef dat zelfmanagement tools nog niet vaak geïmplementeerd worden binnen de huisartsenpraktijken van Vlaanderen, werd het standpunt van de Vlaamse overheid rond onlinehulpverlening en het gebruik ervan in de GGZ eveneens besproken.

Nadat acht patiënten de tool doorlopen hadden, werd een vragenlijst over de tool afgenomen. De antwoorden varieerden sterk. Slechts 2 patiënten werkten de tool volledig af. Voor de andere patiënten waren er verschillende redenen om af te haken. Niettegenstaande slechts 2 patiënten het positief vonden om de tool te gebruiken en ze de behandeling kregen die ze wensten, waren de andere patiënten niet onverdeeld negatief. Vaak hebben de patiënten een mix van positieve en negatieve gevoelens ten opzichte van de tool. Zes patiënten konden door het gebruik van de tool effectiever omgaan met hun problemen. Patiënten gaven verschillende suggesties voor een optimalisatie van de tool. In de toekomst zou men hiermee rekening kunnen houden en de tool op grotere schaal kunnen implementeren.

8) Referenties

1. Van Audenhove C, De Coster I, Van Den Ameele H, De Fruyt J, Goetinck M. De aanpak van depressie door de huisarts. Uitgeverij Lanoo2007. 1-240 p.
2. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Het voorkomen van depressie in België. Stand van zaken en reflecties voor de toekomst. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2008;50:655-65.
3. ISP-WIV. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten. 2013.
4. Simmons MB, Hetrick SE, Jorm AF. Making decisions about treatment for young people diagnosed with depressive disorders: a qualitative study of clinicians' experiences. BMC Psychiatry. 2013;13:1-16.
5. FINAL REPORT PREDI-NU Project.
6. Arensman E, Koburger N, Larkin C, Karwig G, Coffey C, Maxwell M, et al. Depression awareness and self-managment trough the internet: an internationally standardised approach. JMIR-Research Protocols. 2015;4(3):1-11.
7. Wyseur L, Van Audenhove C. De implementatie van e-mental health binnen de huisartsenpraktijken in Vlaanderen: Opportuniteiten en werkpunten. 2013-2014:1-77.
8. de Graaf LE, Gerhards SAH, Arntz A, Riper H, Metsemakers JFM, Evers SMAA, et al. One-year follow-up results of unsupported online computerized cognitive behavioural therapy for depression in primary care: A randomized trial. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2011;42(1):89-95.
9. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2005;7(4):167-76.
10. Wade A. Use of the internet to assist in the treatment of depression and anxiety: a systematic review. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2010;12(4).
11. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, Michels J, Goetinck M, et al. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2008;37:284-317.
12. Mitchell A, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. The Lancet. 2009;374(9690):609-19.
13. Davidsen A, Fosgerau C. What is depression? Psychiatrists' and GP's experiences of diagnosis and the diagnostic process. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2014 Nov 6;9:1-10.
14. Health WFfM. DEPRESSION: A Global Crisis. World Mental Health Day, October 10 2012. 2012.
15. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. Journal of general internal medicine. 1997;12(7):439-45.

16. Loh A, Leonhart R, Wills C, Simon D, Härter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. Patient education and counseling. 2007;65(1):69-78.
17. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. Br J Psychiatry. 2004;184(546):393-403.
18. Von Korff M, Tiemens B. Individualized stepped care of chronic illness. Western journal of medicine. 2000;172(2):133-7.
19. Everaert S, Scheerder G, De Coster I, Van Audenhove C. Getrapte zorg voor personen met depressie in de centra geestelijke gezondheidszorg. LUCAS, 2007.
20. Gezondheidszorg DP. Psy107. Available from: http://www.psy107.be/index.php/nl/Dienst.
21. EuropeanCommission. Communication from the commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. eHealth Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century. 2012:1-14.
22. Fuller T, Stokes D, Mathews R. Internet supported psychological interventions.
Guide to navigating online psychological programs. Australian Psychological Society, 2012.
23. Van Daele T, Vanhoornissen T. Portable technology in mental healthcare. De psycholoog. 2015;Special edition:34-9.
24. Bocklandt P. Niet alle smileys lachen. Onlinehulp in eerstelijnswelzijnswerk. Acco2011.
25. Stasiak K, Fleming T, Lucassen M, Shepherd M, Whittaker R, Merry S. Computer-Based and Online Therapy for Depression and Anxiety in Children and Adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2015;25:1-11.
26. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman E. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry. 2014;13:288-95.
27. Cuijpers P, Berking M, Andersson G. A meta-analysis of cognitive behavior therapy for adult depression, alone and in comparison to other treatments. Can J Psychiatry. 2013;58:376-85.
28. de Graaf LE, Gerhards SAH, Arntz A, Riper H, Metsemakers JFM, Evers SMAA, et al. Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. British journal of psychiatry. 2009;195(1):73-80.
29. Gerhards SAH, Abma TA, Arntz A, de Graaf LE, Evers SMAA, Huibers MJH, et al. Improving adherence and effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy without support for depression: a qualitative study on patient experiences. Journal of affective disorders. 2011;129(1-3):117-25.

30. Christensen H, Griffiths K, Jorm A. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. BMJ. 2004:1-5.
31. Schneider J, Sarrami Foroushani P, Grime P, Thornicroft G. Acceptability of Online Self-Help to People With Depression: Users' Views of MoodGYM Versus Informational Websites. J Med Internet Res 2014;16.
32. Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, Shapiro DA, Goldberg D, Mann A, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2004;185:46-54.
33. Littlewood E, Duarte A, Hewitt C, Knowles S, Palmer S, Walker S, et al. A randomised controlled trial of computerised cognitive behaviour therapy for the treatment of depression in primary care: the Randomised Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of Computerised Therapy (REEACT) trial. Health Technology Assessment. 2015;19(101):1-+.
34. Bockland P, Adriaensens E, De Zitte M, Sap H, Vandecasteele A. Bouwstenen voor een vlaams actieplan Online hulp. Samenvatting van een verkennend onderzoek naar beleidsvoorstellen voor onlinehulp voor welzijn en gezondheid. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. 2014:1-22.
35. Mohr D, Duffecy J, Jin L, Ludman E, Lewis A, Begale M, et al. Multimodal e-mental health treatment for depression: a feasibility trial. Journal of medical internet research. 2010;12(5):e48.
36. Available from: http://www.ebo-enterprises.com/nl/prisoncloud.
37. Bocklandt P, Vanhove T. Onlinehulp in verscheidenheid. Onlinehulptoepassingen voor welzijn en gezondheid in Vlaanderen anno 2015 in kaart. 2015.
38. Abhyankar P, Harris FM, Maxwell M. Self-managment of depression using computerised CBT: a report of a realist informed systematic review 2012(unpublished report in preparation for publication).
39. Kaltenthaler E, Sutcliffe P, Parry G, Beverly C, Rees A, Ferriter M. The acceptability to patients of computerized cognitive behaviour therapy for depression: a systematic review. Psychological Medicine Cambridge University Press. 2008;38:1521-30.

9) Bijlages

9.1 Bijlage 1: De DSM-criteria voor depressie

De DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en is een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de American Psychiatric Association. Het doel van de DSM is om een onderlinge vergelijking van (groepen) patiënten mogelijk te maken door ondubbelzinnige definities per syndroom of ziektebeeld te geven. Alle symptomen nodig voor een ziektebeeld of syndroom worden gedefinieerd. De nieuwste versie (DSM-V) werd uitgeschreven in 2013.

De DSM criteria voor depressie

Kernsymptomen:

1) Sombere stemming
2) Verlies van interesse of plezier

Lichamelijke symptomen:

3) Verandering van gewicht of eetlust
4) Slapeloosheid of overmatig slapen
5) Psychomotore agitatie of remming
6) Vermoeidheid of verlies van energie

Cognitieve symptomen:

7) Gevoelens van waardeloosheid of schuld
8) Besluiteloosheid of concentratieproblemen
9) Gedachten aan de dood of aan suïcide

Een depressie moet voldoen aan:

-Ten minste 1 van de kernsymptomen en 4 of meer bijkomende symptomen.

-Gedurende minstens 2 weken

-Significant lijden of disfunctioneren (bijna dagelijks, gedurende het grootste deel van de dag

iFightDepression tool

Een online zelfhulptool voor mensen met milde tot matige depressieve klachten

- Onder begeleiding van je huisarts
- Op een plaats en tijdstip dat jou past
- Op je eigen tempo
- Op basis van cognitieve gedragstherapie
- Oplossingsgericht
- Opgebouwd uit modules
- Theorie, voorbeelden en werkbladen
- Stemmingsdagboek
- Gratis

DEPRESSION AWARENESS AND SELF-MANAGEMENT THROUGH THE WEB

PREDI NU

Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU

toond dat gelijkaardige tools effectief zijn in het **verminderen van depressieve symptomen.**

KU LEUVEN

LUCAS

VRAGEN?
CENTRUM VOOR ZORGONDERZOEK EN CONSULTANCY

Kapucijnenvoer 39 - bus 5310
3000 Leuven
Tel. +32 16 37 54 31
Fax. + 32 16 33 69 22

E-mail: lucas@med.kuleuven.be

DEPRESSION AWARENESS AND SELF-MANAGEMENT THROUGH THE WEB

PREDI NU

Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU

iFightDepression:
Een online zelfhulptool voor mensen met milde tot matige depressieve klachten

KU LEUVEN

LUCAS

UNIVERSITEIT GENT

tel: 016/37.54.31
e-mail: Evelien.coppens@med.kuleuven.be

iFightDepression tool

Een online zelfhulptool voor de behandeling van milde tot matige depressieve klachten.

Depressieve klachten?

Voel je jezelf de laatste tijd neerslachtig? Heb je minder energie dan vroeger en/of merk je dat je minder activiteiten onderneemt en dingen gedaan krijgt?

Deze online zelfhulptool kan je helpen om zelfstandig je depressieve symptomen aan te pakken.

Wat zijn de voordelen?

- **Online**: laagdrempelig, waar en wanneer je wil.
- **Geen wachtlijsten**: je kan onmiddellijk starten.
- Als **extra ondersteuning** bij de behandeling door je **huisarts of psycholoog**:
  - Je bespreekt met je zorgverlener de intensiteit van begeleiding.
  - Je kan bij hem/haar terecht voor vragen of moeilijkheden.
- **7 modules waarmee je zelf aan de slag kan gaan.** Je doorloopt één module per week.
- Op basis van **Cognitieve Gedragstherapie**: Je leert hoe je via je gedachten, activiteiten, planning en slaap je stemming kan verbeteren.
- Elke module bevat **theorie, casussen en werkbladen** om deze vaardigheden in te oefenen aan de hand van concrete voorbeelden uit je dagelijks leven.
- Eerder wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat gelijkaardige tools effectief zijn in het verminderen van depressieve symptomen.

Vertrouwelijkheid en bescherming van gegevens.

We garanderen dat je gegevens tijdens het gebruik van de tool in veilige handen zijn. Alle gegevens die je ingeeft worden gecodeerd verwerkt en veilig en vertrouwelijk geanalyseerd. Alle gegevens worden bewaard volgens de nationale en international wetgeving.

Achtergrond

Deze tool werd ontwikkeld in het kader van een Europees project: "Preventie van depressie en verbeteren van het bewustzijn door netwerken in de EU: PREDI-NU" en wordt gesubsidieerd door het Agentschap voor Consumenten, Gezondheid en Voeding (Chafea). De implementatie van de tool in Vlaanderen gebeurt voornamelijk door LUCAS KU Leuven, in samenwerking met het Medisch en Psychotherapeutisch centrum van de KU Leuven. Dit project wordt uitgevoerd in opdracht van de Leerstoel Ga voor Geluk.

In het kader van de masterthesis in de huisartsgeneeskunde van dr. Eva Braet worden de ervaringen van patiënten bij het gebruik van de tool bevraagd.

Vragen?

Als je vragen hebt over het gebruik van de tool kan je contact opnemen met:

Dr. Eva Braet
Huisarts in opleiding en onderzoeker
E-mail: Eva.braet@ugent.be

Dr. Evelien Coppens
Projectleider
tel: 016/37.34.31
e-mail: Evelien.coppens@med.kuleuven.be

9.3 Bijlage 3: Informatie over de studie

Vraagstelling van de studie:

Hoe ervaren patiënten in de huisartspraktijk met lichte tot matige depressie het werken met de internettool: IFightDepression wat betreft aanvaardbaarheid en tevredenheid?

Beste gebruiker van de online tool,

U gaf de toestemming om deel te nemen aan een onderzoek om een online tool te evalueren voor mensen met milde tot matige depressie om hen te ondersteunen in het aanpakken van hun depressie. U ontving hierover een informatiedocument.

Uw feedback en antwoorden worden gebruikt om de aanvaardbaarheid en haalbaarheid van de online tool te evalueren. Uw mening kan bijdragen aan een betere versie van de tool voor toekomstige gebruikers.

Indien u wenst deel te nemen zal u na één maand telefonisch gecontacteerd worden door Dr. Braet. Hierbij zal worden nagevraagd of u de tool gebruikt. Na drie maanden zal u opnieuw gecontacteerd worden om een vragenlijst in te vullen ter evaluatie van de tool. Deze vragenlijst zal gaan over uw mening over de tool, over de inhoud van de tool en hoe het voor u was om van de tool gebruik te maken. Vervolgens wordt u uitgenodigd voor het bespreken van die vragenlijst. Zowel het invullen van de vragenlijst als het individueel gesprek is vrijwillig.

U bent vrij om op eender welk moment uw deelname stop te zetten, ook als u eerder al heeft toegestemd om deel te nemen. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Uw contactgegevens en andere persoonlijke informatie worden veilig bewaard. Enkel het onderzoeksteam heeft hier toegang toe en deze gegevens zullen voor geen enkel ander doel gebruikt worden. Indien u op eender welk tijdstip toegang wenst tot uw informatie of indien u wenst dat uw informatie verwijderd wordt, kan u het onderzoeksteam hiervoor contacteren.

De resultaten van de gehele studie zullen verwerkt worden in een masterthesis in de huisartsgeneeskunde van Dr. Eva Braet.

Indien u ermee instemt om deel te nemen, gelieve het toestemmingsformulier te ondertekenen. U kan deze informatiebrief en de informatiebrochure over de tool bijhouden. Tevens ontvangt u een folder met hulplijnen in regio Gent.

Meer informatie over de tool is beschikbaar op www.predi-nu en www.iFightDepression.com.

Voor vragen kan u altijd contact opnemen met ons via onderstaande gegevens.

Namens het onderzoeksteam, met vriendelijke groeten en hoogachtend,

Dr. Eva Braet (eva.braet@ugent.be)
Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (LUCAS@med.kuleuven.be)
Dr. Evelien Coppens (evelien.coppens@med.kuleuven.be)

9.4 Bijlage 4: Toestemmingsformulier voor deelname aan de studie

Bedankt voor uw toestemming om deel te nemen aan de studie. Het doel van dit document is om ons ervan te verzekeren dat u wenst deel te nemen.

Ik bevestig dat ik een informatiedocument over de tool gelezen en begrepen heb, hiervan een exemplaar ontvangen heb en dat ik de gelegenheid heb gehad om vragen te stellen.

Ja	Neen

Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik deze op ieder moment kan stopzetten, zonder hiervoor een reden te moeten geven.

Ja	Neen

Ik begrijp dat ik de toestemming om mijn gecodeerde elektronische gegevens te bewaren kan stopzetten en dat, indien gewenst, alle dusver verzamelde gegevens op dat moment vernietigd kunnen worden.

Ja	Neen

Ik geef de toestemming om via onderstaande contactgegevens gecontacteerd te worden door de onderzoeker voor het invullen van een vragenlijst en een uitnodiging voor een individueel gesprek om de ingevulde vragenlijst te overlopen.

Ja	Neen

Contactgegevens deelnemend patiënt:

Telefoon:_____

E-Mail:_____

_____ _____ _____

Naam (HOOFDLETTERS) Handtekening Datum

Contactgegevens begeleidende huisarts:

Telefoon:_____

E-Mail:_____

_____ _____ _____

Naam (HOOFDLETTERS) Handtekening Datum

9.5 Bijlage 5: In te vullen door de huisarts bij inclusie

Informatie over de patiënt

Om zo goed mogelijk gebruik te kunnen maken van de tool, vragen we u om enkele gegevens in te vullen over de patiënt die van de tool gebruik zal maken.

Persoonlijke informatie over de patiënt
De codenaam van de patiënt: …….
Geboortejaar van de patiënt: _ _ _ _
Geslacht van de patiënt: M / V
Usus:

Psychische gezondheidsgeschiedenis van de patiënt
Eerder gediagnosticeerde psychische gezondheidsproblemen:
□ Depressie
- o Mild
- o Matig
- o Ernstig

□ Ander psychisch gezondheidsprobleem:
□ Geen idee

Eerdere behandelingen voor psychische gezondheidsproblemen
□ Medicatie
□ Psychotherapie
□ Andere: ……

Huidige behandeling van de patiënt
Volgt de patiënt op dit moment, voor zover u weet, naast de tool nog andere behandelingen voor depressie?
□ Ja *(Gelieve het type behandeling aan te duiden)*
- o Medicatie
- o Psychotherapie
- o Andere: ……

□ Neen

Hartelijk dank voor uw deelname!

9.6 Bijlage 6: Folder met hulplijnen regio Gent

In nood?
Hulplijnen regio
Gent

UNIVERSITEIT
GENT

KU LEUVEN
LUCAS

iFightDepression tool

Een online zelfhulptool voor mensen met milde tot matige depressieve klachten

- Onder begeleiding van je huisarts
- Op een plaats en tijdstip dat jou past
- Op je eigen tempo
- Op basis van cognitieve gedrag-stherapie
- Oplossingsgericht
- Opgebouwd uit modules
- Theorie, voorbeelden en werkbladen
- Stemmingsdagboek
- Gratis

DEPRESSION AWARENESS
AND SELF-MANAGEMENT
THROUGH THE WEB
PREDI NU

Hulplijnen

Als je je in een crisissituatie bevindt of als je eraan denkt om jezelf of anderen schade te berokkenen, neem je best onmiddellijk contact op met je hulpverlener (huisarts of psychologische hulpverlener). In geval van nood kan je ook steeds terecht op een spoeddienst of op het noodnummer 112.

Hulplijnen

- Algemeen noodnummer: 112

- Zelfmoordlijn:
Tel: 1813 / chat:
www.zelfmoord1813.be

Spoedafdelingen

Ziekenhuizen

- UZ Gent
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel: 09 332 50 24

- AZ Maria Middelares
Kortrijksesteenweg 1026
9000 Gent
Tel: 09 260 70 03

- AZ Jan Palfijn
Watersportlaan 5
9000 Gent
Tel: 09 224 81 01

- AZ Sint Lucas
Groenebriel 1
9000 Gent
Tel: 09 224 55 50

Wachtposten Huisartsen Gent

Tel: 09 236 50 00

- Baudelokaai 7
- Kliniekstraat 27
- Martelaarslaan 305

http://www.huisartsenwachtposten.be/

Centra Geestelijke Gezondheidszorg

- CGG Eclips
Elyzeese Velden 74, 9000 Gent
Tel: 09 235 22 41
http://www.cggeclips.be

- RCGG Gent Keizervest
Keizervest 17
9000 Gent
Tel: 09 223 20 82

Centrum algemeen welzijnswerk

Oude Houtlei 124
9000 Gent
Tel: 078 150 300

9.7 Bijlage 7: Vragenlijst in te vullen door de patiënt na het doorlopen van (een deel van) de tool

Het gebruik van de tool

1)Heb je op dit moment de tool helemaal afgerond?
□Ja
□ Nee, nog niet, maar ik ben dit wel van plan
□ Nee en ik ben dit niet van plan

2) Welke modules heb je afgewerkt?

□ Module 1: Gedachten, gevoelens & gedrag
□ Module 2: Slaap en depressie
□ Module 3: Het plannen en doen van dingen die je graag doet
□ Module 4: Dingen realiseren en doelen bereiken
□ Module 5: Storende gedachten herkennen
□ Module 6: Storende gedachten aanpakken
□ Module 7: Een gezonde leefstijl

3)Indien je gestopt bent met de tool, wat was hier de reden voor?
□ Ik heb alle modules afgewerkt
□ Ik heb alle modules gevolgd die voor mij nuttig zijn
□Ik had het gevoel dat de tool me niet verder hielp
□Andere: _____

4) Voor mij is het een voordeel om een online hulpmiddel te gebruiken.
□ Helemaal akkoord
□ Akkoord
□ Geen mening
□ Niet akkoord
□ Helemaal niet akkoord

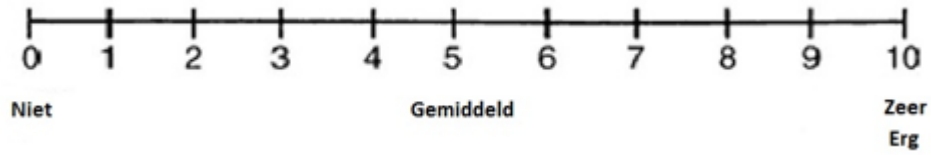
5) De tool is handig in gebruik.
□ Helemaal akkoord
□ Akkoord
□ Geen mening
□ Niet akkoord
□ Helemaal niet akkoord

6) Face to face hulpverlening leidt tot betere resultaten.
□ Helemaal akkoord
□ Akkoord
□ Geen mening
□ Niet akkoord
□ Helemaal niet akkoord

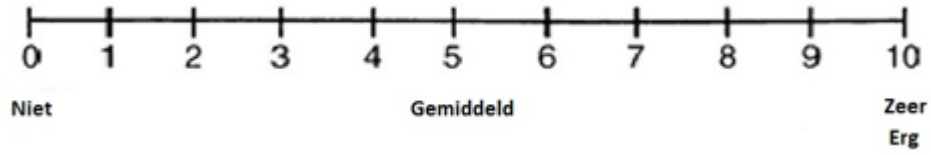
Uw tevredenheid

1)Duidt op een schaal van 0 tot 10 aan:

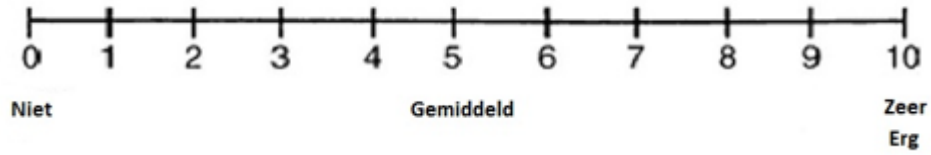
Hoe tevreden u in het algemeen bent over de tool:



Hoe helpend de tool voor u was:



Hoe interessant de tool voor u was:



2)Hoe zou je de kwaliteit van de behandeling die je door de tool ontvangen hebt beoordelen?
□ Uitstekend
□ Goed
□ Redelijk
□ Slecht

3)Ik heb de behandeling gekregen die ik wenste.
□ Helemaal akkoord
□ Akkoord
□ Geen mening
□ Niet akkoord

4)Als je opnieuw hulp nodig zou hebben, zou je dan weer gebruik maken van de tool?
□Ja, zeker en vast
□ Ja, ik denk van wel
□ Nee, ik denk van niet
□ Nee, zeker niet

5)Als een vriend dezelfde hulp nodig had, zou je dan de tool aanraden?
□Ja, zeker en vast
□ Ja, ik denk van wel
□ Nee, ik denk van niet
□ Nee, zeker niet

Inhoud en effect

1) De inhoud is begrijpbaar (duidelijk, gestructureerd, eenvoudig)?

□ Helemaal akkoord
□ Akkoord
□ Geen mening
□ Niet akkoord

2)Welke elementen van de tool zijn gemakkelijk in gebruik (Bv. de werkbladen en de voorbeelden)

---

3)Welke elementen zijn moeilijk in gebruik?

---

4) Welke modules waren helpend?
□ Module 1: Gedachten, gevoelens & gedrag
□ Module 2: Slaap en depressie
□ Module 3: Het plannen en doen van dingen die je graag doet
□ Module 4: Dingen realiseren en doelen bereiken
□ Module 5: Storende gedachten herkennen
□ Module 6: Storende gedachten aanpakken
□ Module 7: Een gezonde leefstijl

Waarom? (breng eventueel uitgewerkte opdrachten mee naar het interview).

---

5) Heeft de tool je geholpen om effectiever met je problemen om te gaan?

□ Ja, het heeft zeker geholpen

□ Ja, het heeft een beetje geholpen

□Nee, het heeft niet geholpen

□ Nee, het heeft de dingen erger gemaakt

6) Heeft u opmerkingen of suggesties?

Hartelijk dank voor uw deelname!

9.8 Bijlage 8: Protocol en goedkeuring van het Ethisch Comité van de KU Leuven

PROTOCOL voor het Ethisch Comité

Achtergrond:

Ruim 15% van de bevolking lijdt in de loop van zijn of haar leven aan een majeure depressie. In België is de prevalentie van depressie 5 à 6%.

Een unipolaire depressie is de derde oorzaak van disability adjusted life years in Europa. Uit onderzoek van de WHO blijkt dat majeure depressie wereldwijd de vierde grootste oorzaak is van ziektelast. Men voorspelt dat ze tegen het jaar 2020 op de tweede plaats zal komen te staan, na ischemische hartaandoeningen. Een depressie heeft ook op maatschappelijk vlak consequenties: meer invaliditeit en werkverzuim, meer zorgkosten …

De huisarts heeft een belangrijke rol in de behandeling van depressie. Meer dan 80% van de behandelde depressies wordt zelfstandig door de huisarts gediagnosticeerd en behandeld. De geestelijke gezondheidszorg maakt grote evoluties door in de richting van meer deïnstitutionalisering en vermaatschappelijking. De eerste lijn zal dus een nog belangrijkere rol krijgen in de aanpak van depressie en een betere samenwerking met de 2e en 3e lijn is dan ook noodzakelijk.

Gedurende twee jaar werd in Nuremberg een grootschalige interventie geïmplementeerd om de zorg voor patiënten met een depressie te verbeteren. De interventie bestond uit vier onderdelen: (1) de samenwerking met huisartsen bevorderen, (2) bewustwordingscampagnes organiseren betreffende depressie, (3) gemeenschapswerkers (vb. maatschappelijk werkers, leerkrachten…) trainen om signalen van depressie vroegtijdig te detecteren en (4) de zorg voor risicogroepen en suïcidepogers verbeteren. Binnen de Europese Alliantie tegen Depressie (EAAD), gesubsidieerd door de Europese Commissie, werd dit modelproject verder uitgewerkt (www.eaad.net) en werd vervolgens geïmplementeerd in meer dan 100 regio's in 17 verschillende Europese landen. Het EAAD interventiemateriaal werd verder geoptimaliseerd als deel van de EC FP7 gesubsidieerde studie: Optimising Suicide Prevention Programmes and their Implementation in Europe (OSPI-Europe) (www.ospi-europe.com).

De EAAD en de OSPI-Europe activiteiten brachten twee praktische problemen aan het licht:

1) Depressieve patiënten die op zoek zijn naar hulp krijgen moeilijk toegang tot psychotherapie en farmacotherapie.

2) Veel van het gebruikte interventiemateriaal is onvoldoende op maat van adolescenten en jongvolwassenen.

Deze twee problemen waren het uitgangspunt van een volgend onderzoeksproject dat eveneens gefinancierd werd door de Europese Commissie: Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU (PREDI-NU) (www.predi-nu.eu).

PREDI-NU heeft als hoofddoel (1) de bewustwording van huisartsen rond depressie vergroten en (2) innovatieve interventies voor de behandeling van depressie die aansluiten bij een jong publiek ontwikkelen en implementeren. Deze innovatieve interventie betreft een online zelfmanagement tool voor jongeren (15-24 jaar) en volwassenen (25+) met milde tot gemiddelde depressie. Cruciaal aan de tool is dat deze verspreid wordt door hulpverleners uit de eerste lijn (vb. huisartsen). Patiënten doorlopen de tool op zelfstandige basis en kunnen daarbij opgevolgd worden door een hulpverlener.

Vraagstelling:

Hoe ervaren patiënten in de huisartspraktijk met lichte tot matige depressie het werken met de internettool: IFightDepression wat betreft aanvaardbaarheid en tevredenheid?

Methodologie:

1) Manier van recruteren

Huisartsen en psychologen die bereid zijn om mee te doen (zone Gent), krijgen een informatiesessie en hen wordt gevraagd om de PREDI-NU tool onder hun patiënten te verspreiden, gegeven dat zij hiervoor in aanmerking komen.

Inclusiecriteria:

- 24-80 jaar oud
- Hebben op basis van de klinische diagnose van de huisarts (CGI-C) een milde tot matige depressie. De diagnose is nieuw of is in het voorbije jaar gesteld.
- Geen psychiatrische comorbiditeit (met uitzondering van milde of matige angststoornissen en burn-out).
- Hebben toegang tot telefoon, computer, internetverbinding en e-mail account

Exclusiecriteria:

- Ernstige depressie
- Ernstige suïcidaliteit
- Ernstige middelen abusus
- Voorgeschiedenis van manie
- Psychotische depressie

2) Aantal proefpersonen

Er zal worden gestreefd naar de inclusie van een vijftal patiënten.

3) Interventies

Het onderzoek bestaat uit verschillende onderdelen (hieronder verder uitgelegd).

(1) Het geven van een informatiesessie rond depressie en de werking van de online tool aan de deelnemende huisartsen en psychologen, (2) de implementatie van de online zelfhulptool via de huisartsen en psychologen, (3) de evaluatie van de interventie.

3.1 Het geven van een informatiesessie rond depressie en de werking van de online tool aan de deelnemende huisartsen en psychologen.

Huisartsen en psychologen die bereid zijn om deel te nemen aan de studie krijgen voorafgaande aan de implementatiefase een informatiesessie. Tijdens deze sessie wordt ingegaan op de problematiek van depressie, de gedragstherapeutische aanpak en wordt de meerwaarde van gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie besproken. Vervolgens wordt de tool zelf toegelicht.

3.2 De implementatie van de online zelfhulptool via de huisartsen en psychologen.

De tool bestaat uit 7 modules met bijbehorende opdrachten: (1) Gedachten, gevoelens en gedrag, (2) Slaap en depressie, (3) Het plannen en doen van dingen die je graag doet, (4) Dingen realiseren en doelen bereiken, (5) Storende gedachten herkennen, (6) Storende gedachten aanpakken, (7) Een gezonde levensstijl.

De huisartsen en psychologen informeren de patiënten over de werking van de tool en geven hen ter ondersteuning een informatiebrochure mee (zie bijlage 1). Er wordt ook uitgelegd dat de tool de reguliere behandeling niet vervangt. Verder wordt nog meegegeven dat de tool op basis van hun feedback geëvalueerd zal worden.

De patiënt wordt door de huisarts of psycholoog tevens ingelicht (mondeling en schriftelijk) over de studie-opzet van onderzoeker Dr. Eva Braet, masterstudent in de huisartsgeneeskunde (zie bijlage 2).

Als de patiënt geïnteresseerd is om deel te nemen aan de studie, wordt een toestemmingsformulier ondertekend (zie bijlage 3). Hierin worden diens contactgegevens genoteerd en wordt de toestemming gevraagd om gecontacteerd te worden door de onderzoeker voor de evaluatie van de tool (zie 3.3).

De psycholoog/psychologe zal vragen aan de patiënt of de onderzoeker, de huisarts van de patiënt mag contacteren om het informatieblad over de patiënt in te vullen. De onderzoeker zal de huisarts van de patiënt mondeling of via mail een korte uitleg geven over de opzet van de studie.

Indien een patiënt omwille van bepaalde redenen niet kon deelnemen, wordt dit (samen met de exclusiecriteria) doorgegeven aan de onderzoeker.

De patiënten krijgen een login waarmee zij gedurende enkele maanden de tool op zelfstandige wijze kunnen doorlopen. Men kan zelf de volgorde van de modules en het tempo waarop men deze volgt bepalen. De tool kan ondersteuning bieden tijdens de raadpleging met de huisarts.

Tijdens het gebruik van de tool kunnen de patiënten een vragenlijst invullen om de ernst van de depressie te meten. Aan patiënten die tekenen van een ernstige depressie vertonen, wordt aangeraden om contact op te nemen met de huisarts. De patiënten krijgen een folder met hulplijnen in regio Gent mee (zie bijlage 5).

3.3 De evaluatie van de interventie.

Op het einde van de implementatiefase worden de toegankelijkheid, de haalbaarheid en de bruikbaarheid van de tool geëvalueerd.

Patiënten worden één maand na het ondertekenen van het informed consent telefonisch gecontacteerd om te vragen of ze de afgelopen maand gebruik maakten van de tool. Na drie maand worden ze opnieuw gecontacteerd met de vraag om de vragenlijst over hun ervaringen met de tool (zie bijlage 6) in te vullen en deze vragenlijst te overlopen met de onderzoeker. Er wordt uitgelegd dat de vragenlijst zal peilen naar de patiënt zijn persoonlijke mening over zijn ervaring, de inhoud en het gebruik van de tool.

Indien de patiënt vroegtijdig het gebruik van de tool beëindigde, zal hij toch worden uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen en te bespreken met de onderzoeker.

Voordelen en risico's

Er zijn verschillende voordelen voor de patiënt. De tool is gratis, altijd bereikbaar en kan gebruikt worden als psychotherapie te duur is. Tevens kan het gebruikt worden als men niet sterk geneigd is tot het zoeken van professionele hulp, als voorbereiding van psychotherapie, als onderhoud van psychotherapie of als overbrugging bij wachttijden.

De tool bestaat in verschillende talen: Engels, Duits, Spaans, Catalaans, Nederlands, Hongaars, Estlands en Bulgaars.

Er zijn geen risico's verbonden aan de studie.

Toestemming van deelnemers en vergoeding

De patiënten zijn vrij om deel te nemen aan het onderzoek. Niet deelnemen aan het onderzoek heeft geen gevolgen voor de verdere zorg. Deelnemers hebben op elk moment het recht om hun deelname stop te zetten.

De patiënten die deelnemen worden vooraf zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over dit onderzoek. Toestemming dient gegeven te worden aan de hand van een schriftelijke geïnformeerde toestemming (zie bijlage 3). Dit gebeurt onder supervisie van de huisarts. De huisartsen die bij dit onderzoek betrokken zijn worden mondeling en schriftelijk geïnformeerd. Het uitvoeren van het proces en hun deelname aan de metingen impliceert stilzwijgende toestemming tot deelname aan dit onderzoek.

Er is geen vergoeding voorzien voor de deelnemers.

De vermelde bijlages in dit protocol werden hier niet toegevoegd, omdat ze in deze masterthesis reeds vervat zijn.

Privacy en anonimiteit van de deelnemers bij bevraging en geïnformeerde toestemming

In dit onderzoek worden alle nodige maatregelen getroffen ter bescherming van de privacy van de respondent. Elke patiënt zal een identificatiecode krijgen. De patiënt gebruikt dit pseudoniem om in te loggen op de tool. Telkens wanneer de patiënt via de tool een vragenlijst invult, wordt dit pseudoniem mee in het databestand geregistreerd. De onderzoeker gebruikt dit pseudoniem als identificatie op de vragenlijst die ze met de betreffende patiënt overloopt.

Bij de procedure is het niet nodig dat de namen en adressen van de respondenten vrijgegeven worden. Wij menen dat hierdoor het beroepsgeheim en de beroepsethiek gerespecteerd worden. Om de privacy te garanderen worden de vragenlijsten gecodeerd verwerkt.

<u>GOEDKEURING van het Ethisch comité van de KU Leuven</u>

	Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer
	mp10333	Hoe ervaren patiënten in de huisartspraktijk met lichte tot matige depressie het werken met de internettool: iFightDepression wat betreft aanvaardbaarheid en tevredenheid? **Student(en):** Eva Braet **Promotor:** Chantal Van Audenhove	Gunstig advies van OBC	

Gunstig advies van OBC

2016-01-25 17:53:23

Bekijk status geschiedenis

Student(en):	Eva Braet
Promotor:	Chantal Van Audenhove (chantal.vanaudenhove@med.kuleuven.be - u0002440 - LUCAS - Zorgonderzoek en Consultancy)
Hoofdonderzoeker:	Eva Braet
Faculteit:	Geneeskunde
Opleiding:	Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:	multicentrisch
De opdrachtgever is:	academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:	Het onderzoek is onderdeel van een groter project waarvoor reeds goedkeuring van de Ethische commissie werd bekomen.
CTC s-nummer:	S56180
	Het onderzoek valt volledig binnen het groter project.