

e-hulp.nl

Deze scriptie is aangemeld voor de Scriptieprijs Online Hulp 2011.
Een overzicht van alle scripties over hulpverlening via internet is te vinden op
<http://www.e-hulp.nl/scriptieprijs>. Wij wensen u veel leesplezier.
Stichting E-hulp.nl



De Scriptieprijs is een initiatief van stichting E-hulp.nl, kennis- en adviescentrum voor online hulpverlening.
E-hulp.nl maakt online hulp mogelijk bij instellingen uit o.a. de GGZ, Jeugdzorg en Maatschappelijk Werk.
Kijk voor meer informatie over online hulpverlening en E-hulp.nl op www.e-hulp.nl.

MASTERTHESIS PSYCHOLOGIE

Veiligheid en Gezondheid

Groepsmotivatiestrategieën in telemedicine toepassingen ter bevordering van beweeggedrag:

*een mixed-method studie naar
bruikbaarheid en behoefte bij
chronische patiënten.*

UNIVERSITEIT TWENTE.



Auteur: Jesper Brons

Studentnummer: 1015710

Augustus 2011

Groepsmotivatiestrategieën in telemedicine toepassingen ter bevordering van beweeggedrag:

*een mixed-method studie naar
bruikbaarheid en behoeften bij
chronische patiënten.*

Jesper Brons
augustus 2011

Masterthesis Psychologie
Veiligheid & Gezondheid

Universiteit Twente, Enschede

In samenwerking met: Roessingh Research & Development

Leden Afstudeercommissie:

Dr. C.H.C. Drossaert (Universiteit Twente)

Drs. K. Cranen (Roessingh Research & Development)

Prof.dr. M.J.M. Vollenbroek-Hutten (Roessingh Research & Development)

UNIVERSITEIT TWENTE.



Inhoudsopgave

Samenvatting (Nederlands)	i
Abstract English	iii
1 Inleiding	1
1.2 Bewegen en oefentherapie	2
1.3 Probleem beweegadherence	3
1.4 Telemedicine ter bevordering beweegadherence	3
1.5 Groepsmotivatie binnen telemedicine	3
1.6 Theoretische achtergrond groepsstrategieën	4
1.7 Onderzoeksvraag	9
2 Systematische inventarisatie van groepstoepassingen binnen beweegapplicaties	11
2.1 Methode	12
2.2 Resultaten systematisch literatuurinventarisatie	15
2.3 Conclusie systematische inventarisatie	36
3 Interviews groepstherapeuten	39
3.1 Methode therapeuten-interview	40
3.2 Resultaten therapeuten-interviews	42
3.3 Conclusie therapeuten-interviews	50
4 Interviews Patiënten	55
4.1 Methode patiënten-interviews	56
4.2 Resultaten patiënten-interviews	59
4.3 Conclusie patiënten-interviews	72
5 Algemene conclusie/discussie	76
5.1 Algemene conclusie	77
5.2 Aanbevelingen	80
5.3 Sterke en zwakke punten onderzoek	81
5.4 Eindconclusie	82
6 Referenties	83
Bijlage	88
Bijlage 1 Format data-extractie formulier	89

Bijlage 2 Therapeuten-interviewprotocol	90
Bijlage 3 Patiënten-interviewprotocol	97
Bijlage 4 Mock-ups van telemedicine groepstoepassingen	106

Samenvatting (Nederlands)

Inleiding: Binnen de huidige zorg van chronisch zieken is telemedicine in opkomst. In de reguliere face-to-face behandeling vinden beweginginterventies veel in groepen plaats. De groep kan een positief effect hebben op de bewegingmotivatie bij patiënten. Daarom is de verwachting dat groepstoepassingen in telemedicine een gunstig effect kunnen hebben op het beweegpatroon. In dit onderzoek is op basis van de literatuur een “GroepsMotivatieStrategieën-model” (GMS-model) ontwikkeld die beschrijft met welke groepsstrategieën mensen kunnen worden gemotiveerd. De onderzoeksvraag binnen dit onderzoek is dan ook: Welke en op welke wijze kunnen groepsstrategieën worden ingezet binnen telemedicine groepstoepassingen en wat zijn hierin de behoeften en wensen van therapeuten en patiënten?

Methode: Er zijn drie deelonderzoeken uitgevoerd. Allereerst, een systematische literatuurinventarisatie in Pubmed om het huidige gebruik van groepsstrategieën en telemedicine groepstoepassingen in kaart te brengen. Ten tweede, zijn er kwalitatieve semi-gestructureerde interviews afgenomen bij therapeuten van beweginggroepen (N=7). Ten derde, zijn er er kwalitatieve semi-gestructureerde interviews afgenomen bij 10 patiënten van revalidatiecentrum “Het Roessingh”. Tijdens interviews is er onderzocht of de 10 groepsstrategieën van het GMS-model compleet zijn, of de groepsstrategieën gebruikt worden binnen de reguliere behandeling door patiënten en op welke wijze deze strategieën te vertalen kunnen worden telemedicine groepstoepassingen.

Resultaten: De systematische literatuurinventarisatie heeft 546 publicaties opgeleverd waarvan er 12 zijn geïnccludeerd. Er worden weinig groepstoepassingen en groepsstrategieën beschreven. Er wordt met name gebruik gemaakt van asynchrone groepstoepassingen zoals fora en chat. De bewegeeffecten van de telemedicine groepstoepassingen zijn nauwelijks onderzocht en er kan nog geen eenduidige conclusie worden getrokken. Op basis van de therapeuten-interviews blijkt dat therapeuten geen aanvullingen hebben op het model. De therapeuten maken zelf gebruik van alle groepsstrategieën en zien tevens patiënten hier gebruik maken van, met uitzondering van “Normatieve invloed” en “Instrumentele steun”. Tevens vinden ze dat patiënten geen beloningen en feedback (“Reinforcement”) geven tijdens de behandeling. Echter, er zijn wel twee voorwaarde scheppende factoren benoemd, de therapeutische methode en groepscohesie. Daarnaast zijn er nog twee factoren waarbij verschillende strategieën (in)effectief: type groep, vrije instroom of een geslotengroep en de diagnosegroep. De therapeuten zijn zeer sceptisch over telemedicine en vinden het moeilijk om mee te denken over de invulling van groepstoepassingen.

Desondanks zien zij telemedicine systemen in de toekomst parallel lopen met de reguliere behandeling en worden er telemedicine groepstoepassingen genoemd als fora en chatfuncties. Wat betreft de patiënten-interviews, ook de patiënten hebben geen aanvullingen op het model. In tegenstelling tot wat de therapeuten aangeven, maken ze gebruik van alle groepsstrategieën, uitgezonderd “Normatieve invloed”. Van “Normatieve invloed” wordt geen gebruik gemaakt omdat de therapeut het niet toelaat of patiënten liever naar zichzelf kijken. Net als de therapeuten zijn de patiënten ook eerste instantie sceptisch over telemedicine systemen, ze zien het meer als een aanvulling van de reguliere face-to-face behandeling. Ze spreken uit dat er behoefte is aan vier groepsstrategieën om diverse redenen: de stimulerende werking van “Erkenning steun”, het leereffect van “Informatieve steun”, het elkaar kunnen helpen met “Instrumentele steun” en de structuur die “Normatieve invloed” geeft aan patiënten. Overigens neemt de scepsis af na het zien van voorbeelden. De patiënten hebben dan voornamelijk behoefte aan vier telemedicine groepstoepassingen: een gezamenlijk “Groepsdoel” via een “Personal Digital Assistant” (PDA) systeem met beweegsensor, “Afspraken/agenda” waar patiënten onderling afspraken kunnen maken, een forum waar patiënten onderling kunnen communiceren en een “Complimenten knop” om iemand te stimuleren.

Conclusie: In de literatuur wordt er voornamelijk gebruik gemaakt van synchrone groepstoepassingen forum. Niet alle groepsstrategieën worden volledig benut, zoals “Normatieve invloed” en “Samenwerken”. Door de inzet van meer synchrone systemen kunnen ook deze onderbenutten groepsstrategieën gefaciliteerd worden, bijvoorbeeld via videoconference, PDA en gaming. Volgens de therapeuten is het GMS-model compleet. Desalniettemin zijn ze zeer sceptisch over de vertaling naar telemedicine groepstoepassingen. Meer kennis over de ICT mogelijkheden zou uitkomst kunnen bieden. Ook volgens de patiënten is het GMS-model compleet en hebben de groepsstrategieën invloed op de beweegmotivatie. Eveneens zijn patiënten sceptisch over telemedicine, maar na het zien van voorbeelden neemt deze scepsis af. Om het effect op bewegen van de groepsstrategieën en groepstoepassingen te kunnen aantonen zullen er groepstoepassingen ontwikkeld moeten worden. Die vervolgens kwantitatief onderzocht worden ten aanzien van het daadwerkelijke effect op bewegen, binnen een pilot-RCT.

Abstract (English)

Introduction: Telemedicine is a rising field within the Dutch healthcare system, particularly within care for chronic illnesses, due to its ability to help manage and overcome the escalating demand for healthcare. Traditional face-to-face treatment to tackle activity change and stimulation is most commonly done in group sessions. It is because of this group element that it is expected telemedicine group features could further facilitate activity change. Research is based upon the GMS-Model (Group Motivation Strategy model) which includes 10 specific approaches for addressing motivation of health behaviour change in groups. The main research question addresses: Which group strategies can be used within telemedicine group features and how can these be applied, and what are the requirements, needs and considerations for practicing physiotherapists and patients?

Method: There are three main sub-sections to the research conducted. First, a literature review conducted in Pubmed to summarise existing group strategies in use and available applicable telemedicine group features. The second and third research sub-sections consisted of qualitative semi-structured interviews with stakeholders, namely practicing group-therapists (N=7) and patients (N=10) respectively. These interviews addressed use and efficacy of the existing ten motivation strategies, from the GMS-model, during regular treatment and how these may be integrated within telemedicine group features.

Results: The literature review yielded 564 papers, of which 12 met inclusion criteria for this study. A limited number of group strategies are discussed; context of the papers often addresses use of forums and show inconclusive results to activity effects. All participants made use of specific group strategies. Interviews supported the validity of the GMS-model, finding it to be complete and useful within regular treatment, except the ‘Normative influence’ strategy. Among patients needs, four potential features were particularly desired: a ‘group goal’; use of a forum; an appointment calendar and a compliment button.

Conclusions: The GMS-model is complete and all strategies are translatable to telemedicine group features. Not all group strategies are applied in existing literature about telemedicine. By development of the use of “Personal Digital Assistants” (PDA), gaming and videoconferencing, these un-applied strategies could be synchronised more easily. Both therapists and patients are wary of introducing telemedicine aspects, possibly as a result of their lack of specific knowledge to the ICT field and its medical potential. In order to establish the effect of face-to-face group strategies and telemedicine group features, these group features must be designed and developed. A quantitative study within a pilot RCT is therefore recommended as the next development step.

1 Inleiding

1.1.1 Groei chronisch zieken & toenemende zorgdruk

In Nederland wordt het grootste deel van het huidige zorgbudget besteed aan chronische aandoeningen (Klink & Bussemaker, 2008). De zorgvraag zal de komende 20 jaar toenemen, aangezien de prevalentie van chronisch zieken explosief zal stijgen (Blokstra et al., 2007; De Hollander, Hoeymans, Melse, van Oers, & Polder, 2006). Oorzaken van deze prevalentiestijging is onder meer een toename van het aantal 65-plussers. De verwachting is dat deze zijn top zal bereiken van 4,5 miljoen in 2040 (Sanderse, Verweij, & de Beer, 2009). Daarnaast zorgen ontwikkelingen in behandelingen voor ziekten als kanker, hart- en vaatziekten, COPD en CVA, ook voor een toename van het aantal chronisch zieken. Door betere behandelingen neemt het aantal overlevers toe (Poos & Gommer, 2010). De keerzijde is dat er langdurige of blijvende restverschijnselen ontstaan, zoals permanente pijn, vermoeidheid en het verlies van fysiologische functies (Chorus, 2010).

1.2 Bewegen en oefentherapie

Regelmatig bewegen is cruciaal voor chronisch zieken om het functioneren en participeren in de maatschappij te optimaliseren (Wendel-Vos, 2010; World Health Organisation, 2005). Onder bewegen wordt verstaan alle lichamelijke activiteit van de skeletspieren, waardoor er energie verbruikt wordt (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Voldoende bewegen heeft direct een gunstig effect op het ontstaan en beloop van chronische aandoeningen, alsmede de restverschijnselen bij ziektes als coronaire hartziekten en CVA, kanker, chronische nek & lage rugpijn (Chorus, 2010; Chorus & Hopman-Rock, 2004; Blanchard et al., 2003; Medina-Mirapeix et al., 2009). Dit komt mede doordat bewegen een positief effect heeft op persoonsgebonden factoren als cholesterol, overgewicht en de bloeddruk. Het voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) heeft al een positieve uitwerking op deze persoonsgebonden factoren. De NNGB is bij volwassenen minimaal vijf dagen in de week een half uur matig intensief bewegen (Wendel-Vos, 2010).

Voor chronisch zieken is het vaak noodzakelijk dat er afgeweken wordt van deze beweegnorm. De fysieke mogelijkheden van chronisch zieken zijn vaak niet toereikend. Om chronisch zieken toch voldoende te laten bewegen is er een belangrijke rol weggelegd voor de zorgprofessional (Chorus, 2010). Met oefentherapie en/of sport werken zorgprofessionals veel in groepen met chronisch zieken aan een optimale motivatie en bewegingsintensiteit (Schermers, Jongert, Chorus, & Verheijden, 2009). Echter, het aantal zorgprofessionals zal vanaf 2019 afnemen onder andere door de krimpende arbeidsmarkt. Deze krimp wordt veroorzaakt door de vergrijzing en ontgroening (Meijerink et al., 2010).

1.3 Probleem beweegadherence

Beweegadherence is de mate waarin beweeggedrag van een persoon overeen komt met de geaccepteerde aanbevelingen van een zorgprofessional of beweegnorm. Het blijven bewegen zowel tijdens als na een eventuele behandeling is cruciaal. Echter, blijkt uit onderzoek dat slechts 30 to 57 procent van de patiënten adherent is tijdens de behandeling. Nog lager is dit percentage na ontslag uit de zorginstelling (Sluijs & Knibbe, 1991). Ondanks de betrokkenheid van de zorgprofessionals wordt er nog steeds te weinig bewogen door chronisch zieken (Chorus, 2010; Wendel-Vos, 2010). Chronisch zieken voldoen significant minder (38 tot 49 procent) aan de NNGB dan de volwassen Nederlandse bevolking (56 procent) (Schermers, et al., 2009; Wendel-Vos, 2008).

1.4 Telemedicine ter bevordering beweegadherence

Telemedicine staat voor het uitwisselen van medische informatie via Informatie Communicatie Technologie (ICT) om de gezondheidstoestand van de patiënt te verbeteren (Esser, 2011). Telemedicine heeft ten opzichte van de reguliere zorg onder andere de volgende voordelen om de beweegadherence te bevorderen. Telemedicine is toegankelijk vanuit de thuissituatie en is op ieder moment van de dag beschikbaar. Dit maakt het mogelijk dat patiënten beter tijdens en na de behandeling met een chronische ziekte om kunnen gaan (Bashshur et al., 2009). Dit potentiële positieve effect op bewegen wordt bekrachtigd door een systematische review naar telemedicine interventies ter bevordering van bewegen. Hier komt uit naar voren dat 53 procent van de telemedicine beweeginterventies effectief waren op de korte termijn (<3 maanden) (Vandelanotte, et al., 2007). Echter, een probleem bij telemedicine interventies is dat patiënten vaak niet de gehele interventie doorlopen (Eysenbach, 2005). Het sociale element van groepsbehandelingen kan zorgen voor meer adherence. De meeste patiënten halen tijdens de face-tot-face behandeling motivatie uit de groep waardoor ze harder gaan werken en het beweegprogramma volledig afmaken (Cranen et al., 2011).

1.5 Groepsmotivatie binnen telemedicine

Er worden in de wetenschappelijke literatuur weinig groepsmotivatiestrategieën (in het vervolg groepsstrategieën) bij telemedicine toepassingen beschreven. In enkele gevallen wordt er gebruik gemaakt van “Sociale steun” strategieën, zoals in fora en chat groepstoepassingen (Eysenbach, Powell, Englesakis, Rizo, & Stern, 2004).

Een verklaring voor het weinig toepassen van groepsstrategieën binnen telemedicine groepstoepassingen is dat deze voornamelijk ontwikkeld zijn op basis van theorieën met een individualistische insteek. De meest gebruikte theorieën zijn “Transtheoretical model” (Prochaska & Diclemente, 1982), “Sociale Cognitieve Theorie” (Bandura, 1986) en “Theorie of Reasoned/Planned Behavior” (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1991) (Webb, Joseph, Yardley, & Michie, 2010). Ondanks dat er nog weinig gebruik gemaakt wordt van groepsstrategieën, wordt het integreren van deze strategieën binnen telemedicine groepstoepassingen als een volgende stap gezien in de ontwikkeling van telemedicine interventies (Vollenbroek-Hutten, 2009). Dit komt onder meer doordat een online groep een sterke invloed kan hebben op het effect en succes van een telemedicine interventie (Lau & Kwok, 2009; van Uden-Kraan et al., 2008; Bennett & Glasgow, 2009).

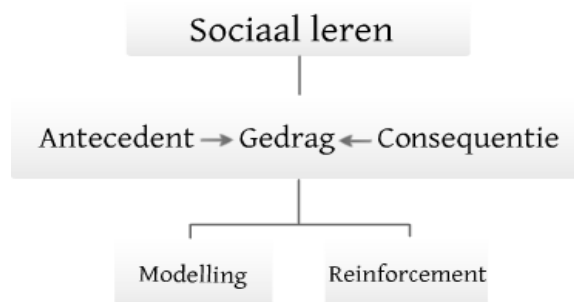
1.6 Theoretische achtergrond groepsstrategieën

Binnen de literatuur ontbreekt het aan specifiek wetenschappelijk onderbouwde overzichtsmodellen op het gebied van groepsstrategieën. Oinas-Kukkonen en Harjumbee (2008) hebben getracht een overzicht te maken van individuele- en groepsstrategieën. Groepsstrategieën die onder andere genoemd worden zijn “Competitie”, “Sociale vergelijking”, “Sociale steun” en “Samenwerken”. Echter, dit is niet onderbouwd met psychosociale theorieën, waardoor de genoemde strategieën mogelijk niet compleet zijn. Daarom is als start van deze opdracht het “GroepsMotivatieStrategieën-model” (GMS-model) ontwikkeld. Deze beschrijft tien groepsstrategieën op basis van drie belangrijke sociaal psychologische theorieën. Deze theorieën zijn de “Sociale leer theorie” (Bandura, 1977), “Sociale steun” (Van Sonderen, 1991) en “Sociale vergelijking” (Festinger, 1954). Deze theorieën worden in het vervolg verder toegelicht. Aan het einde van deze paragraaf is in Figuur 4 het GMS-model weergegeven die deze theorieën met hun groepsstrategieën schematisch weergeeft.

1.6.1 Sociale leer theorie

Ten eerste de “Sociale Leer Theorie” (SLT), volgens de SLT kan zowel nieuw gedrag gevormd worden als bestaand gedrag beïnvloed worden door sociaal leren. Een persoon kan leren door het kijken naar anderen voorafgaand (antecedent) of na afloop van het gedrag (consequentie), zie Figuur 1. Het voorafgaand observeren van anderen (“Modelling”) kan leiden tot een nieuw beeld van het gedrag en de uitvoering. “Modelling” kan zeer effectief zijn bij het aanleren van nieuw gedrag. Daarnaast kan er gebruik gemaakt worden van “Reinforcement”.

“Reinforcement” zijn gedrag versterkers na afloop van het gedrag in de vorm van cues en feedback. Het wordt vooral toegepast bij het stimuleren van bestaand gedrag op de lange termijn (Bandura, 1977).

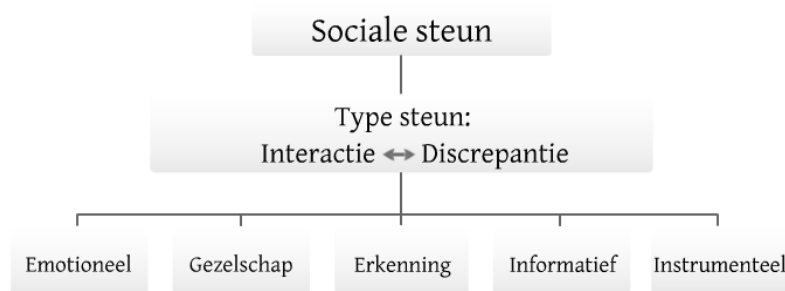


Figuur 1: Sociale Leer Theorie (Bandura, 1977)

De groepsstrategieën “Modelling” en “Reinforcement” kunnen beide toegepast worden bij zowel het versterken als afzwakken van gedrag, alsmede het verleggen van de aandacht via een antecedent. Dit komt doordat “Modelling” en “Reinforcement” inzicht geven in de uitkomsten van het (beweeg)gedrag (uitkomstverwachting). Bovendien geven beide groepsstrategieën inzicht in de mate waarin iemand zichzelf instaat acht het (beweeg)gedrag uit te voeren (zelf effectiviteit verwachting) (Bandura, 1977). Met behulp van telemedicine kunnen mensen bijvoorbeeld via een webcam barrières bij het bewegen aan een ander tonen, zodat hier feedback op gegeven kan worden.

1.6.2 Sociale steun

De tweede theorie die invloed kan hebben op (beweeg)gedrag is “Sociale steun”. Onder “Sociale steun” wordt verstaan de bewuste en behulpzame coping middelen geboden door groepsgenoten (Heaney & Israel, 2008). “Sociale steun” kan het (beweeg)gedrag versterken door interactie tussen twee personen, indien deze aansluiten bij de behoefte. De geboden steun kan echter ook een negatieve invloed hebben door discrepantie. Bij discrepantie sluit de geleverde steun niet aan bij de behoefte van de ontvanger (van Sonderen, 1993). In de literatuur worden er verschillende typen “Sociale steun” onderscheiden, die onderling nauw samenhangen (Van Sonderen, 1991), zie Figuur 2.



Figuur 2: Sociale steun werking en groepsstrategieën (Van Sonderen, 1991)

- “Emotionele steun”, dit is een samenvoeging van alledaagse “Emotionele steun” en ondersteuning bij problemen. Bijvoorbeeld, met “Emotionele steun” kunnen patiënten elkaar er bovenop helpen, wanneer iemand de behandeling even niet meer ziet zitten.
- “Sociaal gezelschap”, elkaar gezelschap houden. Bijvoorbeeld, door het praten over onderwerpen die niets met de behandeling van doen hebben.
- “Erkenningssteun”, publieke erkenning voor het uitgevoerde gedrag. Bijvoorbeeld, een compliment geven wanneer iemand zijn persoonlijke beweeggrens verlegd heeft.
- “Informatieve steun”, informatie verschaffen ten aanzien van het gedrag van de betrokken op basis van ervaringen. Als voorbeeld: patiënten kunnen elkaar op basis van hun eigen ervaring vertellen hoe zij een beweegbarrière hebben overwonnen.
- “Instrumentele steun”, hulp in de vorm van materialen of (sport)verenigingen. Als voorbeeld: patiënten kunnen een mede patiënt introduceren bij een sportvereniging (Van Sonderen, 1991).

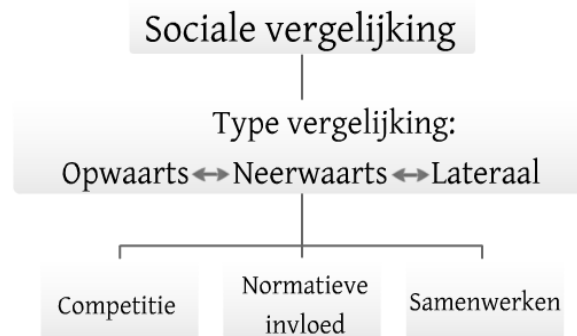
Deze vijf groepsstrategieën kunnen van invloed zijn op (beweeg)gedrag bijvoorbeeld met behulp van telemedicine via een forum.

1.6.3 Sociale vergelijking

De derde theorie die het (beweeg)gedrag kan beïnvloeden is “Sociale vergelijking”. Festinger (1954) stelt: ‘Wanneer objectieve informatie ontbreekt dan zullen mensen conclusies trekken door de eigen meningen en mogelijkheden te vergelijken met die van een ander’. Mensen kunnen zich op drie manieren vergelijken: opwaarts, neerwaarts of lateraal. Allen kunnen ze zowel een positief als negatief effect hebben op het bewegen. Bijvoorbeeld, het kijken naar iemand die minder goed beweegt (neerwaartse vergelijking) kan op twee wijzen geïnterpreteerd worden: Allereerst dat er mensen zijn die die minder bewegen, maar ook dat je nog slechter kan gaan bewegen dan je op dat moment doet.

Afhankelijk van de interpretatie kan onder andere het zelfvertrouwen toenemen of afnemen (Buunk, Taylor, Dakof, Collins, & Vanypere, 1990).

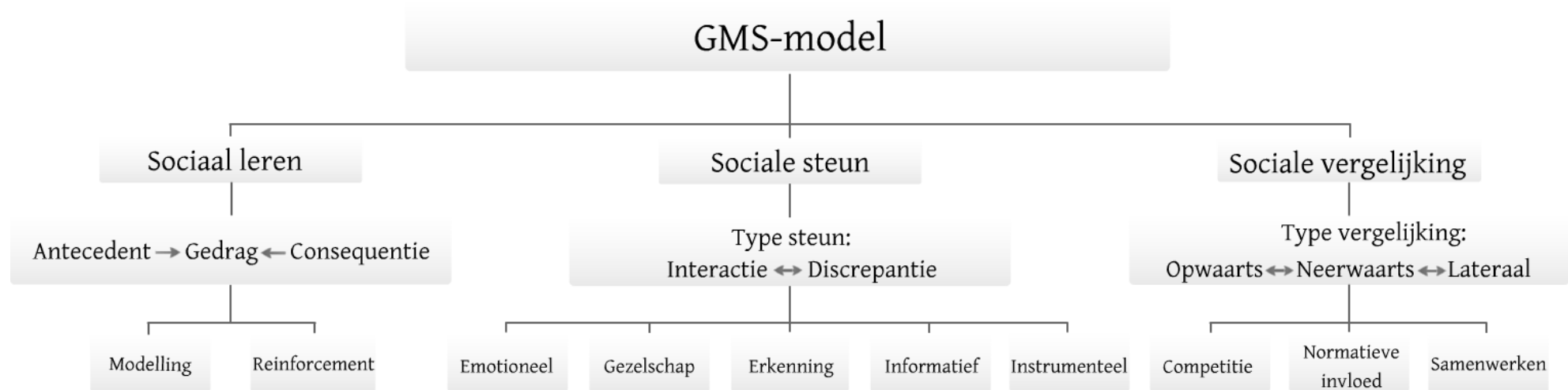
Binnen “Sociale vergelijking” zijn drie groepsstrategieën actief die het (beweeg)gedrag kunnen beïnvloeden, zie Figuur 3.



Figuur 3: Sociale vergelijking werking en groepsstrategieën (Festinger, 1954)

De eerste groepsstrategie is “Competitie”, gedrag om beter te zijn dan de ander. Het beter zijn dan de ander zorgt vaak voor discrepantie tussen mensen (Stapel & Koomen, 2005). De tweede groepsstrategie is “Normatieve invloed”. “Normatieve invloed” zijn normen op basis van verwachtingen van belangrijke mensen uit de sociale omgeving (Smith-McLallen & Fishbein, 2008). Deze hebben een positieve invloed bij het behalen van (gedrags)doelen wanneer objectieve informatie ontbreekt. Alsvoorbeeld: Voor chronische patiënten is de NNGB (objectief) vaak niet geschikt, daarom kunnen ze beweegnormen van mede patiënten overnemen (subjectief). Voorheen was er een sterke focus binnen “Sociale vergelijking” op “Competitie” en “Normatieve invloed”. De laatste jaren is er meer onderzoek gedaan naar de groepsstrategie “Samenwerken” (Stapel, et al., 2005). Bij samenwerking streven meerdere personen of groepen een gelijk doel na (Woolfolk, Hughes, & Walkup, 2008). Het gevolg is dat er niet een discrepantie ontstaat tussen mensen zoals bij “Competitie” maar uniformiteit (Stapel, et al., 2005). Één van de mogelijkheden om “Sociale vergelijking” strategieën te integreren binnen telemedicine is bijvoorbeeld een online “Competitie” op basis van het behalen van beweegdoelen.

Afsluitend, de “Sociale leer theorie”, “Sociale steun” en “Sociale vergelijking” beschrijven in totaal tien groepsstrategieën die invloed kunnen hebben op het beweeggedrag. Deze theorieën en groepsstrategieën zijn uiteengezet in het GMS-model, zie Figuur 4.



Figuur 4: “GroepsMotivatieStrategieën-model” (GMS-model) met psychosociale strategieën en werking (cursief) op basis van Bandura (1977), van Sonderen (1991) en Festinger (1954).

1.7 Onderzoeksvraag

De inzet van telemedicine systemen met als doel het bewegen te optimaliseren hebben de potentie om de huidige zorg efficiënter te maken. De verwachting is dat de groepsstrategieën de effectiviteit van deze systemen verder kan verbeteren. Maar, er is weinig bekend over de toepassing van deze strategieën binnen telemedicine groepstoepassingen. Een eerste stap was de verkenning van bestaande theorieën, met als resultaat het GMS-model uit Figuur 4. Echter, het is onbekend of deze groepsstrategieën uit dit model volledig zijn. Daarnaast is het de vraag of deze strategieën daadwerkelijk invloed hebben op de motivatie van patiënten om te blijven bewegen. Ten slotte is het de vraag welke behoeften er onder therapeuten en patiënten zijn wat betreft de integratie van deze strategieën binnen telemedicine groepstoepassingen met als doel het bewegen te optimaliseren. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Welke en op welke wijze kunnen groepsstrategieën worden ingezet binnen telemedicine groepstoepassingen en wat zijn hierin de behoeften en wensen van therapeuten en patiënten?

Deelvragen hierbij zijn:

1. Welke groepstoepassingen bij telemedicine interventies met als doel het bewegen te optimaliseren worden gerapporteerd in de literatuur, in hoeverre passen deze binnen het GMS-model en kan er iets gezegd worden over het effect op de beweegmotivatie?
2. In hoeverre worden de strategieën uit het GMS-model door chronische patiënten momenteel toegepast binnen de reguliere face-to-face groepsbehandelingen en op welke wijze zijn deze groepsstrategieën volgens therapeuten te vertalen naar telemedicine groepstoepassingen om het bewegen te optimaliseren?
3. Welke behoeften en wensen hebben patiënten ten aanzien van het gebruik van de strategieën uit het GMS-model bij de reguliere face-to-face behandeling en bij de integratie binnen telemedicine groepstoepassingen om de beweegmotivatie te optimaliseren?

1.7.1 Opzet onderzoek

Om deze vragen te beantwoorden zijn er drie deelonderzoeken uitgevoerd, in de periode van februari tot en met augustus 2011. Allereerst heeft er een systematische inventarisatie van groepstoepassingen binnen de literatuur plaatsgevonden (hoofdstuk 2). Vervolgens zijn er kwalitatieve interviews afgenomen bij therapeuten (hoofdstuk 3). Bij het laatste deelonderzoek zijn er patiënten geïnterviewd (hoofdstuk 4). Per onderzoek zijn onafgebroken de methode, resultaten en de conclusie beschreven. In hoofdstuk 5 wordt een algemene discussie gepresenteerd, waar de resultaten gecombineerd en bediscussieerd worden. Tevens worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

2 Systematische inventarisatie van groepstoepassingen binnen bewegapplicaties

Er is een systematische literatuurinventarisatie uitgevoerd, waarmee wordt onderzocht welke groepstoepassingen bij telemedicine interventies om het bewegen te bevorderen worden gerapporteerd, in hoeverre deze passen binnen het GMS-model en of er iets gezegd kan worden over het effect op de beweegmotivatie.

2.1 Methode

Bij het opzetten en uitvoeren van de systematische inventarisatie is er gebruik gemaakt van de methode van de University of York (2001). De zoekstrategie bestaat uit het vormen van een zoeksyntax, de databases waarbinnen gezocht is, inclusie- & exclusiecriteria en het analyseproces.

2.1.1 Zoekstrategie en Zoekconcepten

Er is gezocht in Pubmed. Daarnaast zijn de conference proceedings van de “Persuasive” conferentie van 2006 tot 2010 meegenomen, alsmede de reviews naar online bewegingsinterventies van Vandelanotte et al. (2007) en Zhu (2007). Binnen Pubmed is er gezocht met de zoekconcepten en gerelateerde termen uit de zoeksyntax van Tabel 1. Deze zoektermen zijn gebaseerd op eerdere reviews en zijn drie maal herzien om een zo breed mogelijke studie op te zetten. De zoeksyntax bestond uit de volgende drie afzonderlijke zoekconcepten:

- “*Social influence*”, de gerelateerde termen zijn gebaseerd op de sociaal psychologische literatuur uit het GMS-model (Bandura, 1977; Van Sonderen, 1991; Festinger, 1954);
- “*fysieke activiteit*”, de gerelateerde termen zijn afgeleid van de zoeksyntax uit een review naar telemedicine beweeginterventies (Vandelanotte, et al., 2007) en herzien;
- en “*telemedicine*”, de gerelateerde termen zijn afgeleid van de zoeksyntax uit een review naar eerstelijns fysiotherapie telemedicine systemen (Wentzel, Brons, van Dam, & van Gemert-Pijnen, in press) en herzien.

Alle zoekconcepten werden binnen de search met elkaar verbonden middels ‘AND’. De gerelateerde termen van een zoekconcept werden verbonden via ‘OR’. De resultaten die deze zoeksyntax in Pubmed opleverde en de geïncludeerde artikelen binnen de reviews en conference proceedings zijn getransporteerd naar EndNote. Voordat er gestart is met het inclusie- en exclusieproces zijn de overlappende artikelen eruit gefilterd.

Tabel 1: Zoeksyntax.

Legenda

* (asterisk) alle woorden zoeken welke deze basis bevatten.

<u>Concepten</u>	<u>Gerelateerde termen</u>	<u>Oorsprong</u>
1. Social influence	<ul style="list-style-type: none"> • “social support” • “social learning” • “social comparison” • reinforce* • modeling • emotional support • social support • recognition support • instrumental support • informational support • competition • cooperation • “normative influence” 	Op basis van psychosociale groepsstrategieën uit “Sociale leertheorie” (Bandura, 1977), “Sociale steun” (Van Sonderen, 1991) en “Sociale vergelijking” (Festinger, 1954)
2. Fysieke activiteit	<ul style="list-style-type: none"> • “physical activity” • exercise • walking • “physical fitness” • “leisure activities” • “motor activity” 	Web-based fysieke activiteit interventies Systematic review (Vandelandotte, et al., 2007) herzien.
3. Telemedicine	<ul style="list-style-type: none"> • telerehabilitation • telecare • telemedicine • “web 2.0” • “health 2.0” • websit* • video-consult* • video-conferencing • e-mail • email • multimedia • PDA • internet • fora • forum • chat • “computer game” • “mobile phone” 	Fysiotherapie review (Wentzel, et al., in press) herzien

2.1.2 Inclusie, exclusiecriteria en selectieproces

Om de artikelen uit de twee reviews, conference proceedings en Pubmed te includeren zijn de volgende vijf criteria opgesteld:

- Engels geschreven;
- deelnemers zijn boven de 18 jaar;
- de interventie is (partieel) gericht op de stimulatie van bewegen;
- er is een telemedicine groepstoepassingen beschreven;
- en via de groepstoepassing is het mogelijk om contact met minimaal één lotgenoot te krijgen.

Artikelen zijn geexcludeerd op basis van vijf exclusiecriteria:

- er is geen telemedicine interventie beschreven;
- de interventie is niet gericht op het bevorderen van bewegen bij de deelnemers;
- de publicatie is gericht op achterliggende ICT processen;
- de groepstoepassing is enkel gericht op de communicatie tussen patiënt en zorgprofessional;
- en de interventie is niet getoetst op een populatie.

Deze inclusie- en exclusiecriteria zijn gebruikt bij het selectieproces. Het selectieproces is systematisch uitgevoerd door JB volgens de York methode (2001). Deze methode beschrijft zeven fasen, van het scannen van titels, tot het grondig lezen van de fullteksten. Bij alle stappen is de reden van excluderen beschreven. De laatste fase, het lezen van de fullteksten is door twee beoordelaars uitgevoerd (JB en KC).

2.1.3 Analyseproces

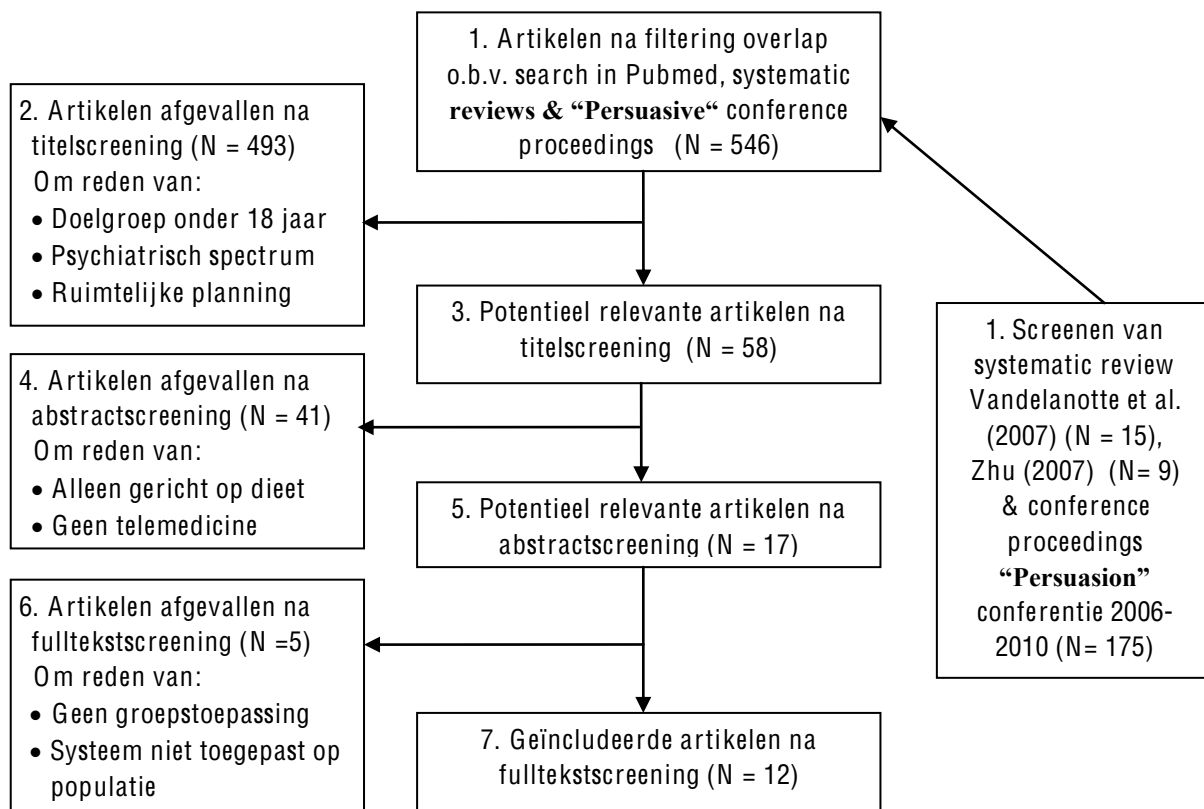
De geïncludeerde artikelen zijn geanalyseerd ten aanzien van studiekekenmerken, interventiekenmerken, groepsstrategieën en het eventuele effect van de groepstoepassing op het bewegen. In bijlage 1 staat het format van het data-extractie formulier. Er zijn vijf studiekekenmerken geanalyseerd, namelijk: het land van herkomst, de doelgroep, toegankelijkheid, telemedicinesysteem en interventieduur. Wat betreft de studiekekenmerken zijn er vier factoren geanalyseerd: het studie type, follow-up, steekproefomvang en drop-out. Ten aanzien van de groepsstrategieën is er geanalyseerd welke telemedicine groepstoepassing er gebruikt is, synchroon of asynchroon. Synchroon is face-to-face contact via het internet met één of meerdere personen via videoconference technieken, zoals een webcam.

Asynchroon is het monitoren en geven van feedback zonder dat er face-to-face contact is via bijvoorbeeld telefoon, e-mail, etc. (Verhoeven, Tanja-Dijkstra, Nijland, Eysenbach, & van Gemert-Pijnen, 2010). Daarnaast is er bij de analyse gekeken naar de beschreven psychosociale theorieën en groepsstrategieën uit het GMS-model. Bij de groepsstrategieën is er expliciet geanalyseerd welke strategieën er door de auteurs beschreven. Maar ook impliciet, de groepsstrategieën die de telemedicine groepstoepassing ondersteund volgens JB en KC. Ten slotte zijn de significante effecten van de groepstoepassingen uiteengezet, met de conclusies. Deze analyse is door twee beoordelaars uitgevoerd (JB en KC) en de uitkomsten zijn nadien met elkaar vergeleken en vastgelegd. Wanneer er verschillen waren tussen de beoordelaars zijn beide na een discussie tot een consensus gekomen.

2.2 Resultaten systematisch literatuurinventarisatie

2.2.1 Zoekresultaten

Op basis van de zoeksyntax en opgestelde inclusie- en exclusiecriteria zijn er 546 publicaties gevonden binnen Pubmed, de twee systematic reviews van Vandelanotte et al. (2007) en Zhu (2007) en de “Persuasive” conference proceedings. In Figuur 5 is het flowdiagram weergegeven van het inclusieproces met de redenen van excluderen.



Figuur 5: flowdiagram volgens inclusie/exclusieproces volgens methode van de University of York (2001)

Van de 546 gevonden publicaties zijn de titels gescreend en zijn er 493 artikelen geexcludeerd om drie redenen: de interventie was gericht op de doelgroep kinderen of adolescenten, gericht op psychiatrisch spectrum en gericht op de ruimtelijke planning ter stimulatie van bewegen (zoals speeltoestellen, speelveldjes, etc). Van de overgebleven 57 artikelen zijn de samenvattingen gelezen, waarna nog 41 artikelen zijn geexcludeerd. De twee redenen hiervoor waren dat er geen gebruik gemaakt was van een telemedicine systeem en omdat de interventie niet gericht was op bewegen. Het ging dan bijvoorbeeld over voeding om iemand af te laten vallen. Als laatste zijn de fullteksten gelezen door twee beoordelaars en zijn er van de 17 overgebleven publicaties 12 geïncludeerd. Redenen voor het excluseren waren: geen beschrijving van een groepstoepassing en de interventie is niet toegepast op een populatie. De 12 geïncludeerde artikelen zijn verder geanalyseerd.

2.2.2 Interventie & studie kenmerken

De uitkomsten van de analyse zijn uiteengezet in de data extractieformulieren en samengevat in Tabel 2. In het vervolg worden deze verder beschreven. De herkomst van de twaalf geïncludeerde studies was hoofdzakelijk Amerika (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12), daarnaast kwamen er twee uit Zwitserland (3, 10) en één uit Australië (2). Binnen de studies waren de populaties zeer divers. Er waren drie studies zonder één specifieke diagnose groep (5, 9, 12), drie gericht op diabetes type 2 (4, 6, 11) en twee met gezonde populaties (1, 3). Daarnaast waren er studies voor participanten met postnatale zwangerschap (2), chronisch lagerug klachten (10) en heupfracturen (7). De telemedicine systemen waren bij elf van de 12 studies toegankelijk vanuit de thuissituatie (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12). Dit was eventueel aangevuld met face-to-face (2, 8) en/of online consulten van een professional (6, 8, 10, 12). De overgebleven interventie was alleen toegankelijk vanuit de werksetting (Universiteit) (1). Het gebruikte systeem was bij twee interventies niet een website, maar een telefoon sms service (2) en een “Personal Digital Assistant” (PDA) (3). De interventieduur was bij zes studies twee tot twaalf weken (1, 2, 3, 5, 6, 7) en bij zes tussen de vier en tien maanden (4, 8, 9, 10, 11, 12). De interventie van twee weken bestond alleen uit een korte online lesmodule met een discussieforum (7). De studie van tien maanden was daarentegen een intensief zelfmanagementprogramma waar deelnemers het beweegproces zelfstandig konden uitstippelen, deels onder toezicht van een zorgprofessional via de website (4).

Tabel 2: ingevulde data-extractie formulieren

Legenda:

¹ Studiekekenmerken is onderverdeeld in auteur(s), jaar, land, en interventie naam, studietype, recruitment, participanten per conditie en follow-up.

² Interventiekennmerken is onderverdeeld in korte beschrijving interventie, setting interventie, ziektebeeld, groepsbeschrijving en interventieduur.

³ Groepstoepassingen is onderverdeeld in beschrijving van de groepstoepassing, gedragsveranderingstheorie en groepsstrategieën.

⁴ Resultaten zijn onderverdeeld in algemene beweeguitkomsten, beweeguitkomsten van een groepstoepassing en aanbevelingen/conclusies.

⁵ Asynchroon) monitoren of feedback zonder face-to-face contact, Synchron) via het internet face-to-face contact.

⁶ Expliciet) door auteurs beschreven in artikel, Impliciet) door twee onderzoekers indirect waargenomen in interventie beschrijving

Studiekekenmerken ¹		Interventiekennmerken ²		Groepstoepassingen, strategieën en theorie ³		Resultaten ⁴
<p>1. Auteur(s): (Buis, Poulton, Holleman, Sen, Resnick, Goodrich, Palma-Davis & Richardson)</p> <p>Jaar: 2009</p> <p>Land: USA</p> <p>Naam interventie: Active U</p>	<p>Studie type: programma evaluatie o.b.v. Re-Aim framework</p> <p>Recruitment: Medewerkers, studenten en alumni van de Universiteit van Michigan zijn benaderd om te participeren, via advertenties en e-mail.</p> <p>Participanten per conditie en drop-out: - N_{tot} = 5.885/47.074 (92% drop-out; o.b.v. criterium minimaal één maal inloggen op dewebsite)</p> <p>Follow-up: NB*</p>	<p>Korte beschrijving interventie: het is een online beweeg-volg systeem, gecombineerd met hetzelfde formulieren van doelen, groepscompetitie en wekelijkse motivatie nieuwsbrieven om de continuïteit te stimuleren. De doelen en de beweegresultaten konden wekelijks aangepast worden.</p> <p>Setting interventie: Universiteit van Michigan</p> <p>Ziektebeeld: n.v.t.*</p> <p>Groepsbeschrijving: Medewerkers, studenten en alumni van een Universiteit van Michigan.</p> <p>Interventieduur: acht weken</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing</p> <p>Groepscompetitie De mogelijk bestaat om teams (minimaal 5 leden) te formeren tijdens het inschrijven of andere te benaderen via e-mail (69% van deelnemers zat in een team). De verschillende teams worden gerangschikt o.b.v. het gemiddelde percentage van de behaalde doelen (<i>asynchroon</i>⁵).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - Sociale leer theorie - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i> Gebaseerd op “Applying Common Identity” & “Common Bond Theory” (Ren et al., 2007).</p> <p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u>⁶ - <i>Erkenning steun</i> Het team met het hoogste gemiddelde percentage behaalde doelen wordt specifiek genoemd op de site en in de wekelijkse nieuwsbrief die iedere deelnemer ontvangt.</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 algemeen - Deelnemers behaalden significant meer hun doelen in week 3 dan in week 8 (regressieanalyse, $P < .001$).</p> <p>- Deelnemers voegden significant meer data toe in week 1 i.v.m. week 8 (regressieanalyse, $P < .001$).</p> <p>2 Groepstoepassing - Groepsdeelnemers updaten vaker wekelijks hun profiel dan de individuele deelnemers.</p> <p>- Het gemiddelde percentage behaalde doelen was 28% hoger bij deelnemers die in een team participeerden i.v.m. niet participeren in een team, is significant (regressieanalyse, $P < .001$).</p>	

				<p>- <i>Competitie</i> Er kunnen teams geformeerd worden. Op basis van het gemiddelde percentage behaalde doelen binnen het team worden de teams gerangschikt. Competitie wordt hierin beschreven als middel om “Sociale steun” te geven en te motiveren.</p> <p><u>Impliciet</u>⁶ -<i>Emotionele steun</i> De competitie is opgericht om de mogelijkheid te bieden elkaar te steunen.</p> <p>-<i>Samenwerking</i> Collectief als groep moet er een groepsdoel behaald worden waarvoor samengewerkt moet worden.</p>	<p>3. Aanbevelingen/conclusie - Vervolg onderzoek moet zich richten op het bepalen van strategieën die de participatie en adherence vergroten tijdens de interventie.</p>
<p>2. Auteur(s): (Fjeldsoe, Miller, & Marshall)</p> <p>Jaar: 2010</p> <p>Land: Australië</p>	<p>Studie type: RCT</p> <p>Recruitment: deelnemers zijn verkregen via een bestaande database en deelnemers zijn benaderd via de telefoon. De database is verder niet toegelicht.</p>	<p>Korte beschrijving interventie: Naast face-to-face beweeg consulten, een mobiele telefoon sms service ter stimulatie van het behalen van de beweegdoelen.</p> <p>Setting interventie: Thuis situatie/face-to-face</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing Deelnemers konden een <i>sociale steun persoon</i> opgeven die kan helpen bij het bereiken van de doelen (<i>synchroon</i>⁵).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - Sociale leer theorie - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i> Theorie: “Sociale steun” o.b.v. “Sociale Cognitieve Theorie (Bandura, 1986).</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - n.v.t.</p> <p>2 Groepstoepassing - NB</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - De mate van participatie nam in de loop van de tijd af.</p>

<p>Naam interventie: "MobileMums"</p>	<p>Participanten per conditie en drop-out: $N_{\text{tot}} = 66/88$ (25% drop-out)</p> <p>1. <u>Interventie</u> N = 34/45 (24% drop-out)</p> <p>2. <u>Controle</u> N = 32/43 (26% drop-out)</p> <p>Follow-up: 1 week</p>	<p>Ziektebeeld: postnatale vrouwen (<12 maanden)</p> <p>Groepsbeschrijving: 1. Vooraf face-to-face consult, twee beweegdoel consulten, doel magneet (voor planning doelen en beloning), 42 persoonlijke tailored sms tekstberichten met gedrags- en cognitieve strategieën en een sociale steun persoon.</p> <p>2. Vooraf face-to-face consult en daarna minimaal contact.</p> <p>Interventieduur: 12 weken</p>	<p>Deze persoon krijgt sms tekstberichten met tips over het geven van informatie, emotionele en instrumentele steun, ook krijgt deze persoon updates van de doelen (<i>asynchroon</i>).</p>	<p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Emotionele steun</i> - <i>Informatieve steun</i> - <i>Instrumentele steun</i> <p>De sociale steun persoon krijgt tips voor het geven van deze typen van steun.</p> <p><u>Impliciet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Reinforcement</i> <p>Bij het behalen van doelen, kan er een beloning ontvangen worden, het type beloning wordt niet toegelicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Samenwerken</i> <p>De deelnemers hebben de mogelijkheid om samen te werken met een sociaal steun persoon uit hun eigen omgeving.</p>	
<p>3. Auteur(s): (Gasser, Brodbeck, Degen, Luthiger, Wyss & Reichlin)</p> <p>Jaar: 2006</p>	<p>Studie type: RCT (CP*)</p> <p>Recruitment: via sociale netwerken zijn mensen benaderd (verder niet toegelicht).</p> <p>Participanten per conditie en drop-out: $N_{\text{tot}} = 40$ (drop-out NB)</p>	<p>Korte beschrijving interventie: via telefoon of website leefstijl coaching t.a.v. voeding en fysieke activiteit. Daarnaast via het behalen van persoonlijke doelen kunnen er leefstijl punten behaald worden. Deze hebben invloed op het individuele en/of team resultaat.</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing</p> <p><i>Vergelijken</i>. Met behulp van PDA of website is het mogelijk om te vergelijken met groepsleden binnen het team en met andere teams (<i>asynchroon</i>).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - <i>Sociale leer theorie</i> - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i></p> <p>Interventie is ontwikkeld o.b.v. platform van Fogg (2003).</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - n.v.t.</p> <p>2 Groepstoepassing - NB</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - Mobiele telefoon was beter geïntegreerd in ADL, snellere reactie op tekstberichten.</p>

<p>Land: Zwitserland</p> <p>Naam interventie: NB</p>	<p><u>1. PDA team spelers</u> N = 5+5</p> <p><u>2. PDA single spelers</u> N = 10</p> <p><u>3. website team spelers</u> N = 5+5</p> <p><u>4. website single spelers</u> N = 10</p> <p>Follow-up: NB</p>	<p>Setting interventie: thuis situatie</p> <p>Ziektebeeld: “gezonde” populatie</p> <p>Groepsbeschrijving: Alle vier groepen hadden een zelfmonitoring dagboek, doel bepalen (met reminders) en sociale facilitatie. De groepen verschillen t.a.v. het systeem (telefoon/website), alsmede team of individueel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PDA met team waarbij de persoonlijke resultaten gemonitord kunnen worden door de overige teamleden. 2. PDA zonder monitoring andere deelnemers. 3. Website met team waarbij de persoonlijke resultaten gemonitord kunnen worden door de overige team leden. 4. Website zonder monitoring. <p>Interventieduur: 4 weken.</p>		<p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u> - <i>Normatieve invloed</i> Op de PDA vindt er “Normatieve invloed” plaats door het stellen van persoonlijke en groepsnormen.</p> <p>- <i>Reinforcement</i> Bij het behalen van een doel worden er beloningen gegeven in de vorm van een “smiley”.</p> <p><u>Impliciet</u> - <i>Erkenning</i> Het succes van het team is te vergelijken met andere teams.</p>	
--	--	---	--	--	--

<p>4. Auteur(s): (Glasgow, Boles, McKay, Feil, & Barrera)</p> <p>Jaar: 2003</p> <p>Land: USA</p> <p>Naam interventie: “Diabetes Network; (D-Net)”</p>	<p>Studie type: RCT</p> <p>Recruitment: deelnemers zijn benaderd via gespecialiseerde DM2 huisartsen praktijken.</p> <p>Participanten per conditie en drop-out: N_{tot} = 160 (18% drop-out)</p> <p><u>Groep 1</u> N = 40</p> <p><u>Groep 2</u> N = 40</p> <p><u>Groep 3</u> N = 40</p> <p><u>Groep 4</u> N = 40</p> <p>o.b.v. (McKay et al, 2002)</p> <p>Follow-up: 10 maanden</p>	<p>Korte beschrijving interventie: Online zelfmanagement programma bestaande uit basis informatie, tailored feedback, professioneel advies online, tailored strategieën en lotgenoten steun mogelijkheden.</p> <p>Setting interventie: Thuis situatie</p> <p>Ziektebeeld: Diabetes type 2</p> <p>Groepsbeschrijving: 1. Toegang tot diabetes informatie & zelfmanagement training. 2. Toegang tot diabetes informatie & sociale steun. 3. Toegang tot diabetes informatie, zelfmanagement training & sociale steun. 4. Alleen toegang tot diabetes informatie.</p> <p>Interventieduur: 10 maanden</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing</p> <p>- Lotgenoten <i>forum</i> waarop diabetes gerelateerde informatie, coping strategieën en “Emotionele steun” uitgewisseld kan worden met lotgenoten.</p> <p>- Daarnaast een <i>focus forum</i>, waarop diabetes gerelateerde onderwerpen bediscussieerd worden. De fora werden beperkt gebruikt dus hadden minimale invloed op de uitkomsten (beide <i>asynchroon</i>).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - <i>Sociale leer theorie</i> - Sociale steun Theoretisch kader van lotgenoten steun interventie (Cohen et al., 1985). - <i>Sociale vergelijking</i></p> <p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u> - <i>Emotionele steun</i> - <i>Informatieve steun</i> Via het forum kan er zowel “Emotionele steun” gegeven worden aan lotgenoten, als de mogelijkheid om informatie en coping-strategieën uit te wisselen.</p> <p><u>Impliciet</u> Er zijn geen aanvullende strategieën gevonden.</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - n.v.t.</p> <p>2 Groepstoepassing - De lotgenoten steun conditie had het hoogste gebruiksniveau van de drie interventies.</p> <p>- Lotgenoten steun zorgde voor een significante toename van ervaren steun (Mancova, $P > .001$).</p> <p>- Er was geen significant verschil tussen het activiteiten niveau gedurende de dag tussen wel of geen lotgenoten steun (Mancova, $P > .512$).</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - Over de gehele interventie was te zien dat er een afname was van website logins in de loop van de tijd.</p>
---	---	---	--	---	---

<p>5. Auteur(s), (Kosma, Cardinal, & McCubbin)</p> <p>Jaar: 2005</p> <p>Land: USA</p> <p>Naam interventie: NB</p>	<p>Studie type: pilot RCT</p> <p>Recruitment: Inactieve volwassenen zijn benaderd via flyeren bij revalidatiecentra, colleges, nieuwsbrieven, gericht op mensen met beperking en ziekenhuizen.</p> <p>Participanten per conditie en drop-out: N_{tot} = 75/151 (51% drop-out)</p> <p><u>Interventie 1</u> N = 50* <u>Interventie 2</u> N = 51* *46 personen gehele interventie doorlopen (54% drop-out)</p> <p><u>Controle 3</u> N = 29/50 (42% drop-out)</p> <p>Follow-up: 10 weken</p>	<p>Korte beschrijving interventie: 4 weeks vrijetijd beweegmotivatie programma, met wekelijkse lessen verstuurd via de e-mail, tailored op volwassenen met een fysieke beperking. Eventueel met discussieplatform.</p> <p>Setting interventie: Thuis situatie</p> <p>Ziektebeeld(en):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amputatie - Cerebrale Parese - Multiple Sclerose - Spier dystrofie - Spinal cord beperking. <p>Groepsbeschrijving:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Online beweeg programma zonder discussie platform 2. Online beweeg programma met discussie platform. 3. Controle groep, om de aandacht te behouden bij het onderzoek, wekelijkse motivatieberichten over verandere, vriendschap en communicatie. <p>Interventieduur: 4 weken</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing</p> <p><i>Forum</i> (discussie platform), waarbij deelnemers in kleine groepen (+/- 7 personen), wekelijks discussiëren o.b.v. richtlijnen en onderwerpen (<i>asynchroon</i>).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - <i>Sociale leer theorie</i> - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i> Gebaseerd op TransTheoretical Model (TTM) (Prochaska, et al., 1982)</p> <p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u> <i>-Modelling</i> <i>- Sociale steun</i> Deze strategieën worden benoemd bij het onderwerp van week 4, het overkomen van barrières. Echter de werking en toepassing worden niet concreet besproken.</p> <p><u>Impliciet</u> Er zijn maar twee “Sociale steun” strategieën die op basis van de interventie beschrijving te achterhalen zijn: - <i>Informatieve steun</i> Door de interactie met de sociale contacten op het forum kun je je ervaringen delen binnen discussies.</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - Deelnemers gaven aan dat ze het onprettig vonden om persoonlijke informatie aan onbekende mensen te geven.</p> <p>2 Groepstoepassing - Geen verschillen in bewegen tussen wel of geen discussieplatform na 1 maand (one- way ANCOVA, $p=0.11$) - Echter de effect size van de interventiegroep ($d=0.34$) is gemiddeld.</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - Het onderzoeken van aanvullende middelen kunnen de verbetering van het programma faciliteren wat betreft de "Compliance" bij de deelnemers</p>
---	--	--	---	---	--

				<p>- <i>Instrumentele steun</i></p> <p>Het forum (discussie platform) ondersteund mensen geschikte materialen en verenigingen te delen op het forum</p>	
<p>6. Auteur(s): (McKay, King, Eakin, Seeley, & Glasgow)</p> <p>Jaar: 2001</p> <p>Land: USA</p> <p>Naam interventie: “D-Net Active lives program”</p>	<p>Studie type: pilot RCT</p> <p>Recruitment: E-mail uitnodigingen zijn verzonden naar “UseNet “ groepen (?) en er is een tekst geplaatst op een online discussie forum voor DM2.</p> <p>Participanten per conditie en drop-out: N_{tot} = 68/78 (13% drop-out)</p> <p><u>1. Interventie</u> N = 35/38 (8% drop-out)</p> <p><u>2. Controle</u> N = 33/40 (17% drop-out)</p> <p>Follow-up: NB</p>	<p>Korte beschrijving interventie: online zelfmanagement programma met tailored feedback, persoonlijk planning proces tot bewegen, persoonlijke privé-database, persoonlijke online professionele coach en forum.</p> <p>Setting interventie: Thuis situatie</p> <p>Ziektebeeld: Diabetes type 2</p> <p>Groepsbeschrijving: 1. Diabetes zelfmanagement programma met tailored feedback.</p> <p>Interventieduur: 8 weken</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing</p> <p>Forum (“Conference area”) met de mogelijkheid om informatie te delen en emotionele aanmoediging en steun te bieden. Daarnaast een forum met specifieke onderwerpen (<i>beide asynchroon</i>).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - <i>Sociale leer theorie</i> - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i> Geen theoretisch verantwoording van groepsstrategieën.</p> <p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u> - <i>Informatieve steun</i> - <i>Emotionele steun</i> Middels een discussie platform is het mogelijk om informatie uit te wisselen en “Emotionele steun” te geven.</p> <p><u>Impliciet</u> Er zijn geen aanvullende strategieën gevonden.</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - Lineaire gebruiks daling in de loop van de tijd. Er was een significante relatie met de mate van website gebruik (significantie niveau niet beschreven).</p> <p>2 Groepstoepassing - NB</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - Vervolg onderzoek moet zich richten op strategieën om de adherence te bevorderen.</p>

<p>7. Auteur(s): (Nahm, Barker, Resnick, Covington, Magaziner & Brennan)</p> <p>Jaar: 2010</p> <p>Land: USA</p> <p>Naam interventie: NB</p>	<p>Studie type: RCT</p> <p>Recruitment: deelnemers benaderd via online fora en advertenties</p> <p>Participanten per conditie en drop-out: N_{tot} = 215/245 (12% drop-out)</p> <p><u>1. Interventie</u> N = 115/125 (8% drop-out)</p> <p><u>2. Controlegroep</u> N = 100/120 (17% drop-out)</p> <p>Follow-up: 3 maanden</p>	<p>Korte beschrijving interventie: Een website met leermodules en een discussie forum.</p> <p>Setting interventie: via advertenties op ouderen websites zijn er deelnemers geworven.</p> <p>Ziektebeeld: heupfractuur preventie</p> <p>Groepsbeschrijving: 1. Lesmodules en de beschikbaarheid van het discussie forum. 2. Alleen de lesmodules.</p> <p>Interventieduur: 2 weken</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing</p> <p>Op het <i>discussie forum</i> kunnen deelnemers hun eigen strategieën om hun fysieke en emotionele staat te bevorderen delen. Iedere week worden er twee discussie vragen geplaatst door een professional, ook worden de participanten aangemoedigd om twee minimaal twee keer per week te reageren. Niet gebruikers worden via een standaard telefonische systeem check verzocht meer te participeren op het forum (<i>asynchroom</i>).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - Sociale leer theorie - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i> Website is ontwikkeld op basis van “Social Cognitive Theorie” (Bandura, 1986).</p> <p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u> - <i>Modelling</i> Vicarious learning door het observeren van anderen succes ervaringen. - <i>Emotioneel</i> Forum om de emotionele staat te verbeteren.</p> <p><u>Impliciet</u> - <i>Informatief</i> De mogelijkheid om strategieën te delen ter verbetering van fysieke en emotionele staat.</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - n.v.t.</p> <p>2 Groepstoepassing - Er waren geen significante verschillen tussen de groepen bij de zelf effectiviteit en het daadwerkelijke beweeggedrag (t-test, $P = .062$; t-test, .072).</p> <p>- Er was een significant verschil tussen de groepen t.a.v. beweeg uitkomstverwachtingen (t-test, $P = .003$).</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - NB</p>
---	--	--	--	---	--

<p>8. Auteur(s): (Nguyen, Donesky-Cuenco, Wolpin, Reinke, Benditt, Paul & Carrieri-Kohlman)</p> <p>Jaar: 2008</p> <p>Land: USA</p> <p>Naam interventie: NB</p>	<p>Studie type: Pilot RCT</p> <p>Recruitment: deelnemers zijn benaderd via een ingezonden e-mail naar zelfhulp groepen en het plaatsen van een brief op patiënten fora.</p> <p>Participanten per conditie en drop-out: N_{tot} = 39/50 (22% drop-out; mede door technische problemen)</p> <p>1 <u>Interventiegroep</u> N = 19/26 (27% drop-out)</p> <p>2 <u>Controlegroep</u> N = 20/24 (17% drop-out)</p> <p>Follow-up: NB</p>	<p>Korte beschrijving interventie: Online zelfmanagement programma gericht op educatie, vaardigheidstraining en steun.</p> <p>Setting interventie: Thuis situatie</p> <p>Ziektebeeld: COPD</p> <p>Groepsbeschrijving: 1. Individuele face-to-face behandeling, online training, dagboek, individuele “Reinforcement” mails, interactieve modules, live chat sessies en bulletin board: training en dagboek ook via PDA.</p> <p>2. Individuele face-to-face behandeling, zelfstandig trainen, papieren dagboek, individuele “Reinforcement” telefoontjes, papieren modules, face-to-face groepssessies.</p> <p>Interventieduur: 6 maanden</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing - <i>Chat sessie</i> één keer in de 6 weken met een professional, waar de deelnemers aangemoedigd worden om elkaar te steunen (<i>synchron</i>). - <i>Bulletin board</i> (<i>asynchron</i>).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - Sociale leer theorie - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i> Geen theoretisch verantwoording van groepsstrategieën.</p> <p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u> Er zijn groepsstrategieën beschreven.</p> <p><u>Impliciet</u> De interventie is onvoldoende beschreven om deze te beoordelen t.a.v. de groepsstrategieën.</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - Aantal deelnemers gaven aan dat ze het jammer vonden dat het bulletin board niet gebruikt werd om vragen te stellen.</p> <p>- De aanwezigheid van professionals zorgen voor een toename in de adherence.</p> <p>2 Groepstoepassing - Er was geen significante verandering tussen (t-test, $P = .68$) de groepen en binnen (t-test, $P = .42$) de groepen t.a.v. de perceptie van algemene sociale steun.</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - Het is belangrijk dat patiënten door iets of iemand gemonitord worden, om de adherence te behouden.</p> <p>- Beter begrip van de factoren die deelnemers hebben van verschillende wijze van communicatie kan bijdragen aan het vinden van strategieën om de acceptatie en adoptie, alsmede de adherence te behouden.</p>
--	---	--	---	--	---

<p>9. Auteur(s): (Richardson, Buis , Janney, Goodrich, Sen, Hess, Mehari, Fortlage, Resnick, Zikmund-Fisher, Strecher & Piette)</p> <p>Jaar: 2010</p> <p>Land: USA</p> <p>Naam interventie: “Stepping Up to Health; (SUH)”</p>	<p>Studie type: RCT</p> <p>Recruitment: lijst met behandelde patiënten (<6 maanden) die aan de Universiteit Michigan Health behandeld zijn. Deze zijn benaderd via een brief met studie toelichting, criteria en informatieve website.</p> <p>Participanten per conditie en drop-out: N_{tot} = 247/324 (24% drop-out)</p> <p><u>1 Interventie</u> N = 201/254 (21% drop-out)</p> <p><u>2 Controle</u> N = 46/70 (34% drop-out)</p> <p>Follow-up: NB</p>	<p>Korte beschrijving interventie: Website waardoor het uploaden van pedometer data grafieken van progressie zichtbaar wordt, tailored motivatie berichten en wekelijks berekende doelen.</p> <p>Setting interventie: thuis situatie</p> <p>Ziektebeeld: - Overgewicht - Diabetes type 2 - Coronaire hart aandoening</p> <p>Groepsbeschrijving: 1. Uploaden pedometers, feedback, persoonlijk berekende doelen en tailored motivatie berichten met online gemeenschap service.</p> <p>2. Controlegroep had geen toegang tot de online gemeenschap.</p> <p>Interventieduur: 16 weken</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing</p> <p>In <i>tekstberichten</i> kunnen de ervaringen van andere inclusief de barrières die zijn overwonnen beschreven worden (<i>asynchroom</i>).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - Sociale leer theorie, in de vorm van “<i>Vicarious learning</i>” door het lezen van tekstberichten van lotgenoten (Bandura, 1977). - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i></p> <p>Daarnaast: “Sociale Cognitieve Theorie” (Bandura, 1986), waar ze “Sociale steun” op baseren.</p> <p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u> - <i>Modelling</i> Het lezen van tekstberichten van lotgenoten wordt gezien als “Vicarious learning” (=observatie leren).</p> <p>-<i>Informatieve steun</i> De ervaringen van lotgenoten, de overwonnen barrières en succeservaringen kunnen gedeeld worden.</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - n.v.t.</p> <p>2 Groepstoepassing - Sociale steun ervaren via een online groep, aan het einde van de studie hadden een significant hogere activiteiten niveau dan geen sociale steun (t-test, $P = .001$).</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - Deelnemers die weinig sociale steun ervaren, maakte eerder gebruik van groepstoepassingen dan deelnemers die veel sociale steun ervaren (baseline).</p> <p>- Er was al direct effect van sociale steun op het bewegen, dit kan eerder verklaard worden door "Vicarious learning" dan sociale steun, aangezien, laatstgenoemde, tijd nodig heeft om een band te vormen.</p>
--	---	---	--	--	---

				<p><i>Erkenning steun</i> Er is de mogelijkheid om via de tekstberichten lotgenoten te stimuleren</p> <p><u>Impliciet</u> <i>- Emotionele steun</i> Er is de mogelijkheid om via de tekstberichten lotgenoten emotioneel te steunen</p>	
<p>10. Auteur(s): (Schulz, Rubinell, & Hartung)</p> <p>Jaar: 2007</p> <p>Land: Zwitserland</p> <p>Naam interventie: “One self”</p>	<p>Studie type: Pilot RCT</p> <p>Recruitment: mondeling Via de betrokken professionals van het ziekenhuis.</p> <p>Participanten per conditie en drop-out: N_{tot} = 35 (drop-out 0%)</p> <p><u>Interventie 1</u> N = 20</p> <p><u>Controle 2</u> N = 15</p> <p>Follow-up: NB</p>	<p>Korte beschrijving interventie: online zelfmanagement programma met de mogelijkheden tot een bibliotheek (tailored informatie), gym (Voorbeeld oefeningen), “Expert say” (expert die een onderwerp behandelt; tekst of multimedia), “Tell a story” (persoonlijke verhalen van deelnemers) en de mogelijkheid tot delen van informatie met professionals en lotgenoten.</p> <p>Setting interventie: thuis situatie</p> <p>Ziektebeeld: Chronisch lagerug klachten</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing</p> <p>- <i>Forum</i>, voor zowel professionals als patiënten (in 5 maanden zijn er 280 tekstberichten geplaatst door professionals en deelnemers) (<i>asynchroon</i>).</p> <p>- <i>Chatroom</i>, verder niet toegelicht (<i>synchroon</i>).</p> <p>- “<i>Tell a story</i>”, waar deelnemers hun verhalen kunnen delen en commentaar kunnen geven op de verhalen van lotgenoten (<i>asynchroon</i>).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - Sociale leer theorie - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i> Er worden geen gedrag veranderingstheorieën beschreven.</p> <p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u> Geen groepsstrategieën benoemd door de auteurs.</p> <p><u>Impliciet</u> <i>-Modelling</i> Via “<i>Tell a story</i>” kunnen verhalen gedeeld worden.</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - n.v.t.</p> <p>2 Groepstoepassing - NB</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - De resultaten van “One self” suggereren dat de betrokkenheid van een online professional tot positieve resultaten leidt, die te combineren zijn met het dagelijkse werk. Dit komt mede doordat een inhoudsmanager de tekstberichten filtert voordat ze bij de zorgprofessional komen.</p>

		<p>Groepsbeschrijving:</p> <p>1. Er wordt gewerkt met de “One self” website.</p> <p>2. NB</p> <p>Interventieduur: 5 maanden</p>		<p>- <i>Erkenning steun</i> Mensen hebben de mogelijkheid om te reageren op de verhalen en ervaringen van lotgenoten.</p> <p>- <i>Informatieve steun</i> Via het forum en “Tell a story” kunnen ze ervaringen delen hoe zij omgegaan zijn met hun aandoening.</p> <p>- <i>Instrumentele steun</i> Het forum is zo ingericht dat je ervaringen kan delen, dus ook ervaringen t.a.v. materialen en verenigingen.</p> <p>- <i>Emotionele steun</i> Het forum is zo ingericht dat je ervaringen kan delen, dus patiënten kunnen hiermee elkaar ook helpen bij emoties.</p>	
<p>11. Auteur(s): (Loric, Ritter, Laurent, Plant, Green, Jernigan & Case)</p> <p>Jaar: 2010</p>	<p>Studie type: RCT</p> <p>Recruitment: via website, e-mail nieuwsbrieven, professionals en vrienden.</p>	<p>Korte beschrijving interventie: zelfmanagement website met een 6 weekse diabetes lesmodule, bulletinboard, oefen & medicatie logboek, beweeg & meditatie oefeningen en glucose monitoring.</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing</p> <p>- <i>Forum (bulletinboard)</i> gericht op actieplanning, probleem oplossen, moeilijke emoties en verjaardagen. Tevens was het mogelijk om nieuwe onderwerpen aan te dragen.</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën:</p> <p>- Sociale leer theorie - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i> Er worden geen gedrag veranderingstheorieën beschreven.</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - n.v.t.</p> <p>2 Groepstoepassing - Er was geen significant verschil in activiteitsniveau tussen wel of geen “Reinforcement” e-mail lotgenoten steungroep (ANCOVA, $P = .986$)*</p>

<p>Land: USA</p> <p>Naam interventie: NB</p>	<p>Participanten per conditie en drop-out: N_{tot} = 562/761 (26% drop-out)</p> <p><u>Interventie 1</u> N = 202/259 (22% drop-out)</p> <p><u>Interventie 2</u> N = 174/232 (25% drop-out)</p> <p><u>Controle groep</u> N= 186/270 (31% drop-out)</p> <p>Follow-up: 18 maanden</p>	<p>De verwachting was dat een aanvullende "Reinforcement" e-mail groep resulteerd in betere uitkomsten.</p> <p>Setting interventie: Thuis situatie. Ziektebeeld: Diabetes type 2</p> <p>Groepsbeschrijving: <u>Interventie 1</u>: zelfmanagement website met "Reinforcement" e-mailgroep, waarin lotgenoten elkaar kunnen steunen. Ook waren er via de website getrainde lotgenoten actief voor het geven van reminders, helpen probleem oplossen, aanmoedigen en waren actief op discussieforum</p> <p><u>Interventie 2</u>: zelfmanagement zelfde als interventie groep 1, met uitzondering van peer e-mail steungroep.</p> <p><u>3. Controlegroep</u>: reguliere zorg.</p> <p>Interventieduur: 6 maanden</p>	<p>- <i>Tekstberichten</i>, privé-berichten naar lotgenoten om elkaar te helpen.</p> <p>- <i>Peer facilitatie</i>: op de website waren getrainde lotgenoten actief voor het geven van reminders, helpen probleem oplossen, aanmoedigen en waren actief op discussieforum (allen <i>asynchroon</i>).</p>	<p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u> - <i>Modelling</i> Ervaren peers worden ingezet om het maken van actieplannen voor te doen (peer facilitatie).</p> <p><u>Impliciet</u> - <i>Emotionele steun</i> Het forum (bulletinboard) en de privé-berichten zijn gemaakt om moeilijke emoties te delen.</p> <p>- <i>Sociaal gezelschap</i> Het forum (bulletinboard) en de privé-berichten zijn gemaakt om verjaardagen te delen.</p>	<p>*mogelijk geen effect door de velen groepstoepassingen die al aanwezig zijn op de website.</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - NB</p>
--	---	---	---	---	--

<p>12. Auteur(s): (Wu & Keyes)</p> <p>Jaar: 2006</p> <p>Land: Amerika</p> <p>Name interventie: NB</p>	<p>Studie type: experiment zonder controlegroep</p> <p>Recruitment: flyeren en via verwijzers naar Tai Chi</p> <p>Participanten per conditie en drop-out: <u>Interventie 1</u> N = 14/17 (18% drop-out)</p> <p>Geen controlegroep</p> <p>Follow-up: NB</p>	<p>Korte beschrijving interventie: Balans training middels Tai Chi in groepen via videoconference systeem om balans te vergroten en valangst te doen afnemen.</p> <p>Setting interventie: thuis situatie, online consult</p> <p>Doelgroep: 65-plussers met valangst zowel gezonde als diverse diagnosegroepen.</p> <p>Groepsbeschrijving: 1. Balans training middels Tai Chi via videoconference systeem.</p> <p>Interventieduur: 15 weken</p>	<p>Beschrijving groepstoepassing: Via videoconference systeem konden ouderen samen Tai Chi training volgen, waarbij ze met elkaar kunnen communiceren (<i>synchroon</i>).</p>	<p>Beschreven</p> <p>1 Gedrag veranderingstheorieën: - Sociale leer theorie - <i>Sociale steun</i> - <i>Sociale vergelijking</i> Er worden geen gedrag veranderingstheorieën beschreven.</p> <p>2 Groepsstrategieën</p> <p><u>Expliciet</u> Geen groepsstrategieën benoemd door de auteurs.</p> <p><u>Impliciet</u> NB: de interventie is onvoldoende beschreven om deze te beoordelen t.a.v. de groepsstrategieën.</p>	<p>Beweeg uitkomsten:</p> <p>1 Algemeen - n.v.t.</p> <p>2 Groepstoepassing - NB</p> <p>3. Aanbevelingen/conclusie - Het gebruik maken van videoconference heeft een aantal voordelen: reistijd, privacy en de mogelijkheid tot sociale interactie.</p>
---	--	--	---	---	--

Wat betreft de kwaliteit van de onderzoeken zijn er tien (pilot)RCT studies uitgevoerd (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11), één evaluatie (1) en één experiment zonder controlegroep (12). Er zijn vijf studies met een nameting (follow-up) gespreid van 1 week tot 18 maanden (2, 4, 5, 7, 11). Bij de overige studies is het “lange termijn effect” niet onderzocht. De steekproefomvang binnen de tien (pilot)RCT studies was in vijf gevallen tussen de 35 en 88 respondenten, verdeeld over de controle en interventiegroep(en) (2, 3, 6, 8, 10). Daarnaast waren er vijf studies met tussen de 151 en 761 respondenten, verdeeld over de verschillende groepen (4, 5, 7, 9, 11). Hierbij moet aangetekend worden dat binnen vier studies de respondenten over drie of meer groepen verdeeld waren (3, 4, 5, 11). De drop-out was bij vier studies tussen de 0 en 18 procent (4, 6, 7, 10), bij vijf tussen de 22 en 51 procent (2, 5, 8, 9, 11) en in één studie is de drop-out niet beschreven (3). Naast deze (pilot)RCT studies waren er nog twee studies. Allereerst een evaluatiestudie met in totaal 47.074 deelnemers met een uitval 92 procent. Deze uitval is te verklaren door het criterium voor uitval: minimaal één maal data ingevoerd op de website (1). Ten slotte was er nog een experiment zonder controlegroep. Deze bestond uit 17 respondenten waarvan 17 procent aan het einde van de studie was uitgevallen (12).

2.2.1 Groepstoepassingen, groepsstrategieën en theorieën

Om meer duidelijkheid te krijgen over de groepstoepassingen zijn de gebruikte telemedicine systemen en groepstoepassingen beschreven. Daarnaast zijn ook de groepsstrategieën uiteengezet die zowel door de auteurs specifiek beschreven zijn (expliciet) als impliciet volgens twee onderzoekers (JB en KC).

Er werd op één studie na gebruik gemaakt van één of meerdere asynchrone groepstoepassingen (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11). Daarnaast waren er drie interventies met een synchrone groepstoepassing (8, 10, 12). Er zijn in totaal acht verschillende groepstoepassingen beschreven in de geïncludeerde onderzoeken. In Tabel 3 is per groepstoepassing weergegeven hoe vaak een groepsstrategie totaal (expliciet en impliciet) beschreven is.

2.2.1.1 Forum

Ten eerste werd er binnen de zelfmanagement websites in acht gevallen gebruik gemaakt van een forum (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11). Voor deze fora werden verschillende benamingen gegeven zoals Bulletinboard (8, 11), “Discussie platform” (5), “Conference area” (6) en “Tekstberichten” (9). Het onderwerp binnen de fora was in vier gevallen geheel open (6, 7, 9, 10) en drie maal met specifieke discussie onderwerpen (5, 6, 7).

Tabel 3: beschreven groepstoepassingen met de groepsstrategieën. De impliciet en expliciet beschreven groepsstrategieën zijn samengevoegd.

<u>Groepstoepassing</u>	<u>Sociale Leer strategieën</u>			<u>Sociale steun strategieën</u>				<u>Sociale vergelijking strategieën</u>		
	<i>Modelling</i>	<i>Reinforcement</i>	<i>Emotioneel</i>	<i>Gezelschap</i>	<i>Erkening</i>	<i>Informatief</i>	<i>Instrumenteel</i>	<i>Competitie</i>	<i>Norm</i>	<i>Samenwerken</i>
Forum (8x)	5x	-	6x	1x	2x	6x	2x	-	-	-
Chat functie (2x)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Groepscompetitie (1x)	-	-	1x	-	1x	-	-	1x	-	1x
SMS-buddy (1x)	-	1x	1x	-	-	1x	1x	-	-	1x
Vergelijken groepsleden (1x)	-	1x	-	-	1x	-	-	-	1x	-
Videoconference (1x)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Privé-berichten (1x)	-	-	1x	1x	-	-	-	-	-	-
Succesverhalen (1x) “Tel a story”	1x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal	6x	2x	9x	2x	4x	7x	3x	1x	1x	2x

Tevens was er één forum met een combinatie van vrije en vast gestelde onderwerpen (4). Er werden verschillende groepsstrategieën toegekend aan de fora. De “Sociale leer” strategie “Modelling” werd vier keer expliciet beschreven (5, 7, 9, 11). Binnen één studie werd het lezen van tekstberichten van lotgenoten benoemd als een onderdeel van “Modelling” “Vicarious learning”, leren door te observeren (9). De tweede “Sociale leer” strategie “Reinforcement” werd binnen deze studies niet gefaciliteerd middels een forum. De strategie “Modelling” is in drie studies theoretisch onderbouwd door drie verschillende theorieën: de “Sociale leer theorie” (Bandura, 1977) (9), de “Sociaal cognitieve theorie” (Bandura, 1986) (7) en het Transtheoretical model (Prochaska, et al., 1982) (5).

Wat betreft de tweede theorie van het GMS-model “Sociale steun” werd er binnen alle fora wel één of meerdere “Sociale steun” strategieën beschreven. De eerste strategie “Emotionele steun” werd drie keer expliciet (4, 6, 7) en drie keer impliciet beschreven (9, 10, 11). De tweede strategie “Sociaal gezelschap” werd enkel impliciet genoemd binnen één studie. Bij deze interventie werd er gestimuleerd om verjaardagen met elkaar te delen via een forum (11). De derde strategie “Erkenning steun” werd één keer expliciet (9) en één keer impliciet benoemd (10). Bijvoorbeeld, door het aanmoedigen van lotgenoten om elkaar onderling te stimuleren en te complimenteren (9). De vierde strategie “Informatieve steun” werd drie keer zowel expliciet (4, 6, 9) als impliciet beschreven (5, 7, 10). Het ging bijvoorbeeld om verhalen over hoe iemand om gaat met zijn of haar aandoening (10). De laatste “Sociale steun” strategie “Instrumentele steun” werd alleen twee maal impliciet beschreven (5, 10). Bij deze twee interventies werd aangemoedigd om materialen uit te wisselen. Wat betreft de theoretische onderbouwing, in vier van de acht studies werden de groepsstrategieën theoretisch onderbouwd (4, 5, 7, 9). Dit was op basis van vier verschillende theorieën: “Sociale steun” (Cohen & Wills, 1985) (4), “Transtheoretical model” (Prochaska, et al., 1982) (5), “Sociaal cognitieve theorie” (Bandura, 1986) (7) en de “Sociale leer theorie” (Bandura, 1977) (9). Op basis van de interventie beschrijvingen is er zowel expliciet als impliciet geen forum die “Sociale vergelijking” strategieën faciliteerd.

2.2.1.2 Chatfunctie

Naast fora zijn er twee interventies met een chatfunctie (8, 10), bij één van deze twee is er een professional bij betrokken (8). Maar deze groepstoepassingen zijn verder niet toegelicht waardoor de groepsstrategieën en eventueel toegepaste sociale theorieën niet te achterhalen zijn.

2.2.1.3 Groepscompetitie

De derde groepstoepassing betrof een groepscompetitie op basis van zelf geformuleerde persoonlijke beweegdoelen. Beweegintensiteit werd hierbij gemeten met een beweeg-volg systeem (1). Bij deze interventie konden er groepen geformeerd worden door werknemers op een universiteit. De verschillende teams werden gerangschikt op basis van het gemiddelde percentage behaalde doelen. In deze studie werden “Erkenning steun” en “Competitie” expliciet benoemd en “Emotionele steun” en “Samenwerken” impliciet (1). De expliciet benoemde groepsstrategieën werden theoretisch onderbouwd met de “Common Identity Theorie” & “Common Bond Theory”. Deze theorieën beschrijven invloedrijke factoren om online cohesie te stimuleren binnen en tussen groepen (Ren, Kraut, & Kiesler, 2007).

2.2.1.4 Sms buddy systeem

De vierde groepstoepassing was een sms buddy systeem om deelnemers extra te motiveren. Dit buddy systeem viel binnen een mobiele telefoon sms service voor postnatale vrouwen. Deelnemers konden een “Buddy” opgeven die kon helpen bij het bereiken van de beweegdoelen. Deze “Buddy” kreeg sms-berichten met tips om steun te geven in combinatie met updates van de doelen status. Deze tips waren expliciet gericht op het geven van “Informatieve steun, “Emotionele steun” en “Instrumentele steun”. Ook werd impliciet de strategie “Reinforcement” genoemd, aangezien een “Buddy” sms berichten kreeg met tips over het geven van beloningen. De expliciet beschreven groepsstrategieën zijn gebaseerd op de “Sociaal cognitieve theorie” van Bandura (1986).

2.2.1.5 Vergelijken met groepsgenoten en groepen

De vijfde groepstoepassing was een interventie waarbij deelnemers zich konden vergelijken met groepsgenoten en anderen groepen. Dit vond plaats via een leefstijl website of een PDA (3). Er konden leefstijl punten behaald worden die invloed hadden op het individuele en team resultaat. Expliciet benoemde strategieën waren “Reinforcement” door beloningen in de vorm van “Smilies”, alsmede “Normatieve invloed” door het stellen van persoonlijke en groepsnormen. Tevens werd er impliciet “Erkenning steun” beschreven aangezien het succes van de verschillende teams zichtbaar was. Bij de ontwikkeling van deze interventie is er gebruik gemaakt van het persuasieve framework van Fogg (2003) (3).

2.2.1.6 Videoconferencing

De zesde groepstoepassing was een videoconference systeem. Via dit systeem kregen deelnemers Tai Chi om de balans te trainen en om te leren gaan met valangst.

De deelnemers konden tijdens de trainingen onderling met elkaar communiceren. Er zijn expliciet en impliciet geen groepsstrategieën en theorieën beschreven (12), de interventie was onvoldoende toegelicht.

2.2.1.7 Privé-berichten

De zevende groepstoepassing was de mogelijkheid om privé-berichten naar lotgenoten te sturen. De deelnemers konden onderling persoonlijke tekstberichten sturen. Dit had impliciet als doel om elkaar “Emotionele steun” te geven en elkaar “Sociaal gezelschap” te houden (11). Deze strategieën werden niet theoretisch onderbouwd.

2.2.1.8 Succesverhalen delen

Ten slotte de groepstoepassing “Tel a story”. Hier konden succesverhalen gedeeld worden en verhalen over barrières die overwonnen waren. Hiermee werd enkel expliciet de groepsstrategie “Modelling” ondersteund (10). Echter, ook hier is de gebruikte theorie niet beschreven.

2.2.2 Effectiviteit van de groepstoepassingen

Bij de meeste studies was de groepstoepassing onderdeel van een omvangrijkere interventie. Bij de helft is het specifieke effect van de groepstoepassing niet onderzocht, zie Tabel 2. In zes van de twaalf studies is het additionele effect van de groepstoepassing wel onderzocht. Deze onderzoeken laten een wisselend beeld zien ten aanzien van het korte termijn effect op het bewegen. Twee studies beschrijven een direct significant positief effect wat betreft het bewegen (1, 9) en vier geen bewegeeffect (4, 5, 7, 11). Een positief effect op bewegen had een groepscompetitie ten opzichte van individueel werken aan je doelen. Hierbij lag het percentage behaalde beweegdoelen significant hoger bij de competitiegroep (regressieanalyse, $P < .001$) (1). De tweede studie met een significant effect op het bewegen, was een groepstoepassing waar ervaringen via tekstberichten gedeeld konden worden (t-test, $P = .001$) (9). Er waren ook vier studies die een indirect significant positief bewegeeffect beschreven. Binnen één studie zorgde een forum voor aanvang van een individuele beweeginterventie voor een positiever beeld ten aanzien van het effect van de individuele beweeginterventie (bewegingsuitkomstverwachtingen) (7). Drie studies beschreven een positieve invloed van een forum op het participatieniveau van de interventie (1, 3, 4). Overigens heeft een forum niet altijd een effect op bewegen, omdat in drie studies geen verschil aangetoond kon worden met de controlegroep (4, 5, 7). Dit komt overeen met een e-mail lotgenoten steungroep die ook geen significant effect had op het bewegen (11).

Door de auteurs werden er vijf belangrijke uitspraken gedaan in de conclusie. Allereerst gaf bijna de helft van de 12 auteurs aan dat de interventie deelname in de loop van de tijd afnam (1, 2, 3, 4, 6). Als tweede kwam in twee onderzoeken naar voren dat de betrokkenheid van professionals een gunstig effect had op deze uitval (8, 10). Ten derde werd er in één studie geconstateerd dat een mobiele telefoon beter te integreren is in het dagelijkse leven dan een website (3). Ten vierde, in één studie kwam naar voren dat de deelnemers het niet prettig vonden om informatie te delen met mensen die ze niet kenden (5). Ten slotte adviseren vier van de twaalf auteurs dat vervolg onderzoek zich moet richten op het bepalen van strategieën die de adherence vergroten tijdens de interventie (1, 5, 6, 8).

2.3 Conclusie systematische inventarisatie

De systematische literatuurinventarisatie is uitgevoerd om deelvraag 1 te beantwoorden: Welke groepstoepassingen bij telemedicine interventies met als doel het bewegen te optimaliseren worden gerapporteerd in de literatuur, in hoeverre passen deze binnen het GMS-model en kan er iets gezegd worden over het effect op de beweegmotivatie? Op basis van het inclusieproces zijn er van 546 gevonden artikelen slechts twaalf geïncludeerd. Deze twaalf studies beschreven gezamenlijk 16 groepstoepassingen, waaronder chatfuncties, een beweeg groepscompetitie en Tai Chi lessen via videoconferencing. Er kan geconcludeerd worden dat het gebruik van groepstoepassingen beperkt is. Er worden met name verschillende vormen van fora beschreven. Deze fora faciliteren vooral “Modelling” en de “Sociale steun” strategieën. Maar over het effect op het bewegen kunnen geen uitspraken gedaan worden door beperkte en uiteenlopende uitkomsten. In het vervolg wordt er specifiek ingegaan op de belangrijkste conclusies.

2.3.1 Gebruik van groepstoepassingen

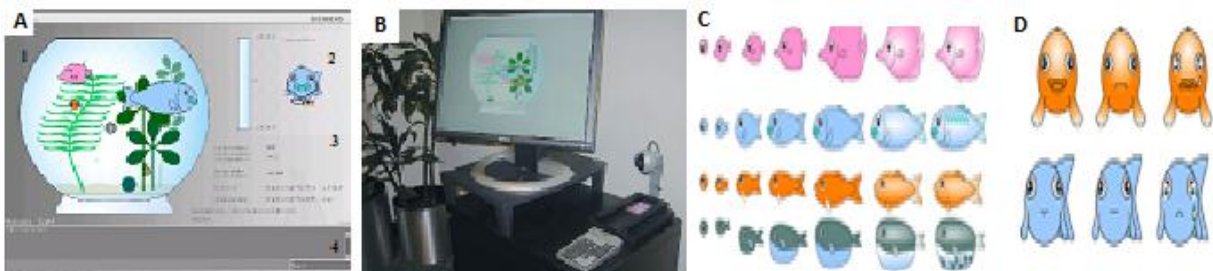
De eerste belangrijke conclusie op basis van dit deelonderzoek is dat er binnen zelf-management websites hoofdzakelijk gebruik gemaakt wordt van fora. Er werden in acht studies fora ingezet. De overige zes groepstoepassingen worden slechts één à twee maal beschreven: chatfunctie (2x), sms-buddy systeem, vergelijken met groepsgenoten en groepen via een PDA met beweegsensor, Tai Chi groepslessen via videoconferencing, groepscompetitie op basis van persoonlijke beweegdoelen, privé-berichten en het delen van succesverhalen. De diverse fora onderscheiden zich van elkaar door de aan- of afwezigheid van zorgprofessionals en getrainde-peers, alsmede open of vastgestelde discussie onderwerpen. Het lijkt op basis van deze data dat fora geschikt zijn voor de “Sociale leer” strategie “Modelling” en de vijf “Sociale steun” strategieën.

Ten slotte, wanneer het aantal groepstoepassingen vergeleken wordt met eerder onderzoek uit 2004 (Eysenbach, et al., 2004), dan kan geconstateerd worden dat het aantal telemedicine groepstoepassingen sinds 2004 sterk is toegenomen.

2.3.2 Groepsstrategieën en theoretische achtergrond

Er wordt dus steeds meer gebruik gemaakt van groepstoepassingen binnen beweginginterventies. Echter, binnen groepstoepassingen worden groepsstrategieën niet veel beschreven en worden deze weinig theoretisch onderbouwd. In drie van de zes studies die een theorie beschrijven, is dit met een sociaal psychologische theorie uit het GMS-model: twee keer “Sociale steun” en één maal de “Sociale leer theorie”. In overeenstemming met een meta-analyse van Web et al. (2010) wordt er veel gebruik gemaakt van de “Sociaal cognitieve theorie” (Bandura, 1986) en het “Transtheoretical model” (Prochaska, et al., 1982). Dat er weinig gebruik gemaakt wordt van sociaal psychologische theorieën kan mogelijk twee resultaten verklaren, die nauw met elkaar samenhangen. Het kan verklaren dat er “slechts” 12 studies groepstoepassingen beschrijven. Daarnaast kan het verklaren dat er weinig groepsstrategieën beschreven worden bij beweginginterventies. IN

het bijzonder worden in de 12 studies de mogelijkheden van de “Sociale vergelijking” strategieën zoals “Competitie” en “Normatieve invloed” vrijwel onbenut in deze beweginginterventies. Er wordt vooral gebruik gemaakt van asynchrone systemen zoals fora en chatfuncties. Daarentegen wordt er weinig gebruik gemaakt van telemedicine systemen als gaming, PDA's en videoconferencing. Deze telemedicine systemen zijn bij uitstek geschikt om deze “Sociale vergelijking” strategieën te faciliteren. Een concreet voorbeeld: het computerspel “Fish ‘n’ Steps”, zie Figuur 6. Hierbij draagt iedere deelnemer een accelerometer die gekoppeld is aan een virtuele vis. Deze vis groeit op basis van behaalde persoonlijke beweegdoelen. Tevens wordt middels emoties de beweegstatus weergegeven. De deelnemers kunnen afzonderlijk van elkaar een vis laten groeien (“Competitie”) of met een groep gezamenlijk (“Samenwerken”) (Lin, et al., 2006).



Figuur 6: A) Persoonlijke display met informatie over persoonlijke informatie en andere, B) pedometer uploadpunt en scherm, C) 7 groeifase vissen, D) emoties vissen (Lin, Mamykina, Lindtner, Delajoux, & Strub, 2006)

2.3.3 Effect telemedicine groepstoepassingen op het bewegen

Ten slotte de laatste belangrijke bevinding is dat er over het effect van groepstoepassingen en groepsstrategieën geen eenduidige uitspraken kunnen worden gedaan. Er heeft geen onderzoek plaatsgevonden die het lange termijn effect onderzoekt. Wel is er in zes studies specifiek het effect van de groepstoepassing op het bewegen onderzocht. Net als bij eerder onderzoek naar telemedicine systemen zijn de uitkomsten wisselend en gericht op de korte termijn doordat er weinig “follow-up” metingen worden uitgevoerd (García-Lizana & Sarrí'a-Santamera, 2007). Er is dus vervolg onderzoek nodig naar strategieën die het effect op bewegen vergroten op de korte en lange termijn.

Afsluitend, binnen telemedicine beweginginterventies wordt er weinig gebruik gemaakt van groepstoepassingen en niet alle strategieën uit het GMS-model worden volledig benut. Er zijn dus nog veel mogelijkheden bijvoorbeeld via gaming en PDA systemen om beweginginterventies verder te verbeteren.

3 Interviews groepstherapeuten

Het tweede deelonderzoek betrof semi-gestructureerde interviews met therapeuten en was bedoeld om te onderzoeken in hoeverre de strategieën uit het GMS-model door chronische patiënten momenteel toegepast worden binnen de reguliere face-to-face groepsbehandelingen. Ook is onderzocht op welke wijze deze groepsstrategieën volgens therapeuten te vertalen zijn naar telemedicine groepstoepassingen om het bewegen te optimaliseren.

3.1 Methode therapeuten-interview

Er is voor semi-gestructureerde interviews gekozen, omdat deze bij uitstek geschikt zijn om onderwerpen te onderzoeken waar binnen de literatuur weinig over bekend is (Baarda, de Goede, & Theunissen, 2009). Dit is het geval bij de groepsstrategieën uit het GMS-model.

3.1.1 Participanten en procedure

De interviews zijn afgenomen bij groepstherapeuten van revalidatiecentrum 'Het Roessingh' in Enschede. Na toestemming van het managementteam zijn van de 35 werkzame fysiotherapeuten bij “Het Roessingh” er 10 benaderd, alsmede alle bewegingsagogen (N=11). Bij deze therapeuten is er gekeken of ze voldeden aan de volgende drie criteria: (1) Nederlands sprekend, (2) therapeut geeft groepstherapie gericht op bewegen, (3) chronische patiëntengroep. Er is niet verder gespecificeerd, aangezien het een eerste inventarisatie is van het gebruik van groepsstrategieën onder therapeuten. Alle 21 therapeuten zijn benaderd via een brief (e-mail), face-to-face via een korte presentatie over het onderzoek en informeel in de pauze. De zeven therapeuten die bereid waren te participeren in het onderzoek zijn gevraagd verbaal en schriftelijk toestemming te geven voor het interviewen. De participanten is schriftelijk toestemming gevraagd door het ondertekenen van een “Informed consent”. Alle interviews hebben plaatsgevonden op revalidatiecentrum “Het Roessingh”.

3.1.2 Interviewschema

De semi-gestructureerde interviews zijn allen uitgevoerd door JB en duurden 30 tot 45 minuten. Er is gewerkt met het interviewprotocol uit bijlage 2. Dit interviewprotocol bestaat uit drie delen. Het eerste deel heeft een open karakter om te onderzoeken hoe therapeuten tegen groepsbehandelingen aankijken. Het tweede deel was gestructureerd om het gebruik van de groepsstrategieën uit het GMS-model te achterhalen. Ten slotte is de eventuele rol van telemedicine binnen een beweeginterventie uitgevraagd. Iedere groepsstrategie werd bevraagd aan de hand van een vijftal vragen, zie Tabel 4. Met behulp van een checklist in de vragenlijst is gewaarborgd dat alle groepsstrategieën volledig zijn uitgevraagd. Het interview is vooraf drie maal getest bij fysiotherapeuten en aan de hand van de testen herzien.

Echter, na het eerste interview kwam de sterke overlap direct naar voren bij “Erkenning steun” en “Reinforcement”. Daarom is er voor gekozen om “Reinforcement” in het vervolg meer als “inhoudelijke” feedback (inhoudelijk de wijze van uitvoering terugkoppelen) te beschrijven en “Erkenning steun”

Tabel 4: vragen bij de groepsstrategieën uit het therapeuten-interview (bijlage 2).

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Waarom maakt u wel of niet gebruik van deze strategie? 2. (ja) Kunt u een voorbeeld geven van een toepassing? 3. Wat is naar uw mening het effect op de beweegmotivatie bij een patiënt? 4. Zou u het toepassen op een thuis train website? 5. Kunt u een voorbeeld geven hoe u het zou toepassen op een thuis training website? |
|---|

meer als “oppervlakkig” (het geven van complimenten). Het gehele proces heeft onder supervisie van KC en SD plaatsgevonden, om de kwaliteit te waarborgen.

3.1.3 Data-analyse

De interviews zijn met mondelinge en schriftelijke toestemming van de geïnterviewden opgenomen op MP3. Direct na afloop is de opname volledig uitgetypt door JB met behulp van Express Scribe 5.01. De methode die bij de data-analyse is gebruikt is een kwalitatieve inhoudsanalyse. Dit is het proces van identificeren, coderen en categoriseren (Patton, 1990). De drie onderdelen zijn niet op een gelijke wijze geanalyseerd. Wat betreft het eerste (groepsbehandelingen algemeen) en derde onderdeel (telemedicine & rol in zorgproces) is er een inductieve analyse uitgevoerd. Met deze analyse is onderzocht welke thema’s belangrijk waren voor de therapeuten. Bij het tweede onderdeel (groepsstrategieën) vormt het GMS-model het kader. Binnen dit kader heeft er inductieve analyse plaatsgevonden. Per groepsstrategie is er onderzocht welke thema’s belangrijk waren. De data is geanalyseerd door JB, onder supervisie van KC en SD.

3.2 Resultaten therapeuten-interviews

3.2.1 Beschrijving onderzoeksgroep

Er zijn drie fysiotherapeuten en vier bewegingsagogen geïnterviewd op revalidatiecentrum “Het Roessingh” (N=7). Het merendeel was vrouw (N=6) en had ervaring met het behandelen van verschillende diagnosegroepen in beweeggroepen (N=6). Vijf therapeuten behandelden chronische pijn, drie longaandoeningen en twee niet aangeboren hersenletsel (NAH). Tevens behandelde één therapeut Chronische Vermoeidheid Syndroom (CVS) en een andere therapeut Whiplash.

In de volgende paragrafen worden de resultaten beschreven van de interviews met de therapeuten. Deze moeten inzichtelijk maken welke strategieën uit het GMS-model er toegepast kunnen worden tijdens de groepsbehandelingen en hoe deze vertaald kunnen worden naar telemedicine groepstoepassingen.

3.2.2 Meningen van therapeuten over de waarden van de afzonderlijke groepsstrategieën

Over het algemeen waren alle therapeuten positief over het behandelen in groepen. Desondanks erkenden de therapeuten dat een behandelgroep ook een negatief effect kan hebben. Immers, niet iedereen is geschikt voor behandeling in een groep en een groep staat of valt met zijn leden. Wanneer er expliciet gevraagd werd naar de tien strategieën uit het GMS-model herkenden de therapeuten deze vanuit de behandeling. Het vervolg zal per groepsstrategie specifiek in gaan op het gebruik door therapeut en patiënt alsmede de invloed op de beweegmotivatie en de vertaling naar telemedicine.

3.2.2.1 Sociale leer strategie: Modelling

De therapeuten deden vaak iets zelf voor of geven patiënten instructie om iets voor te doen. Bijvoorbeeld, wanneer iets niet lukt of ter ondersteuning: *“Dan pak ik iemand er uit om ze (patiënten) te laten zien ... hoe iets goed moet of hoe iets niet goed moet.”* (Th 7). Wat betreft het gebruik onder patiënten gaf ruim de helft (N=5) van de therapeuten aan dat zij dit zien tijdens de reguliere face-to-face behandeling. Over de invloed op de beweegmotivatie waren de uitkomsten wisselend. Sommige therapeuten zien geen positieve invloed op de beweegmotivatie (N=3). Deze therapeuten gaven aan dat wanneer alle groepsleden evenveel behandelervaring hebben, bijvoorbeeld doordat ze tegelijk gestart zijn, er minder “Modelling” plaatsvindt bij patiënten. Het kan ook voorkomen dat patiënten een afwachtende houding hebben, omdat ze een sturende rol van de therapeut verwachten. De overige therapeuten zijn wel positief en zien patiënten “Modelling” toepassen (N=4).

Bijvoorbeeld, wanneer een activiteit niet lukt of wanneer ze bevestiging zoeken: *“Ik denk wel dat patiënten onbewust naar elkaar kijken, vooral bij de persoon die ervoor staat, horend dat die het goed doet. Dan denk ik dat het op die manier werkt.”* (Th 7). De therapeuten gaven onder meer de volgende drie argumenten waardoor “Modelling” de beweegmotivatie positief kan beïnvloeden. Allereerst kan het een stuk onzekerheid wegnemen. Daarnaast kan het kijken naar anderen uitlokken tot bewegen. Ten slotte, de ervaren patiënten kunnen de patiënten met minder ervaring helpen. Over de toepasbaarheid binnen telemedicine waren alle therapeuten negatief (N=7). De therapeuten vonden “Modelling” binnen telemedicine niet wenselijk. De belangrijkste motivatie hiervoor was dat patiënten “Modelling” face-to-face moeten ervaren.

3.2.2.2 Sociale leer strategie: Reinforcement

De tweede “Sociale leer” strategie “Reinforcement”, werd veelvuldig gebruikt door de therapeuten in de vorm van feedback (N=7). Beloningen werden niet gegeven. Maar, de feedback zagen de therapeuten als een belangrijk onderdeel van hun werk gezien: *“Dat is wat we doen! Als iemand een oefening uitvoert dan geven wij feedback. Dat probeer je altijd opbouwend te doen en niet destructief”* (Th 1). Het merendeel van de therapeuten ziet patiënten dit ook bij elkaar toepassen (N=6). Op deze wijze stimuleren patiënten elkaar of ter bevestiging dat ze iets juist *wel* kunnen: *“Wanneer iemand vantevoren zegt ik kan het niet, dan zie je dat patiënten nadat ze het erna hebben gedaan dat ze versterkt en gesterkt worden door de groep,dat werkt erg goed, juist dat soort dingen het heeft een positief effect!”* (Th 1). De therapeuten beschreven allemaal geen beloningen maar vooral “oppervlakkig feedback”: *“Je hoort wel eens ‘Goed zo!!’ of ‘Dat gaat heel goed bij jou!!’ maar dat is heel oppervlakkig.”* (Th 7). Deze “oppervlakkige” feedback kon volgens bijna alle therapeuten (N=6) een positief effect hebben op de beweegmotivatie, vanwege dit versterkende effect. Er was veel twijfel over de mogelijkheden om een “Reinforcement” groepstoepassing binnen telemedicine te integreren. Deze twijfel heerst er onder de therapeuten omdat het een negatief effect heeft wanneer het gedrag niet op een juiste wijze wordt bekrachtigd: *“Het probleem tussen feedback geven, op een goede wijze, is wel een soort techniek. Sommige proberen het, maar het wordt een kritiek.... het is wel een lastig punt. Ik denk niet dat iedereen het zomaar uit zichzelf zomaar kan.”* (Th 1). In de therapie kunnen de therapeuten sturing geven, zodat de feedback op een positieve wijze wordt gebracht. De therapeuten zagen geen mogelijkheden binnen telemedicine om deze sturing te geven.

3.2.2.3 Sociale steun strategie: Emotionele steun

Bij de derde groepsstrategie “Emotionele steun” stonden de therapeuten veelal bewust op de achtergrond: *“laat ik altijd meer aan de groep over, juist omdat ik .. de groep wil stimuleren .. om die band met elkaar te versterken.”* (Th 5). De meerderheid van de therapeuten (N=6) zien patiënten “Emotionele steun” geven tijdens de reguliere face-to-face groepsbehandeling. Door “Emotionele steun” kunnen patiënten elkaar oppeppen wanneer iemand even in een dip zit. Patiënten kiezen heel bewust wel of niet voor “Emotionele steun” tijdens de therapie: *“Vaak nemen ze één iemand in vertrouwen en sommige willen ook geen emotionele steun die houden het juist af.”* (Th 1). Het merendeel van de therapeuten (N=6) zag een positieve invloed op de beweegmotivatie door “Emotionele steun”. Immers het kan een beweegbarrière wegnemen en het gevoel van veiligheid binnen de groep kan toenemen. Over de rol van telemedicine was er veel twijfel. Vier therapeuten vonden het niet wenselijk om via telemedicine “Emotionele steun” te geven. Wat beargumenteerd werd met het belang dat patiënten elkaar moeten kunnen zien en voelen. Bovendien vinden deze vier therapeuten dat telemedicine niet voor iedereen geschikt is: *“Dan denk ik dat dat lastig is want dan zal je toch bij elkaar moeten zijn denk ik zelf... dat ze elkaar echt letterlijk vast kunnen pakken”* (Th 2). Niettemin werden er wel twee mogelijkheden voor telemedicine groepstoepassingen genoemd: forum (N=1) en chat (N=1).

3.2.2.4 Sociale steun strategie: Sociaal gezelschap

De therapeuten passen de vierde groepsstrategie “Sociaal gezelschap” zelf niet toe (N=7). Één therapeut twijfelde of “Sociaal gezelschap” direct een gunstig effect heeft voor de therapie: *“Weet niet of dat echt een meerwaarde is voor het therapeutisch proces maar wel voor het sociale proces, dus (dat) mensen het gevoel hebben van ja (een) soort van vriendschap opbouw.”* (Th 6). Alle therapeuten zagen patiënten elkaar “Sociaal gezelschap” houden (N=7). Er is vooral vooraf en na afloop van de reguliere face-to-face behandelingen ruimte voor “Sociaal gezelschap”. Immers de patiënten trekken hele dagen met elkaar op. Alle therapeuten (N=7) spraken zich positief uit over het indirecte effect op de beweegmotivatie. “Sociaal gezelschap” kan bijvoorbeeld bijdragen aan de groepscohesie en het kan beweegbarrières wegnemen. Ook gaf een therapeut aan dat “Sociaal gezelschap” belangrijk is voor sommige patiënten om uit een sociaal isolement te komen:

“Heel belangrijk, ... in zekere zin bij mensen die in een isolement raken zoals longpatiënten ... Die zien het echt heel vaak als een sociaal uitje ... weer onder de mensen. Dat zijn toch wel de mensen die zich thuis geneigd zijn terug te trekken.” (Th 3). Er werd wel enige twijfel uitgesproken over het directe effect op het bewegen van “Sociaal gezelschap”. Deze twijfel konden de therapeuten echter niet beargumenteren. De meerderheid (N=5) zag mogelijkheden om een “Sociaal gezelschap” groepstoepassing te integreren binnen een telemedicine systeem. Voorbeelden van benoemde telemedicine groepstoepassingen zijn chat (N=1), tekstberichten plaatsen (N=1) en het versturen van digitale kaartjes (N=1). Desondanks stelde een therapeut als voorwaarde dat er de mogelijkheid is om privé te communiceren: *“(De groepstoepassing zou) een gesloten iets moeten zijn met iemand bij wie je het prettig vindt... maar niet via een forum want dan wordt het te openbaar.”* (Th 1).

3.2.2.5 Sociale steun strategie: Erkenning steun

De vijfde groepsstrategie “Erkenning steun” vond volgens de therapeuten veelvuldig plaats tijdens de behandeling. Een voorbeeld: *“Dat gebeurt wel degelijk, ‘goh dat is een mooie bal die je net geslagen hebt!’ of ‘Goh dat wandelen heb je lang volgehouden!’”* (Th 2). De therapeuten waren ook allemaal van mening dat patiënten gebruik maken van “Erkenning steun” tijdens de reguliere groepsbehandeling (N=7): *“Ik vind dat eigenlijk het voordeel van de groep, zeker als je een paar gemotiveerde er tussen hebt zitten, is dit de kracht van een groep.”* (Th 1). “Erkenning steun” had volgens de meeste therapeuten (N=6) een positieve invloed op de beweegmotivatie. Het vergroot de kans op beweegherhaling en goede keuzes worden positief bekrachtigt: *“Dat diegene (patiënt) duidelijk een keuze heeft gemaakt die hij voorheen nooit heeft gemaakt. Dat kan bijvoorbeeld ... zijn van: tot hier en niet verder ofzo of ik stop nu een keertje.”* (Th 7). Ondanks deze voordelen vond één therapeut het toch moeilijk te koppelen aan bewegen: *“Dat gekoppel aan die beweging vind ik een beetje lastig.”* (Th 4). Veel therapeuten twijfelden of het mogelijk was om deze groepsstrategie te vertalen naar een telemedicine groepstoepassing (N=4). Deze twijfel ontstond doordat de “Erkenning steun” onder meer op een juiste wijze toegepast moet worden, met een juiste intentie en het controleerbaar moet zijn door professionals. Desalniettemin werden er drie mogelijke telemedicine groepstoepassingen genoemd: informele tekstberichten (N=1), “Ik vind dit leuk” functie (“Thumbs-up”; Facebook) (N=1) en succeservaringen delen (N=1).

3.2.2.6 Sociale steun strategie: Informatieve steun

Door alle therapeuten werd de zesde groepsstrategie “Informatieve steun” gegeven (N=7): *“Met name binnen het bewegen geef ik ...de informatie en als er mensen zijn met bewegingservaring op bepaalde sport gebieden dan vraag ik hen ook wel eens van ‘goh zou jij het uit kunnen leggen.’”* (Th 2). Eveneens zien alle therapeuten de patiënten elkaar “Informatieve steun” geven tijdens de behandeling (N=7). Patiënten vertellen over hun ziekteverloop, klachten en ervaringen waardoor ze beter met hun aandoening om kunnen gaan: *“Nou ik denk dat dat wel gebeurd op het gebied van omgaan met de klachten hè, stel dat je te maken hebt met iemand die kanker heeft gehad en die heeft chemo gehad en die heeft op een bepaalde manier daar al stappen in gezet en iemand anders die die stappen nog niet heeft gezet, dan hoor je wel van ‘Goh ik heb dat sus of zo aangepakt.’”* (Th 6). Het overgrote deel (N=6) van de therapeuten beschreef een positief effect op de beweegmotivatie. Dit positieve effect op bewegen ontstaat doordat angst afneemt: *“Als mensen een beetje inzicht krijgen wat wel en niet goed is ...dat (zorgt) zeker voor een afname van een stuk angst.* (Th 7). Het kan dus leiden tot meer bewegen: *“Als iemand een aandoening heeft en die krijgt er informatief duidelijkheid over, wat dat met zich meebrengt in de praktijk ... dan kan dat zeker leiden tot meer bewegen”* (Th 7). Tevens kan het een bijdrage leveren aan de groepscohesie. Evenwel is dit effect patiënt afhankelijk omdat een substantieel deel van de patiënten sterk leunt op de therapeut. De meerderheid van de therapeuten vond het wenselijk dat “Informatieve steun” groepstoepassingen ontwikkeld worden (N=5). De ervaringen van anderen (“Informatieve steun”) kan een bijdragen leveren aan het ziekte inzicht. Veel therapeuten waren positief over de mogelijkheden (N=5). Genoemde groepstoepassingen waren fora (N=2).

3.2.2.7 Sociale steun strategie: Instrumentele steun

De zevende en laatste “Sociale steun” groepsstrategie “Instrumentele steun” werd door de therapeuten zelf niet veel toegepast (N=2). De meerderheid had geen idee of patiënten onderling “Instrumentele steun” uitwisselen (N=4): *“Ik weet niet of dat gebeurd, geen flauw idee..... kan me wel voorstellen dat het plaats vindt maar het is bij ons niet duidelijk.”* (Th 1). De drie therapeuten die patiënten wel “Instrumentele steun” zagen, hadden diverse voorbeelden: *“(Als ze) een beetje halverwege de behandeling zijn, dat andere (patiënten) zeggen: ‘je mag mijn stokken wel eens uitproberen’ of ‘daar ga ik naar een sportvereniging’ of naar de fysio ‘Ik kan je wel introduceren.’”* (Th 7).

Ruim de helft (N=4) vond dat het de beweegmotivatie kan vergroten omdat patiënten elkaar dus kunnen wijzen op materialen en verenigingen. Ondanks dat deze “Sociale steun” strategie het minst gezien werd door therapeuten, is de meerderheid positief over de toepassing binnen telemedicine (N=5). Een voorbeeld is een “Marktplaats” groepstoepassing: *“Zo'n marktplaats, ja zullen mensen makkelijker dingen aanschaffen want vaak zijn juist de mensen die weinig sporten mensen met weinig geld, veel dingen kosten gewoon veel geld.”* (Th 5). Groepstoepassingen die naast de “Marktplaats” toepassing genoemd werden waren: positief ervaren weblinks aandragen en een forum.

3.2.2.8 Sociale vergelijking strategie: Competitie

De achtste groepsstrategie “Competitie” werd door de therapeuten meer als middel gebruikt om bijvoorbeeld patiënten hun grenzen te laten ervaren (N=7): *“Een enkele keer provoceer je door het in te brengen om te kijken hoe mensen dan wat gaan doen, of ze zich dan laten op juttten.”* (Th 4). Volgens de meerderheid van de therapeuten was er onderling “Competitie” bij de patiënten (N=5): *“Wanneer ze tegen iemand staan die fanatiek is dan merk je ook dat de ander vaak wat fanatieker wordt en het kan juist net niet goed zijn voor hun gesteldheid.”* (Th 2). Van de therapeuten zeiden er zes dat door “Competitie” de beweegmotivatie kan toenemen. Evenwel waren er ook twee therapeuten die “Competitie” niet toestaan tijdens de behandeling. *“Nee dat doe ik nooit .. omdat wij allereerst mensen moeten leren dat ze zelf moeten voelen wat ze doen, dat het niet gaat om het beter zijn dan de ander, maar dat je dingen opbouwt bij jezelf.”* (Th 3). De integratie van “Competitie” binnen een telemedicine groepstoepassing is niet wenselijk volgens de zeven therapeuten. Het risico is te groot dat patiënten niet meer naar hun eigen lichaam luisteren: *“Ik weet niet of je het op een website moet plaatsen omdat het altijd gaat om wat er met je lijf gebeurt en niet om een ander te verslaan.”* (Th 1).

3.2.2.9 Sociale vergelijking strategie: Normatieve invloed

De therapeuten maakten zelf geen gebruik van de negende groepsstrategie “Normatieve invloed” omdat het gaat om bewustwording bij de patiënt zelf. Veelal laten ze het niet toe tijdens de behandeling. Het is belangrijk dat patiënten zelf persoonlijke normen stellen, ze moeten leren om een balans te vinden tussen hun persoonlijke belasting & belastbaarheid: *“De meeste revalidanten die wij zien die gaan toch vaak met de groep mee dus dan maken ze geen keuzes voor zichzelf... Wij proberen dat soms toch af te lerenin feite leer je ze omgaan met hun eigen keuzes.”* (Th 2).

Er was veel twijfel over het effect van externe normen op de beweegmotivatie (N=6), aangezien de regie en normen bij de patiënt zelf liggen: *“Die normen, ja ze (Chronisch pijn patiënten) hebben graag dat wij aangeven van hoever kan ik gaan. Terwijl ze juist moeten leren om het zelf aan te geven.”* (Th 2). Telemedicine groepstoepassingen was voor de minderheid wenselijk (N=3). Echter, twee therapeuten noemden het voordeel dat er via een telemedicine groepstoepassing sociale druk kan ontstaan: *“Maar van vanuit je mede patiënten (via telemedicine) wordt het een sociale verplichting want er zit sociale druk achter dit kan ontstaan wanneer ze onderling afspraken maken”* (Th 5). Een voorbeeld van telemedicine was een agenda groepstoepassing (N=1).

3.2.2.10 Sociale vergelijking strategie: Samenwerken

De laatste groepsstrategie “Samenwerken” werd bewust ingezet door de therapeuten (N=7): *“Een open opdracht geven en dan laat je het ze zelf oplossen met elkaar. De meeste zijn er niet bewust van dat ze samen de lasten kunnen verdelen.”* (Th 1). Volgens alle therapeuten (N=7) maakte de patiënten ook gebruik van de strategie “Samenwerken”. De patiënten kunnen het elkaar makkelijker of moeilijker maken bijvoorbeeld bij spelvormen of het opruimen. Over de invloed van “Samenwerken” op de beweegmotivatie was de meerderheid positief (N=5). Het kan als middel dienen bij het leren grenzen aangeven, daarbij kan die het bewegen vergemakkelijken: *“(Bij het opruimen) een bank verplaatsen ... ‘zullen we het samen effe doen?’ en dan krijg dat je hoopt dat de gene die het niet kan gaat zeggen ‘Ik doe het niet.’* (Th 3). De meerderheid (N=5) vond het moeilijk om de mogelijkheden van “Samenwerken” bij telemedicine in te beelden. Desondanks werden twee mogelijkheden voor telemedicine genoemd: gaming (N=1) en gezamenlijke beweegdoelen op basis van stappentellers (N=2).

De volgende twee paragrafen geven de factoren weer die volgens de therapeuten bepalend zijn voor het succesvol inzetten van groepsstrategieën en hoe telemedicine groepstoepassingen te integreren zijn binnen het zorgproces.

3.2.3 Overzicht bepalende factoren voor succesvolle inzet groepsstrategieën

Behalve de hierboven beschreven voor- en nadelen van de groepsstrategieën, zijn er ook vier factoren benoemd door de therapeuten. Deze factoren zijn bepalend voor het succesvol inzetten van de groepsstrategieën tijdens de behandeling. Ten eerste werd door twee therapeuten impliciet de therapeutische methode genoemd die wordt toegepast tijdens de groepsbehandeling. Bijvoorbeeld “Mindfulness”: *“Ik doe heel veel oefeningen vanuit Mindfulness dat je kijkt naar jezelf. Als je er op die manier naar gaat kijken dan wordt het natuurlijk wel een beetje anders.”* (Th 4).

Dus doordat patiënten enkel naar zichzelf moeten kijken, is er geen ruimte voor de groepsstrategieën. Ten tweede, noemden drie therapeuten impliciet de groepscohesie binnen een groep omdat de uitwerking op het bewegen positief en negatief kan zijn: *“Het groepsproces wat zich dan gaat afspelen dat vind ik wel interessant. Dat kan ehhh. negatief uitwerken. Dat kan. Meestal werkt het positief.”* (Th 3). Als derde werd door vijf therapeuten impliciet het type groep als bepalende factor genoemd. Er werd het onderscheid gemaakt in groepen waar vrije in en uitstroom is gedurende de tijd (open groepen). Leden die langer in behandeling zijn kunnen dan ervaringen delen: *“Bij opengroepen zie je dat iemand die er al langer is zegt: ‘je kunt het ook sus of zo te bekijken’ en dan hoeft ik een tijdje niets te zeggen”* (Th 4). Dit in tegenstelling tot geslotengroepen die hun behandeling op hetzelfde moment starten en eindigen. Ten slotte is er expliciet gevraagd naar groepsstrategieën bij verschillende doelgroepen. Zes therapeuten noemden de diagnose: *“Ik denk wel dat het verschilt per groep die je voor je hebt zitten, whiplash, amputatie, longgroep en parkinsongroep. Ik denk dat je er wel andere strategieën voor zou gebruiken.”* (Th 1). Dit werd onderstreept door de overige therapeuten waarbij er over iedere sociaal psychologische theorie specifieke diagnosegroepen werden benoemd. De groepsstrategie “Modelling” (“Sociale leer”) werd geschikt geacht bij amputatiegroepen: *“Denk dat bij een amputatiegroep heel goed modelling kan doen, die vinden het prettig die zien andere mensen lopen, slaan dit op, die doen daar heel veel mee.”* (Th 1). De “Sociale steun” strategieën waren volgens twee therapeuten geschikt bij oncologie: *“Delen van de ervaringen ... zeker bij oncologie, daar gaat het ook heel vaak om.”* (Th 4). Ook bij longpatiënten kan “Sociale steun” van meerwaarde zijn. Één therapeut zei dat “Sociale steun” strategieën een sociale isolement tegen kan gaan. Ten slotte, over de “Sociale vergelijking” strategieën waren de therapeuten het meest uitgesproken. Met name over de “Normatieve invloed” en “Competitie”. Als voorbeeld: chronisch pijn patiënten moeten vaak leren meer te luisteren naar hun eigen lichaam en er is een groot risico op overdoseren. Dit is in mindere mate het geval bij longgroepen. Dit verklaart waarom twee therapeuten aangaven dat ze directiever en strakker zijn bij longpatiënten, ze geven ze handvaten: *“Je kunt wat directiever zijn bij longpatiënten, ze vragen dat ook vaak en en je geeft het dan ook. Bij chronisch pijn patiënten die vragen het vaak ook en die geef je het niet, dat is wel het verschil, denk ik.”* (Th 3).

3.2.4 Algemeen oordeel over telemedicine binnen beweeginterventies

De therapeuten waren zeer sceptisch over telemedicine binnen het zorgproces, vier therapeuten spraken de angst uit dat het ten koste gaat van de face-to-face behandelingen:

“Ik vind het heel eng dat het iets gaat vervangen wat ik nu heel belangrijk vind (persoonlijke face-to-face behandelingen)” (Th 4). Niettemin zagen zes therapeuten in de toekomst een combinatie van telemedicine en face-to-face beweegbehandelingen. De therapeuten zagen vooral een belangrijke rol weggelegd voor telemedicine na ontslag van de patiënt uit het revalidatiecentrum: *“Met name als je klaar bent met de therapie dan merk je gewoon dat het oefenen afneemt, dat is gewoon een gegeven”* (Th 3). Voorbeelden van genoemde telemedicine groepstoepassingen waren voornamelijk fora (N=4) en chat (N=3), zie Tabel 5.

Tabel 5: benoemden telemedicine groepstoepassingen door de therapeuten.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Forum (4x)• Chat (3x)• Gezamenlijk beweegdoel nastreven (2x)• Digitaal kaartje sturen (1x)• Complimenten knop (1x)• Succeservaringen beschrijven (1x)• Agenda functie om afspraken te maken (1x)• Gaming (1x) |
|--|

Om telemedicine systemen succesvol te implementeren binnen de reguliere behandeling, spraken twee therapeuten uit dat, dit alleen mogelijk is wanneer de techniek aansluit bij de revalidatiepraktijk: *“Maar ik denk ook wel dat het heel belangrijk is dat mensen die iets maken heel goed weten hoe het in de praktijk eraan toe gaat en die brug die is er nog niet en en dat dat vind ik wel heel belangrijk ... Het kan wel samen gaan, dan denk ik wel dat de techniek ook wel heel erg naar de mens toe moet gaan en ik merk nu wel dat wij, dat dat er totaal nog niet is.”* (Th 6).

3.3 Conclusie therapeuten-interviews

Er zijn interviews afgenomen bij zeven therapeuten om deelvraag 2 te beantwoorden: In hoeverre worden de strategieën uit het GMS-model door chronische patiënten momenteel toegepast binnen de reguliere face-to-face groepsbehandelingen en op welke wijze zijn deze groepsstrategieën volgens therapeuten te vertalen naar telemedicine groepstoepassingen om het bewegen te optimaliseren?

Er kan voorzichtig gesteld worden dat de strategieën uit het GMS-model compleet en toepasbaar zijn binnen revalidatiecentra waar er in beweeggroepen behandeld wordt. Buiten “Instrumentele steun” en “Normatieve invloed” waren de therapeuten positief over het gebruik van de groepsstrategieën door zowel de therapeuten als de patiënten.

Tevens meenden de therapeuten dat buiten “Normatieve invloed” alle groepsstrategieën een positieve invloed hadden op de beweegmotivatie. Ondanks de scepsis over telemedicine werden er door de therapeuten een aantal voorbeelden genoemd van online groepstoepassingen. Zoals, fora, gezamenlijk werken aan doelen, succes ervaringen beschrijven en een agenda toepassing.

Bovendien zien de therapeuten in de toekomst telemedicine en de reguliere face-to-face behandeling parallel lopen binnen een beweeginterventie. In de volgende paragrafen worden de belangrijkste bevindingen besproken.

3.3.1 Inzet van de strategieën uit GMS-model door therapeuten

De eerste belangrijke conclusie is dat de therapeuten van mening zijn dat het GMS-model volledig is. De therapeuten noemden geen aanvullende groepsstrategieën.

Naast dat het GMS-model volledig is worden de groepsstrategieën ook veelvuldig ingezet door de therapeuten tijdens de reguliere face-to-face behandeling, met uitzondering van “Normatieve invloed” en “Instrumentele steun”. Er wordt weinig gebruik gemaakt van “Normatieve invloed” omdat de verantwoordelijkheid door de therapeuten vooral bij de patiënt zelf gelegd wordt en zij zelf een balans moeten vinden ten aanzien van hun belasting en belastbaarheid. Er werd geen verklaring gegeven door de therapeuten waarom er weinig gebruik gemaakt wordt van “Instrumentele steun”.

Wat betreft de “Sociale steun strategieën en “Competitie” zijn de therapeuten meer uitgesproken. Allereerst, staan de therapeuten meer op de achtergrond bij de “Sociale steun” strategieën, zoals “Emotionele steun” en “Sociaal gezelschap”. Dat therapeuten meer op de achtergrond staan bij de “Sociale steun” strategieën kan verklaard worden doordat professionals niet over de ervaring en kennis beschikken die groepsleden wel hebben. Met als gevolg dat patiënten elkaar opzoeken (Riessman & Banks, 2001). Ten tweede, over de groepsstrategie “Competitie” waren de therapeuten meer uitgesproken dan bij de overige strategieën. “Competitie” wordt veelal als middel gebruikt door de therapeuten om de patiënten bewust te laten worden van de persoonlijke grens en niet zo zeer om het bewegen te stimuleren. Het gevaar van “Competitie” is dat patiënten zich gaan overbelasten.

3.3.2 Inzet van de strategieën uit GMS-model door patiënten

Niet alleen therapeuten maken gebruik van de groepsstrategieën tijdens de reguliere face-to-face behandeling. Volgens de therapeuten maakte de patiënten ook zelf hier gebruik van, met uitzondering van “Normatieve invloed” en “Instrumentele steun”.

Wanneer er afzonderlijk wordt gekeken naar de drie theorieën uit het GMS-model ten aanzien van het gebruik van de groepsstrategieën door patiënten, dan komen de volgende punten naar voren.

Wat betreft de “Sociale leer” strategieën hadden beiden groepsstrategieën een positief effect op de beweegmotivatie bij patiënten. De strategie “Modelling” wordt gebruikt door de patiënten om een stuk onzekerheid weg te nemen en het lokt uit tot bewegen. Eveneens lokte “Reinforcement” patiënten uit tot bewegen. Bij deze strategie passen de patiënten meer “oppervlakkige” feedback toe, bijvoorbeeld “goed gedaan!”. Met als gevolg dat “Reinforcement” sterk overeenkomt met “Sociale erkenning”.

Over de “Sociale steun” strategieën zijn de therapeuten positief, met uitzondering van “Instrumentele steun”. De therapeuten hebben minder zicht op “Instrumentele steun”, doordat dit veelal buiten de therapeutische context plaatsvindt. De therapeuten zijn van mening dat de overige “Sociale steun” strategieën, waaronder “Informatieve steun” en “Erkenning steun”, een drietal positieve uitwerkingen kunnen hebben wat betreft het bewegen en de groep. Allereerst kan het volgens de therapeuten beweegbarrières wegnemen bij patiënten doordat bijvoorbeeld emoties besproken worden via “Emotionele steun”. Ten tweede kunnen de “Sociale steun” strategieën bijdragen aan de groepscohesie en veiligheid onder meer door “Sociaal gezelschap”. Ten slotte kunnen patiënten met behulp van sociale steun” strategieën als “Informatieve steun” elkaar helpen en bijvoorbeeld via “Erkenning steun” elkaar stimuleren bij het bewegen.

Wat betreft de “Sociale vergelijking” strategieën laten de therapeuten alleen “Competitie” en “Samenwerken” toe tijdens de behandeling. “Normatieve invloed” wordt om de eerder genoemde reden niet toegestaan. Er is regelmatig sprake van “Competitie” tussen de patiënten. Echter, patiënten vergeten hierdoor vaak om aan hun eigen lichaam te denken. Ten slotte wordt er door patiënten veel samengewerkt. Bijvoorbeeld, bij spelvormen maken ze het elkaar bewust moeilijker of makkelijker.

3.3.3 Bepalende factoren voor succesvolle inzet groepsstrategieën

Willen patiënten en therapeuten werkelijk groepsstrategieën kunnen gebruiken binnen de reguliere face-to-face behandeling, dan moet er met een aantal bepalende factoren rekening gehouden worden. Er zal altijd groepscohesie aanwezig moeten zijn en er kan alleen gebruik gemaakt worden van de groepsstrategieën als de therapeutische methode het toelaat. Bijvoorbeeld, bij de methode “Mindfulness” is dit niet mogelijk omdat patiënten enkel naar zichzelf moeten kijken.

Daarnaast is het afhankelijk van het type groep of groepsstrategieën gefaciliteerd worden, vrije instroom (Opengroep) of dat het startpunt en ontslag gelijk is bij alle groepsleden (Geslotengroep). Als voorbeeld: binnen opengroepen kunnen patiënten beter gebruik maken van “Modelling”, doordat er patiënten kunnen zijn met meer ervaring t.a.v. de oefenstof. Ten slotte zijn therapeuten van mening dat niet alle strategieën geschikt zijn voor alle diagnosegroepen. Neem de “Sociale steun” strategieën, deze worden als belangrijk gezien voor oncologie patiënten omdat zij elkaar veel kunnen steunen deze ingrijpende ervaring. Voor de doelgroep kunnen strategieën als “Emotionele steun” en “Informatieve steun” erg waardevol zijn. Wat betreft de “Sociale vergelijking” strategieën raden de therapeuten juist af om “Normatieve invloed” en “Competitie” in te zetten bij chronisch pijn patiënten. Een verklaring hiervoor is dat chronisch pijn patiënten moeten leren om hun belasting (alle activiteiten en/of taken die iemand wenst of behoort te verrichten) af te stemmen op de belastbaarheid van het lichaam (Bekkering et al., 2005).

3.3.4 Oordeel therapeuten over telemedicine binnen beweeginterventies

Over de inzet van de groepsstrategieën binnen de reguliere face-to-face behandeling zijn de therapeuten positiever, dan over de inzet binnen telemedicine. De therapeuten vinden het alleen wenselijk dat de groepsstrategieën “Sociaal gezelschap”, “Informatieve steun” en “Instrumentele steun” geïntegreerd worden in een telemedicine groepstoepassing. Overigens vonden de therapeuten het moeilijk om mee te denken bij het type telemedicine groepstoepassingen, wat mogelijk komt doordat ze onvoldoende kennis hebben over de mogelijkheden van ICT en technologie (Meijerink, et al., 2010). Toch zagen een aantal therapeuten een forum als geschikt om “Informatieve steun” en “Instrumentele steun” te faciliteren en een chat functie voor “Sociaal gezelschap”. Er werden nog meer groepstoepassingen genoemd, waaronder het gezamenlijk werken aan een doel, succes ervaringen beschrijven en een agenda toepassing.

Wat opvalt is dat er veel scepsis is ten aanzien van telemedicine onder de therapeuten. Deze scepsis onder de therapeuten kan ontstaan uit een angst om face-to-face contact te verliezen (Meijerink, et al., 2010). Desondanks zien zij toch telemedicine systemen in de toekomst als onderdeel van een beweeginterventie. De therapeuten zijn vooral van mening dat er een belangrijke rol is weggelegd voor telemedicine na ontslag van de patiënt, zodat patiënten nog in contact kunnen blijven met elkaar, bijvoorbeeld via een forum.

Een telemedicine groepstoepassing werd hierbij gezien als een klein onderdeel van een grotere interventies met meerdere individualistische toepassingen zoals persoonlijke doelen en individueel trainingsprogramma. Bij de ontwikkeling van een telemedicine groepstoepassing zal er onder andere rekening gehouden moeten worden met de groepscohesie.

Deze cohesie binnen een online groep kan onder andere beïnvloed worden door de volgende drie factoren: gezamenlijke taken & afhankelijkheid door een groepsdoel, overeenkomsten onder de groepsleden zoals leeftijd en diagnose en de mogelijkheid tot goede communicatie (Ren, et al., 2007).

Kortom, de therapeuten zijn zeer positief over de inzet van groepsstrategieën binnen de reguliere face-to-face groepsbehandeling. Echter er is veel scepsis onder de therapeuten over de inzet van telemedicine systemen of groepstoepassingen. Desondanks zien ze in de toekomst telemedicine (groepstoepassingen) in combinatie met de reguliere behandeling binnen beweeginterventies.

4 Interviews Patiënten

Het derde deelonderzoek bestond ook uit semi-gestructureerde interviews, ditmaal afgenomen bij patiënten. Met deze interviews is onderzocht welke behoeften en wensen patiënten hebben ten aanzien van het gebruik van de strategieën uit het GMS-model, zowel tijdens de reguliere face-to-face groepsbehandelingen als bij de integratie binnen telemedicine groepstoepassingen om de beweegmotivatie te optimaliseren.

4.1 Methode patiënten-interviews

4.1.1 Participanten en procedure

De interviews zijn afgenomen bij patiënten van revalidatiecentrum “Het Roessingh” in Enschede. Na toestemming van het managementteam zijn patiënten geïncludeerd die voldeden aan de volgende drie criteria: (1) Nederlands sprekend, (2) patiënt heeft ervaring met groepsbehandeling gericht op het bewegen, (3) de patiënt is bekend met een chronische aandoening. Na afloop van een groepsbehandeling op “Het Roessingh” zijn de patiënten face-to-face benaderd. De patiënten die interesse hadden en voldeden aan de drie criteria kregen een patiënt-brief. In deze brief stond een toelichting van het onderzoek en de procedures. De patiënten hadden de vrijheid om direct wel of niet in te stemmen met deelneming. Echter, alle patiënten gaven direct uitsluitend over eventuele deelname. Alle geïncludeerde patiënten zijn gevraagd verbaal en schriftelijk toestemming te geven voor het interview. De participanten is schriftelijk toestemming gevraagd door het ondertekenen van een “Informed consent”. Alle interviews zijn afgenomen op “Roessingh Research and Development” (RRD), direct voor, na of tussen het behandelprogramma op “Het Roessingh”.

4.1.2 Interviewschema

De semi-gestructureerde interviews zijn allen uitgevoerd door JB en duurden 45 tot 60 minuten. Er is gewerkt met het interviewprotocol uit bijlage 3. Dit protocol bestaat uit vijf delen. Allereerst, een open deel om te onderzoeken hoe patiënten kijken naar de reguliere face-to-face groepsbehandelingen. Ten tweede, een gestructureerd deel om het gebruik te achterhalen van de tien strategieën uit het GMS-model. Bij iedere groepsstrategie is er doorgevraagd aan de hand van een drietal vragen, zie Tabel 6. Met behulp van een checklist in de vragenlijst is gewaarborgd dat alle tien de groepsstrategieën volledig zijn uitgevraagd.

Tabel 6: vragen psychosociale strategieën uit patiënten-interview (bijlage 3).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Past u deze strategie toe tijdens de groepsbehandeling?2. Is deze strategie wenselijk voor u?3. Heeft u het idee dat het invloed heeft op uw beweegmotivatie? |
|--|

Ten derde, is er aan de participerende patiënten een filmpje getoond en een demo gegeven om de mogelijkheden van telemedicine systemen inzichtelijk te maken. In het filmpje werd de zelfmanagement website van het “CLEAR-project” toegelicht.

Op deze website kunnen patiënten met behulp van oefenschema's en voorbeeld filmpjes partieel thuis revalideren. Daarnaast is er door de onderzoeker een demonstratie gegeven van een PDA met een monitoringsysteem. Dit systeem geeft feedback-berichten op basis van bewegingsdata van een accelerometer om de beweegintensiteit te optimaliseren. Na de demonstratie is er open gevraagd naar de eventuele toepassing van de groepsstrategieën binnen telemedicine groepstoepassingen. Als vierde, is er gevraagd naar de eventuele rol van telemedicine binnen een beweginginterventie. Omdat de therapeuten te kennen gaven dat het moeilijk was om mee te denken over telemedicine groepstoepassingen, is er bij de patiënten gekozen om mock-ups te tonen. Mock-ups zijn (interactieve) prototype(s) van een website en zijn geschikt om in de beginfase te gebruiken bij het ontwikkelen van websites (Maguire, 2001). Op basis van de literatuur en therapeuten-interviews zijn er vijf mock-ups met groepstoepassingen ontwikkeld. Deze groepstoepassingen zijn geanalyseerd door JB en KC t.a.v. de groepsstrategieën die een groepstoepassing faciliteert. Op deze wijze wordt gegarandeerd dat alle 10 de strategieën van het GMS-model één of meerdere malen gefaciliteerd worden door een groepstoepassing, zie Tabel 7:

- Mock-up 1 met persoonlijke gegevens. Deze was enkel om de patiënten een eerste indruk te geven van de mogelijkheden t.a.v. mock-ups en telemedicine.
- Mock-up 2 met een groepstoepassing om afspraken te maken. De "Afspraken/agenda" toepassing maakt het mogelijk dat patiënten onderling via tekstberichten afspraken maken in combinatie met een agenda. De groepstoepassing is volgens de onderzoekers geschikt voor "Modelling", "Normatieve invloed" en "Samenwerken".

Tabel 7: groepsstrategieën die gefaciliteerd worden door een telemedicine groepstoepassing

Groepstoepassing	Beïnvloedbare groepsstrategieën
Groepsdoel	<ul style="list-style-type: none"> • Modelling • Competitie • Normatieve invloed • Samenwerken
Afspraken/agenda toepassing	<ul style="list-style-type: none"> • Modelling • Normatieve invloed • Samenwerken
Forum	<ul style="list-style-type: none"> • Modelling • Reinforcement • Sociaal gezelschap • Erkenning steun • Informatieve steun • Instrumentele steun
Complimenten knop	<ul style="list-style-type: none"> • Reinforcement • Erkenning steun • Normatieve invloed
Privé-webcam	<ul style="list-style-type: none"> • Modelling • Emotionele steun • Sociaal gezelschap • Samenwerken • Informatieve steun • Erkenning steun • Instrumentele steun

- Gebruikers kunnen via deze groepstoepassing (vooraf) leren van de beweegnormen van lotgenoten en eventueel samenwerken. De tweede groepstoepassing binnen deze mock-up is de “Complimenten knop”. Deze kunnen patiënten gebruiken wanneer ze iets positief vinden bij een ander. In de vorm van de complimenten kunnen gebruikers elkaar stimuleren, belonen en normen aangeven. Het is dan ook geschikt voor het geven van “Reinforcement”, “Erkenning steun” en “Normatieve invloed”.
- Mock-up 3 met een forum, waar patiënten via tekstberichten kunnen communiceren met (een deel van) een online gemeenschap. Deze groepstoepassing is vooral geschikt voor de “Sociale leer” en “Sociale steun” strategieën, met uitzondering van “Emotionele steun”. Het is geschikt voor deze groepsstrategieën omdat een forum het mogelijk maakt voor gebruikers om onderling ervaringen te delen en hier eventueel feedback op te geven. Echter, “Emotionele steun” wordt niet gefaciliteerd vanwege de beperkte privacy.
- Mock-up 4 met een webcam. Via de webcam kunnen twee mensen onderling privé communiceren. Deze groepstoepassing is geschikt voor “Modelling” en “Samenwerken”, omdat patiënten onderling oefeningen voor kunnen doen. Bovendien is het geschikt voor alle “Sociale steun” strategieën omdat patiënten onderling persoonlijk met elkaar kunnen communiceren.
- Ten slotte Mock-up 5, deze bestond uit een groepstoepassing om de beweegresultaten met elkaar te vergelijken en gezamenlijk te werken aan een groepsdoel. Er kon via een website een persoonlijkdoel en een “Groepsdoel” gemonitord worden, op basis van het uploaden van accelerometer beweegdata. Deze groepstoepassing is volgens de onderzoekers geschikt voor “Modelling”, “Erkenning steun” en alle “Sociale vergelijking” strategieën. Immers een “Groepsdoel” maakt het mogelijk dat gebruikers zich (vooraf) met elkaar kunnen vergelijken, waardoor er bijvoorbeeld een “Competitie” kan ontstaan of een samenwerking.

De vijf mock-ups staan in bijlage 4. Het interview is vooraf twee maal getest en herzien bij “gezonde personen”. De ontwikkeling vond plaats onder supervisie van KC en SD, om de kwaliteit te waarborgen.

4.1.3 Data-analyse

De interviews zijn opgenomen op MP3, met mondelinge en schriftelijke toestemming van de geïnterviewden. Direct na afloop zijn de interviews volledig uitgetypt door JB met behulp van Express Scribe 5.01.

Net als bij de therapeuten-interviews is er bij de data-analyse gebruik gemaakt van een kwalitatieve inhoudsanalyse (Patton, 1990). Bij de vijf onderdelen van het interview is er op een verschillende wijze te werk gegaan. Bij het tweede onderdeel over de groepsstrategieën en het vierde onderdeel over groepsstrategieën binnen telemedicine vormde het GMS-model het kader. Binnen dit kader heeft er inductieve analyse plaatsgevonden.

Per groepsstrategie is onderzocht welke thema's belangrijk waren voor de patiënten. Bij de overige drie onderdelen heeft er een inductieve analyse plaatsgevonden zonder kader. Deze data zijn geanalyseerd door JB, onder supervisie van KC en SD.

4.2 Resultaten patiënten-interviews

4.2.1 Beschrijving onderzoeksgroep

In totaal zijn er 19 patiënten op revalidatiecentrum “Het Roessingh” benaderd, waarvan er tien deelgenomen hebben aan het onderzoek. Er waren vier redenen waarom patiënten niet deelnamen aan het onderzoek: (1) twee keer was de patiënt bereid maar kon deze niet op de beschikbare tijden; (2) drie patiënten hadden geen interesse; (3) twee hadden een therapie gerelateerde reden als “leren nee zeggen” of “het is te vermoeiend in combinatie met therapie”; (4) ten slotte hadden twee patiënten toegezegd, maar die zijn niet op komen dagen.

Wat betreft de kenmerken van de deelnemers, het meerdendeel was vrouw (N=9). Negen van de patiënten hadden een pijn gerelateerde aandoening. Bij zes patiënten was de door de arts gestelde diagnose whiplash, bij één patiënt poli-artrose. Tevens was er drie keer sprake van een vorm van chronische pijn: chronisch pijn aan gewrichten (N=1), chronisch pijn ontstaan vanuit ziekte van Lyme (N=1) en chronisch lage rugpijn (N=1). De patiënten maakten veelal dagelijks gebruik van de computer (N=9) en in een enkel geval wekelijks. Er waren drie patiënten die al ervaring hadden met telemedicine programma's op “Het Roessingh”: één met een thustrain website (CLEAR-project) en twee met het monitoren via een PDA van de mentale gesteldheid (ACT-project). Alle patiënten hadden positieve ervaringen met face-to-face groepsbehandelingen met als doel het bewegen te optimaliseren (N=10). Ze waren positief omdat het stimulerend werkt voor het bewegen (N=9) en het prettig is dat groepsgenoten elkaar goed begrijpen (N=4). Uit de resultaten kwamen geen verschillen naar voren tussen diagnosegroepen, danwel de overige patiënt kenmerken.

4.2.2 Meningen van patiënten over groepsstrategieën binnen de reguliere behandeling en telemedicine

De patiënten is gevraagd naar de behoeften, wensen en invloed van de groepsstrategieën ten aanzien van face-to-face groepsbehandelingen en telemedicine.

Uit de reacties bleek dat de patiënten over telemedicine aanzienlijk minder positief waren dan over de reguliere face-to-face behandeling. Een verklaring hiervoor was: *“Ik heb toch liever de mensen echt voor me dan via zo’n computerscherm.”* (P 6). In het vervolg worden de meningen van de patiënten over de groepsstrategieën binnen de behandeling en telemedicine per strategie toegelicht.

4.2.2.1 Sociale leer strategie: Modelling

Van de tien patiënten gebruikte er zeven “Modelling” tijdens de face-to-face groepsbehandelingen op “Het Roessingh”. Deze patiënten gaven aan dat het vooraf kijken naar anderen onder meer kan bijdragen aan het reduceren van onzekerheid. Ze zeggen minder terughoudend te zijn in het bewegen en stellen dat ze hierdoor hun oefeningen beter uitvoeren: *“Steps met de fitness, eerder kon ik dat nooit want ... mijn voeten hielden het niet helemaal bij. Nu heb ik het een paar keer gezien van een ander en moet het eigenlijk heel relaxed .. (heb) het zelf toegepast ... het werkt en ik vind het nu ook nog eens leuk om te doen!”* (P 3). De meerderheid vond het vooraf kijken naar anderen wenselijk (N=7). Redenen die twee patiënten gaven waren: het kan stimulerend werken en een situatie kan beter vooraf ingeschat worden. Volgens deze zeven patiënten had “Modelling” invloed op de beweegmotivatie. Verklaringen hiervoor waren dat ze er beter en meer door gaan bewegen. Tevens kan het een beweegdrempel wegnemen doordat het stimuleert: *“Vaak heb je zoiets van ... het doet pijn ... geen energie laat maar. Maar, het nodigt wel uit als anderen bewegen om zelf te gaan bewegen. Dan kom je weer in die stimulatie die ik net (noemde)”* (P 4). De drie patiënten die het niet wenselijk vonden zeiden dit bijvoorbeeld omdat ze zelf de controle willen behouden (N=1). Mede daarom had het volgens deze drie patiënten dan ook geen invloed op de beweegmotivatie.

Wat betreft “Modelling” binnen telemedicine zegt de helft (N=5) hier behoefte aan te hebben. Twee van de voorstanders gaven aan dat het ze kan helpen bij het bewegen en dat het hun beweegangst kan wegnemen. Voorbeelden van telemedicine groepstoepassingen waren een digitaal succesverhaal en filmpjes van een ander. Daarentegen vonden de tegenstanders (N=5) het bijvoorbeeld niet wenselijk om naar anderen te kijken bij het bewegen: *“Nee, nee het gaat om mij!”* (P 4).

4.2.2.2 *Sociale leer strategie: Reinforcement*

De tweede strategie werd door acht patiënten herkend, vooral in de vorm van complimenten als “Goed gedaan!” (N=7) maar ook feedback (N=5):

“Ik trek heel snel de schouders omhoog, maar dat doen er heel veel bij ons en dat je elkaar er dan op attendeert ... bijvoorbeeld ‘rechttop zitten!’, ‘rechttop lopen!’” (P 7). Het merendeel van de patiënten vond “Reinforcement” wenselijk. Een reden hiervoor was dat patiënten kunnen leren van andere patiënten, waardoor een oefening beter wordt uitgevoerd (N=5). Patiënten hebben toch andere ervaringen dan de therapeuten: *“Je hebt wel de begeleiders, die weten toch wel heel veel; maar ... een patiënt ervaart het toch anders dan een begeleider.”* (P 1). Een verklaring waarom het niet wenselijk was volgens één patiënt, is dat je het voor jezelf doet en wat anderen zeggen en doen niet van belang is. Volgens zeven patiënten had “Reinforcement” invloed op de beweegmotivatie. De patiënten passen het beweegpatroon aan op basis van “Reinforcement” waardoor dit beter gaat: *“Als ik op dat moment er niet op let dat ik mijn schouders omhoog heb, en iemand zegt dat tegen mij, is dat gelijk anders.”* (P 7).

Binnen een telemedicine systeem had een minderheid behoefte aan “Reinforcement” (N=4). Er werd onder meer gezegd dat feedback geven al gebeurd via Facebook: *“Wordt eigenlijk nu al gedaan, via die site Facebook, zou dan eerder doen via Facebook omdat je daar vaker op kijkt.”* (P 5). Mogelijke groepstoepassingen waren eigen filmpjes of een groepstoepassing waar je je mening kan geven. De overige zes patiënten hadden geen behoefte aan “Reinforcement” binnen een telemedicine groepstoepassing. Deze patiënten hebben liever van een professional feedback (N=2) of stellen dat de computer als feedback-medium drempel verhogend werkt (N=1).

4.2.2.3 *Sociale steun strategie: Emotionele steun*

De derde strategie “Emotionele steun” werd op één na door alle patiënten toegepast binnen de reguliere face-to-face behandeling (N=9). Deze negen patiënten hadden allen wel eens een terugslag en zochten elkaar dan binnen de groep op. Patiënten begrijpen elkaar: *“(Je kunt het thuis wel doen maar de mensen hier maken ... hetzelfde mee ... hoef maar één zin te zeggen en dan weten ze waar het over gaat.”* (P 9). Negen patiënten vonden “Emotionele steun” wenselijk. Het kan onder andere bewegangst wegnemen (N=2) en het geeft een goed gevoel (N=2). Volgens acht patiënten beïnvloedde het de beweegmotivatie. De “Emotionele steun” kan er aan bijdragen dat patiënten minder snel afzeggen of opgeven. Tevens kan het erg opluchten: *“Het lukt wel op natuurlijk het is er dan natuurlijk wel uit ... dat je dan met iemand hebt geklets, ja dat bevordert de therapie wel.”* (P 5).

De behoefte aan “Emotionele steun” via telemedicine was laag (N=3). Patiënten gebruiken hier liever de telefoon of e-mail voor. Twee patiënten zeiden dat het moeilijker is om “Emotionele steun” te geven via een website: *“Denk dat het via de website veel moeilijker ligt, om het allemaal op papier te zetten en je ziet elkaar ook niet, dus ik denk dat het heel moeilijk is. Voor je therapie zou het heel goed zijn, maar ik zie het niet via een website gebeuren.”* (P 1). Twee voorstanders van een “Emotionele steun” groepstoepassing zouden het meer als middel gebruiken om te zien dat iemand het emotioneel moeilijk heeft: *“Om het te herkennen dat iemand het zegmaar moeilijk heeft. Ik denk dat ik vervolgens mijn telefoon zou pakken om te bellen.”* (P 4). De groepstoepassingen die door de voorstanders werden genoemd waren een webcam (N=1) en tekstberichten (N=1).

4.2.2.4 Sociale steun strategie: Sociaal gezelschap

Alle patiënten herkenden de vierde strategie “Sociaal gezelschap” en vonden het wenselijk (N=10). Dit komt mede doordat patiënten de hele dag met elkaar optrekken binnen “Het Roessingh”. De band die ze onderling hebben speelt een belangrijke rol, onder andere omdat die het verblijf op “Het Roessingh” aangenamer kan maken: *“Ja zijn gewoon heel gezellig met elkaar als dat er niet was geweest dan ga je met een veel hogere drempel naar je revalidatie dan nu. Ik denk niet dat veel mensen kunnen zeggen: ‘goh ik zou wel langer door willen.’”* (P 7). “Sociaal gezelschap” kan een bijdrage leveren aan een sterkere band (cohesie) tussen de groepsleden (N=3). Daarnaast noemde een patiënt dat het ook prettig is voor mensen die thuis geen sociaal netwerk hebben: *“Ja de één heeft wel een familie om ergens op terug te vallen en de ander niet, en ja dan wissel je toch wel e-mailadressen uit en telefoon nummers zodat je elkaar toch nog kan bereiken, ja die band ontstaat er wel.”* (P 1). De meerderheid is ook positief over het effect op de beweegmotivatie, veelal indirect (N=8). Één patiënt gaf aan dat “Sociaal gezelschap” een ‘zwaar’ gevoel in het hoofd kan wegnemen: *“Als ik heel zwaar, zwaar in mijn hoofd zit zegmaar, zo noem ik het altijd maar dan ben ik minder gemotiveerd.”* (P 10).

De meerderheid van de patiënten had geen behoefte aan “Sociaal gezelschap” binnen telemedicine (N=8). De meest genoemde verklaring hiervoor was dat het onpersoonlijk en afstandelijk is: *“Ja, nee, dat echt niet. Weet je, ik vind het altijd een beetje een afstandelijk iets. Ik vind het gezelliger om met een groep bij elkaar te zitten, dat geeft voor mij meer sociale emotionele en andere dingen.”* (P 2). Toch werd er door één voorstander een webcam en chatprogramma als mogelijke groepstoepassing benoemd.

4.2.2.5 Sociale steun strategie: Erkenning steun

De vijfde strategie “Erkenning steun” gebruikten alle patiënten (N=10). Er worden veel complimenten gegeven op uiteenlopende wijzen. Één patiënt gaf lachend aan: “*Ja wordt gewoon gezegd of geklapt of gelachen!*” (P 9).

Ondanks dat de patiënten het allemaal gebruiken, vonden slechts zes patiënten het wenselijk. Drie patiënten gaven aan dat het stimulerend werkt en het prettig is om complimenten te krijgen. Daarentegen geven twee andere patiënten aan dat het niet wenselijk is omdat het om jezelf gaat. Er was één patiënt die aangaf dat het moeilijk is om met complimenten om te gaan: “*(Krijgen van complimenten) vind ik heel moeilijk ... dus ik kap dat meestal heel snel weer af.*” (P 6). De zes patiënten die “Erkenning steun” wenselijk vonden, gaven ook aan dat complimenten krijgen invloed heeft op de beweegmotivatie. Het kan stimulerend werken waardoor ze beter hun best doen (N=5): “*Krijg er zelf een stimulans van dat je jezelf een beetje zekerder gaat voelen over je bewegingen.*” (P 5).

“Erkenning steun” is de eerste strategie waar de meerderheid van de patiënten behoeften aan had binnen telemedicine (N=6). Een genoemde voorwaarde was wel dat duidelijk is wat iemand heeft gedaan: “*Maar dan moet je eerst weten wat ze gedaan hebben, anders zou je niet een complimentje kunnen geven.*” (P 1).

4.2.2.6 Sociale steun strategie: Informatieve steun

Wat betreft de zesde strategie “Informatieve steun”, acht patiënten maken gebruik van deze strategie. Een voorbeeld: “*De kaak spier masseren omdat daar stress kan zitten (helpt tegen hoofdpijn) en een ander gaf toen aan dat ze veel hoofdpijn had en toen heeft ze dat ook geprobeerd op mijn advies*” (P 7). Deze steun werd als zeer wenselijk gezien (N=9). Vooral omdat andere patiënten er mee geholpen kunnen worden en omdat patiënten van elkaar kunnen leren (N=3). Als het advies goed is, vinden zeven patiënten dat het invloed heeft op de beweegmotivatie. Een benoemd voordeel was: “*Je weet waar je aan toe bent, dat je je daar mentaal op voor kan bereiden*” (P 5).

Net als bij “Erkenning steun” had de meerderheid behoefte aan “Informatieve steun” binnen telemedicine (N=7). Één patiënt maakte nu al gebruik van het internet voor “Informatieve steun”: “*Als je bepaalde klachten (hebt) of met bepaalde dingen zit, ja dan ga je toch automatisch even zoeken op het web naar bepaalde (lotgenoten) ervaringsites*” (P 2). Voorbeelden die de patiënten noemden waren: tekstberichten om ervaringen te delen via een forum (N=2).

4.2.2.7 Sociale steun strategie: Instrumentele steun

De zevende strategie “Instrumentele steun” werd door zeven patiënten herkend binnen de reguliere behandeling. Niet alle patiënten hebben ervaring met het uitwisselen van materialen (N=3), ondanks dat ze hier wel voor open staan: *“Nog niet zelf meegemaakt... als ik op zoek ben naar iets dan heb ik wel het idee dat ze betrokken zijn en hun best zullen doen om mij ook te helpen”* (P 10). “Instrumentele steun” werd meer toegepast voor het uitwisselen en introduceren bij sportverenigingen (N=4). Daarnaast gebruikte vooral whiplash patiënten “Instrumentele steun” voor het uitwisselen en introduceren bij verzekeringen en: *“Advocaten bijvoorbeeld, dat speelt wel eens een rol. Een therapeut die hier heeft gewerkt die ken ik dan, ik zit er voor me nek, heb ik ook wel eens gezegd: ‘moet je eens meegaan’ dus dat gebeurt wel.”* (P 8). Zeven patiënten maakten zelf gebruik van “Instrumentele steun” en acht vonden het zelfs wenselijk binnen de behandeling. Met deze steun kunnen bijvoorbeeld andere patiënten geholpen worden (N=2) en het kan een bijdrage leveren het maken van keuzes (N=1). Echter, de helft (N=5) vond dat het geen directe invloed had: *“Dat je dingen kunt gebruiken (van anderen), nee het verandert niet het bewegen.”* (P 2).

Wat betreft telemedicine was er de meeste behoefte aan “Instrumentele steun” (N=8). Patiënten kunnen elkaar op deze wijze helpen: *“Ik bedoel van het zou wel heel handig zijn dat je elkaar kan helpen, dat je desnoods iets kan overnemen.”* (P 1). Bijvoorbeeld via een forum (N=3) of internet links van verenigingen waar iemand zijn persoonlijke ervaring bij kan zetten (N=1).

4.2.2.8 Sociale vergelijking strategie: Competitie

De meerderheid van de patiënten maakte veel gebruik van de achtste strategie “Competitie” (N=7). Het ontstaat vaak uit een stuk gedrevenheid en fanatisme. Één patiënt gaf aan dat competitie soms belangrijker is dan de pijn: *“Ook al heb je pijnklachten, soms is de pijngrens vervelend maar dan is het wel heel leuk dat je toch gewonnen hebt. Dat winnen geeft meer voldoening dan die pijn.”* (P 2). De zes patiënten die het wenselijk vonden gaven aan dat het voor plezier kan zorgen. Daarentegen zeiden de patiënten die het niet wenselijk vonden dat “Competitie” niet het hoofddoel is. Toch zeggen negen patiënten dat het invloed heeft op hun beweegmotivatie. Je kunt er fanatieker van worden, wat niet altijd positief is: *“Nou eigenlijk meer dat je jezelf vergeet, dat je minder op je houding let ... Nee dat is niet goed voor mij en voor anderen net zo goed niet”* (P 3).

Ten aanzien van telemedicine had de minderheid van de patiënten hier behoefte aan (N=4).

Het werd als stimulerend gezien wanneer je via tekstberichten je loop afstanden en tijden met elkaar kan vergelijken (N=4). Desondanks noemden tegenstanders van “Competitie” (N=6) dat het geen wedstrijd is en het ten koste gaat van de kwaliteit:

“Als je de oefeningen doet, doe je het dan goed? Als je het niet goed doet dan. Ja dan heb je zo een blessure, dan zeg ik van ‘nee’, dan hoef ik geen wedstrijd.” (P 1).

4.2.2.9 Sociale vergelijking strategie: Normatieve invloed

In tegenstelling tot de eerder genoemde strategieën gebruikte geen enkele patiënt de negende strategie “Normatieve invloed”. Genoemde verklaringen waren dat men er niet voor open stond en dat therapeuten dit niet toe lieten tijdens de behandeling. Desondanks vond de helft (N=5) van de patiënten het wenselijk. Één patiënt noemde dat het samen normen stellen het bewegen gezelliger en leuker maakt. Een andere patiënt noemde een andere reden: *“In het begin wel, ja dan ben je toch wat onzeker over wat dingetjes en als je dan afspraken met elkaar maakt dan heb je toch wat houvast”* (P 5). Maar tegenstanders van “Normatieve invloed” (N=5) vonden het niet wenselijk omdat je het bewegen zelfstandig moet leren en kunnen. De meerderheid vond dan ook dat het geen invloed heeft op de beweegmotivatie (N=6). Een patiënt noemde bijvoorbeeld dat je op jezelf moet letten (N=1). Tevens noemde een patiënt dat het voor een rotgevoel kan zorgen: *“Als ik die afspraken wel zou maken, ja dat beïnvloedt, want dan gaat het volgens mij geforseerd en alles wat je met een rotgevoel doet, doe je vaak dan uiteindelijk voor je lichaam ook verkeerd”* (P 9).

Normatieve invloed was de vierde strategie waar een meerderheid behoefte aan had binnen telemedicine (N=6). Het kan bijvoorbeeld motiverend werken en het bewegen leuker maken: *“Dat je voorstelt, wie er dan met je mee wil dat is wel leuk”* (P 5). Volgens de patiënten kon dit bijvoorbeeld via tekstberichten of een groepstoepassing waar afspraken gemaakt kunnen worden.

4.2.2.10 Sociale vergelijking strategie: Samenwerken

De laatste strategie “Samenwerken” werd door de meerderheid toegepast binnen de reguliere behandeling (N=8). Er wordt veel samengewerkt, onder meer bij taken die ze niet alleen kunnen. Patiënten weten precies welke taken moeilijk zijn voor een ander: *“Gebeurt hier gewoon heel veel. Dan kun je wel denken pak het wel even snel (wanneer het niet goed voor je is) maar dan staat er al iemand bij van de groep om te helpen.”* (P 9). Deze acht patiënten vinden het ook wenselijk. Bijvoorbeeld doordat het zorgt voor saamhorigheid binnen de groep. Je leert zo je grenzen aangeven:

“Dingen die je niet kunt dat doe je toch samen. En dat leer je hier, want als je het niet samen doet kom je jezelf weer tegen... het is niet alleen belangrijk binnen de therapie maar ik denk dat het in je hele leven überhaupt heel erg belangrijk is. Je gaat je eigen grenzen aangeven” (P 1). Het leren om grenzen aan te geven heeft volgens de meerderheid van de patiënten invloed op de beweegmotivatie (N=7). Het werkt vooral motiverend als patiënten ervaren dat ze dan later op de dag meer kunnen (N=3).

De helft (N=5) had behoefte aan “Samenwerken” binnen telemedicine omdat het ondersteunend kan werken. Er werd één toepassing als voorbeeld genoemd, gezamenlijk inloggen op een site en oefeningen doen. Een andere patiënt vond “Samenwerken” echter lastig voor te stellen binnen telemedicine: *“Lastig om samen te werken via een website, ja dan vind ik dat je het echt persoonlijk moet overleggen, denk niet dat dat zou werken (via telemedicine)”* (P 7).

4.2.3 Integratie van groepstoepassingen binnen telemedicine

Er waren drie factoren die invloed hebben op de intentie van patiënten om van telemedicine groepstoepassingen gebruik te maken. Ten eerste vonden vijf patiënten het wenselijk dat ze de mensen met wie ze online communiceren persoonlijk kennen. Bijvoorbeeld omdat het anders: *“Te onpersoonlijk is, omdat je de persoon niet kent. Dus ik denk dat het daar veel minder gebeurt (het communiceren), je doet alles alleen op een website”* (P 1). Dit persoonlijk kennen sluit aan op de tweede factor: de behoefte aan privacy onder patiënten. Patiënten is expliciet gevraagd hoe zij denken over de privacy. Alle patiënten vonden dat ze zelf moeten kunnen bepalen voor wie tekstberichten zichtbaar zijn (N=10). Aan de volgende drie keuzemogelijkheden hadden patiënten vooral behoefte: “één-op-één contact” (N=8), “alleen zichtbaar voor de eigen groep” (N=8) en “zichtbaar voor de hele online gemeenschap” (N=6). Tevens noemde een patiënt de behoefte aan een keuze optie om een professional te selecteren: *“Misschien nog voor de therapeut ik weet niet, dat je toch wat persoonlijkere vragen kan stellen en die daar dan een reactie op kan geven, maar je wilt natuurlijk niet dat iedereen dat altijd maar weet.”* (P 10). Ten derde wilden acht patiënten dat professionals actief zijn binnen de groepstoepassingen. Maar het mocht niet ten koste gaan van de privacy: *“Niet overal ... gedeeltes wel en sommige gedeeltes niet, maar persoonlijke berichten, dat is privé en dat je gaat niet voor niets privé op zo'n moment.”* (P 9).

4.2.4 Meningen patiënten over de 5 voorgelegde groepstoepassingen

De patiënten is gevraagd naar hun meningen over vijf telemedicine groepstoepassingen, wat betreft wenselijkheid van een groepstoepassing en de eventuele voor en nadelen, zie Tabel 8.

Tabel 8: de wenselijkheid van telemedicine groepstoepassingen met de voor en nadelen volgens patiënten

Legenda:

++) zeer wenselijk; +) wenselijk; +/-) wisselend; -) niet wenselijk; --) zeer niet gewenst.

Niet cursief) Is expliciet naar gevraagd via mock-ups

Cursief gedrukte) is door patiënten zelf genoemd

Groepstoepassing	Toelichting	Wenselijk	Voordelen volgens patiënt	Nadelen volgens patiënt
Groepsdoel (N=9)	Via een website of PDA kunnen patiënten een persoonlijkdoel en/of een "Groepsdoel" monitoren op basis van het uploaden van accelerometer bewegdata.	++	<ul style="list-style-type: none"> • Kan elkaar motiveren (7x) • Je kan elkaar helpen (4x) • Leuk de interactie (1x) • Doel geeft richting aan bewegen (1x) • Kan je grenzen mee zoeken (1x) 	<ul style="list-style-type: none"> • Risico dat je over je grens gaat (5x) • Bezwaard voelen als doel niet haal (3x),
Afspraken/agenda toepassing (N=8)	Met tekstberichten kunnen patiënten afspraken maken in combinatie met een agenda. Op de agenda is te zien wanneer groepsgenoten hebben afgesproken.	+	<ul style="list-style-type: none"> • Kan incontact blijven (4x) • Op je eigen tijd bewegen (1x) 	<ul style="list-style-type: none"> • Onpersoonlijk eerder telefoon (2x) • Eerder afzeggen dan face-to-face (1x)
Forum (N=8)	Op het forum kunnen patiënten onderling communiceren met (een deel van) de online gemeenschap communiceren via tekstberichten.	+	<ul style="list-style-type: none"> • Handig om materialen uit te wisselen (7x) • Kan ervaringen delen (7x) • Kan iemand uit sociale isolatie halen (2x) • Kan elkaar stimuleren (1x) 	<ul style="list-style-type: none"> • Het is voor iedereen zichtbaar (4x) • Emoties moeilijk over te brengen middels tekst (3x) • Dat het op internet staat (2x) • Kost teveel energie (1x) • Onpersoonlijk (1x)
Complimenten knop (N=8)	Met de "Complimenten knop" is het mogelijk om elkaar berichten wanneer ze iets willen belonen of positief vinden bij een ander.	+	<ul style="list-style-type: none"> • Kan elkaar stimuleren (1x) 	<ul style="list-style-type: none"> • Het heeft geen toegevoegde waarde (1x)
Privé-webcam (N=4)	Via de webcam kunnen patiënten 1-op-1 met elkaar communiceren, waarbij ze elkaar kunnen zien.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Gezellig met elkaar kletsen (2x) • Persoonlijke dingen delen (3x) 	<ul style="list-style-type: none"> • Onpersoonlijk (4x) • Je ziet elkaar (2x)

<i>Persoonlijke tekstberichten/chat (N=5)</i>	Via de webcam kunnen patiënten 1-op-1 met elkaar communiceren, zonder elkaar te zien.	+/-	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijke dingen delen (5x) 	<i>Niet benoemd</i>
<i>Succes verhalen delen (N=3)</i>	Via verhalen kunnen patiënten ervaringen delen ta.v. barrières die overwonnen zijn of hoe zemet een situatie om zijn gegaan.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Zien hoe anderen iets oppakken (2x) • Leren van ervaringen (1x) 	<i>Niet benoemd</i>

4.2.4.1 Groepsdoel

Een van de voorgelegde groepstoepassingen is het “Groepsdoel”. Met deze groepstoepassing kan er via een website of PDA een persoonlijkdoel en een “Groepsdoel” gemonitord worden op basis van het uploaden van accelerometer beweegdata. Volgens de patiënten was deze groepstoepassing zeer wenselijk (N=9): *“Ja dat moet je er echt wel bij hebben. Ik denk dat je dan op die manier een beter beweeg effect zal krijgen”* (P 9). Een voordeel dat zeven patiënten noemden was dat het zien van anderen kan helpen bij de motivatie om te bewegen: *“Met zo'n groepsdoel dan moet je elkaar dus wel oppeppen, je kan het immers niet alleen. Dat motiveert.”* (P 1). Een ander voordeel die vier patiënten noemden was dat je elkaar kan helpen doordat je ziet wat een ander doet. *“Je ziet iemand en dan denk je van: “die doet ook niet lekker zijn best kom op schouders eronder!”* (P 3). Daarnaast zijn genoemde voordelen, dat de interactie leuk is (N=1), doel geeft richting aan bewegen (N=1). Bovendien kan je er je grenzen mee zoeken: *“Voor mij zou dat gunstig zijn, ik zou misschien wel een keer mijn ‘grensje’ bereiken, maar dat is ook niet erg daar leer je ook weer van.”* (P 10). Niet alle patiënten zagen het als een voordeel dat de grenzen verkend konden worden. Vijf patiënten vonden het juist een nadeel van een “Groepsdoel”: *“Ik denk dat het (Groepsdoel) bij heel veel mensen op de negatieve manier werkt voor hun grens, persoonlijk zou ik het niet willen.”* (P 5). Een ander nadeel is dat patiënten zich bezwaard kunnen voelen wanneer ze hun doel niet behalen (N=3): *“Ik zou me dan bezwaard voelen als het me die week niet lukt, dan zou ik me weer bezwaard of schuldig voelen van ‘goh mij is het niet gelukt’ dan kan je in zo'n negatieve spiraal terecht komen.”* (P 10). Ten slotte gaven twee patiënten aan dat een groepsdoel goed zou werken in combinatie met een forum: *“Ik denk dat je je er aan op kan trekken, mede daaraan gekoppeld, kan je nog in zo'n forum zeggen: ‘Hoe heb jij dat gedaan?’”* (P 8).

4.2.4.2 Afspraken/agenda toepassing

De tweede groepstoepassing maakt het mogelijk dat patiënten onderling via tekstberichten afspraken maken in combinatie met een agenda. Van de geïnterviewden patiënten vonden acht de “Afspraken/agenda” groepstoepassing wenselijk: *“Dat is wel heel leuk, zoiets om afspraken te maken, dat is dan wel makkelijk om via internet te doen.”* (P 7). Een voordeel die vier patiënten noemden was, dat het buiten de therapie mogelijk is om afspraken te maken met groepsleden: *“Prettig als je ziet: ‘mensen we lopen maandag om 19.30 wie mee wil doe lekker mee, net als woensdag en vrijdag!’”* (P 1). Het andere voordeel die genoemd werd was dat je op je eigen tijd kon bewegen (N=1).

Één patiënt was wel bang dat je via telemedicine mogelijk eerder zou afzeggen: *“Het nadeel is ook wel een beetje dat je ook wel heel gemakkelijk af kan zeggen als je niet kunt. Dat je makkelijker een keer overslaat.”* (P 2). Ten slotte vonden twee patiënten het te onpersoonlijk: *“Voor mij als persoon zeg ik, ik zou de telefoon pakken, het is te onpersoonlijk.”* (P 8).

4.2.4.3 Forum

De derde getoonde groepstoepassing is een “Forum”. Op een “Forum kunnen patiënten onderling tekstberichten uitwisselen binnen een online gemeenschap. Van de tien patiënten vonden er acht een “Forum” wenselijk binnen een telemedicine systeem: *“Ja leuk! Daar zou ik gebruik van maken.”* (P 6). Het grootste voordeel volgens de patiënten was dat er materialen en ervaringen uitgewisseld kunnen worden (N=7): *“Ja je kunt je dingen delen met elkaar, en ja er wordt op gereageerd, en ja dat geeft je dan weer wat stimulans”* (P 5). Het kan dus stimulerend werken (N=1) en het is handig voor mensen die sociaal geïsoleerd zijn (N=2): *“Je hebt wel snel contact met mensen denk ik, helemaal als je een beetje geïsoleerd bent en veel alleen bent. Dan is dit wel een juiste manier om misschien ander mensen bij jou in de buurt te vinden die hetzelfde willen bereiken als jij.”* (P 10).

Maar een nadeel van een forum is dat het moeilijk is om emoties over te brengen (N=3): *“Ik denk als het om emoties gaat dat het niet overkomt. Of ik het dus in eerste instantie zou doen, ik geloof het niet”* (P 2). Tevens is een genoemd nadeel dat het voor iedereen zichtbaar is: *“Waarschijnlijk gebruik ik het niet omdat het voor iedereen zichtbaar is”* (P 3). Bovendien noemde één patiënt dat het teveel energie kost: *“ja dat hoeft van mij niet weet je de energie die je dan hebt daar moet je zuinig op zijn.”* (P 4). Het laatste genoemde nadeel is dat de geplaatste tekstberichten op het internet staan: *“Maar ja, dan denk ik weer van, die dingen hoeven niet op het internet te staan”* (P 5). Ten slotte, deze acht patiënten vonden dat er één forum zou moeten zijn in plaats van per “Sociale steun” strategie een apart forum: *“Ik zou dat in één zo'n forum laten, dan kan je gewoon heel veel adviezen van heel veel mensen krijgen en dan kan je er wel je eigen voordeel uit halen”* (P 10).

4.2.4.4 Complimenten knop

De vierde groepstoepassing was een “Complimenten knop”. Deze kunnen patiënten gebruiken wanneer ze iets positief vinden aan het beweeggedrag van een ander. Van de patiënten vonden er acht dat een “Complimenten knop” wenselijk was binnen een telemedicine systeem. Wat betreft de voor en nadelen waren de patiënten niet zo uitgesproken. Één patiënt noemde als voordeel dat het stimulerend kan werken. Het enige nadeel dat genoemd werd was (N=1): *“Dat heeft voor mij niet zo heel veel toegevoegde waarde”* (P 8).

4.2.4.5 Privé-webcam

De laatste groepstoepassing die is laten zien via een mock-up is een “Privé-webcam”. Via deze webcam is het mogelijk dat twee mensen met elkaar privé kunnen communiceren. Een “Privé-webcam” was voor vier patiënten wenselijk: *“Opzich een webcam is ook altijd wel grappig, microfoontje erbij, het is wel heel gezellig!”* (P 5). Het grootste voordeel in vergelijking met een forum is dat er privé persoonlijke dingen gedeeld kunnen worden (N=3): *“Je hebt misschien met de ene persoon wel een klik en niet om een anderen zwart te maken, maar meer dat je met die persoon persoonlijke dingen kan delen”* (P 10). Vier patiënten vonden een webcam niets omdat het onpersoonlijk was in vergelijking met face-to-face contact: *“Vind ik op zo'n website niet nodig, als jij met iemand wilt praten en daar echt behoefte aan hebt, dan vind je daar wel een andere weg voor, dan alleen zo'n website.”* (P 7). Naast deze vijf voorgelegde groepstoepassingen noemde de patiënten zelf ook nog twee toepassingen.

4.2.4.6 Persoonlijke tekstberichten of chat

Allereerst noemde vijf patiënten noemden zelf persoonlijk tekstberichten of chat. De belangrijkste reden voor het gebruik van persoonlijke berichten of chat was de privacy (N=5): *“Dat je toch nog even met iemand alleen kunt chatten, dat zou ik wel fijn vinden.”* (P 6). Er werden geen nadelen genoemd door de patiënten.

4.2.4.7 Succes verhalen delen

Ten slotte werd er nog door drie patiënten voorgesteld om “Succesverhalen” te plaatsen op een telemedicine systeem: *“Een klein verhaaltje waarin je anderen .. ook met bepaalde klachten (hier) beter mee om te leren gaan.”* (P 2). Patiënten vonden dit leereffect een groot voordeel (N=3). Één patiënt noemde nog een voordeel: *“Dat er ervaringen op het internet geplaatst worden waar jij de nodige informatie uit kunt halen, dat het duidelijk is dat je daar niet elke keer iemand voor hoeft te bellen of iemand lastig mee moet vallen.”* (P 5). Net als bij de persoonlijke tekstberichten werden er geen nadelen benoemd door de patiënten.

4.2.5 Algemeen oordeel over telemedicine binnen beweeginterventies

De patiënten staan open voor telemedicine systemen en groepstoepassingen. Alle patiënten zagen een telemedicine systeem parallel lopen met de reguliere face-to-face-groepsbehandelingen (N=10). De meerderheid van de patiënten zagen graag dat een telemedicine systeem pas halverwege de behandeling start (N=8): *“Begin niet zo belangrijk omdat je dan heel druk bent... maar als je steeds dichterbij het ontslag komt, dat je het dan wel meer kunt gebruiken, en na ontslag en later vind ik het juist wel belangrijker dat je terug kan komen op iets.”* (P 10). Negen patiënten vonden dat een telemedicine systeem na ontslag uit het revalidatiecentrum toegankelijk moeten blijven. Er is niet expliciet gevraagd wat de rol van een groepstoepassing na ontslag is. Desondanks noemden zes patiënten het zelf. Bijvoorbeeld via een forum: *“Een forum zou handig zijn... ga nu nog om met patiënten uit eerdere revalidatie. Ik kan me dan voorstellen dat je het dan via een forum kan doen.”* (P 8). Ten slotte waren er patiënten van mening dat de website gelijktijdig moest stoppen met de behandeling (N=1), de website pas moest starten na ontslag uit het revalidatiecentrum (N=1) en de website tegelijkertijd laten starten met de behandeling (N=1).

4.3 Conclusie patiënten-interviews

Het interview is afgenomen bij tien patiënten om de laatste deelvraag te beantwoorden: Welke behoeftes en wensen hebben patiënten ten aanzien van het gebruik van de strategieën uit het GMS-model bij de reguliere face-to-face behandeling en bij de integratie binnen telemedicine groepstoepassingen om de beweegmotivatie te optimaliseren? Op grond van de data kan er gesteld worden dat volgens de patiënten het GMS-model compleet is. Met uitzondering van “Normatieve invloed” maken patiënten gebruik van alle groepsstrategieën en vinden zij deze ook wenselijk binnen de reguliere face-to-face groepsbehandeling. Er is vooral behoefte aan vier groepsstrategieën binnen telemedicine groepstoepassingen: “Erkenning steun”, “Informatieve steun”, “Instrumentele steun” en “Normatieve invloed”. Patiënten vinden het zelf moeilijk om mee te denken wat betreft de invulling van een groepstoepassingen. Bij het tonen van mock-ups blijkt de voorkeur vooral uit te gaan naar een “Groepsdoel” en “Afspraken/agenda” die beide onder meer “Normatieve steun” faciliteren. Bovendien is er behoefte aan een “Forum” onder meer omdat het “Informatieve steun” en “Instrumentele steun” ondersteund, alsmede een “Complimentenknoop” voor “Erkenning steun”. Deze groepstoepassingen kunnen allemaal specifieke groepsstrategieën faciliteren volgens de patiënten. De patiënten zien een groepstoepassingen binnen een telemedicine systeem parallel lopen met de reguliere behandeling bij een beweeginterventie.

Bij voorkeur start het telemedicine systeem halverwege de behandeling en blijft toegankelijk voor de patiënt na ontslag uit het revalidatiecentrum. Ten slotte is het bij de ontwikkeling van telemedicine groepstoepassingen van belang om drie factoren af te stemmen met de eindgebruikers: personen vooraf kennen, privacy en de aanwezigheid van een professional. In de volgende paragrafen wordt er verder ingegaan op de resultaten.

4.3.1 Belang van groepsstrategieën tijdens reguliere behandeling

De eerste conclusie op basis van het interviewen van 10 patiënten is dat het GMS-model volledig is. De patiënten noemden geen aanvullende groepsstrategieën. Van de patiënten vindt minimaal de helft de strategieën uit het GMS-model wenselijk tijdens de reguliere face-to-face behandeling. De meeste patiënten waren van mening dat de groepsstrategieën invloed hebben op de beweegmotivatie. Als voorbeeld: wanneer een groepsgenoot het moeilijk heeft kan een andere patiënt “Emotionele steun” geven. Het gevolg is dat de beweegbarrière afneemt en de beweegmotivatie toeneemt.

4.3.2 Inzet van groepsstrategieën binnen telemedicine groepstoepassingen

Er is weerstand onder de patiënten wat betreft telemedicine systemen, het wordt hooguit als aanvulling gezien. Echter, het oordeel van de patiënten wordt positiever na het zien van voorbeelden. De scepsis die in eerste instantie heerst onder de patiënten kan dus ontstaan door de onwetendheid wat betreft telemedicine systemen (Meijerink, et al., 2010). Er is onder de patiënten vooral behoefte aan vier groepsstrategieën binnen telemedicine groepstoepassingen. Er is behoefte aan “Erkenning steun” omdat het een stimulerende werking kan hebben. Vanwege het leereffect van “Informatieve steun” en het helpen van elkaar via “Instrumentele steun” zijn beide ook wenselijk binnen telemedicine groepstoepassingen. Tenslotte is er de behoefte onder de meerderheid van de patiënten aan “Normatieve invloed” binnen een telemedicine groepstoepassing. Dit is opvallend omdat deze groepsstrategie geen rol speelt binnen de reguliere behandeling. Patiënten vinden dat het kan bijdragen aan structuur. Met deze structuur en andere invloeden (stimuleren, leren, etc) van de groepsstrategieën kan het beweeggedrag dus op verschillende wijze benaderd worden. In de literatuur wordt een andere benadering van het beweeggedrag beschreven. Fogg & Hrerera (2010) maken onderscheidt in vijf type gedrag die gedurende de behandeling beïnvloed kunnen worden: aanleren van nieuwe vaardigheden, stoppen van (beweeg)gedrag, bestaand gedrag, toename van (beweeg)gedrag en een afname van (beweeg)gedrag. Door rekening te houden met het type gedrag kan het beweeggedrag mogelijk beter beïnvloed worden.

Als voorbeeld: bij het aanleren van nieuw gedrag bij de patiënt kan de strategie “Modelling” effectief zijn omdat een patiënt van een ander kan leren. Vervolgens is het mogelijk om hier een telemedicine groepstoepassing op af te stemmen zoals een forum.

Net als bij de groepsstrategieën hebben patiënten ook voorkeuren ten aanzien van telemedicine groepstoepassingen. Na het tonen van concrete voorbeelden is er de meeste behoefte aan een telemedicine systeem met een gezamenlijk “Groepsdoel”. Bij deze groepstoepassing werken patiënten gezamenlijk aan een gemeenschappelijk beweegdoel via een PDA of website. Dit “Groepsdoel” heeft de voorkeur omdat het een motiverende werking heeft volgens de patiënten. Een “Groepsdoel” zal het meest effectief zijn wanneer er gebruik gemaakt wordt van een PDA systeem om het bewegen te monitoren. Dit is effectiever omdat patiënten hier sneller op kunnen reageren dan via een website doordat een PDA altijd binnen handbereik is (Gasser et al., 2006). Naast het “Groepsdoel” waren onder andere de volgende twee groepstoepassingen ook wenselijk volgens de patiënten. Allereerst, een “Afspraken/agenda”, waar patiënten via tekstberichten onderling afspraken kunnen maken. Patiënten hadden behoefte aan deze groepstoepassing omdat ze op deze wijze buiten en na de behandeling met elkaar in contact kunnen blijven. Tevens was volgens patiënten de telemedicine groepstoepassing “Forum” wenselijk. Op een forum kunnen patiënten met elkaar online communiceren via tekstberichten. De patiënten hadden een voorkeur voor een “Forum” omdat het mogelijk is om ervaringen en materialen uit te wisselen. Echter, deze behoefte is geen garantie dat patiënten het daadwerkelijk gaan gebruiken. Dit komt omdat potentiële gebruikers verschillende fase doorlopen voordat ze een telemedicine systeem gaan gebruiken (Chiu & Eysenbach, 2010). Daarom zal er een groepstoepassing ontwikkeld moeten worden om te kijken of de behoefte onder de patiënten dusdanig groot is dat ze het daadwerkelijk gaan gebruiken.

4.3.3 Factoren van invloed bij de integratie van groepstoepassingen binnen telemedicine systemen

Volgens de patiënten moet er wel rekening gehouden worden met randvoorwaarde bij de ontwikkeling van een telemedicine groepstoepassing. Bovendien zijn de drie genoemde randvoorwaarde overeenkomstig met de literatuur. Ten eerste is het van belang dat patiënten de online groepsgenoten persoonlijk kennen, wanneer hier geen rekening mee gehouden wordt kan dit een negatief effect hebben op het resultaat. Deze bevinding is overeenkomstig met de literatuur (Kosma, et al., 2005). Ten tweede de privacy, patiënten vinden het veelal belangrijk dat ze de privacy zelf kunnen reguleren per groepstoepassing.

Bijvoorbeeld zoals Munson et al. (2010) het onderverdeelden: ‘zichtbaar voor iedereen’, ‘selecte groep’ en ‘één persoon’. Deze kan eventueel aangevuld worden met de keuze optie ‘zichtbaar voor de professional’. Ten slotte is er bij patiënten veel behoeften aan de betrokkenheid van de professional, ook na ontslag uit het revalidatiecentrum. Uit eerder onderzoek komt naar voren dat de aanwezigheid van professionals een gunstig effect kan hebben op het bewegen van patiënten (Nguyen et al., 2008; Schulz, et al., 2007).

Afsluitend, de patiënten zien telemedicine groepstoepassingen parallel lopen met de reguliere behandeling. Patiënten hebben de voorkeur dat het pas halverwege de reguliere behandeling start en doorloopt na ontslag uit het revalidatiecentrum. Echter, wil een groepstoepassing slagen dan zal er bij de start tijd geïnvesteerd moeten worden in de promotie van de telemedicine groepstoepassing. Dit geldt met name bij het starten van een nieuwe online gemeenschap, bijvoorbeeld via een fora (Resnick, Janney, Buis, & Richardson, 2010).

Samenvattend, patiënten zijn positief over het gebruik en de invloed op de beweegmotivatie van de groepsstrategieën binnen de reguliere face-to-face behandeling. Ook onder de patiënten is er in eerste instantie scepsis over telemedicine systemen. Echter, na het zien van de mogelijkheden zijn ze enthousiaster en geven ze te kennen dat er een aanvullende rol is weggelegd binnen beweeginterventies.

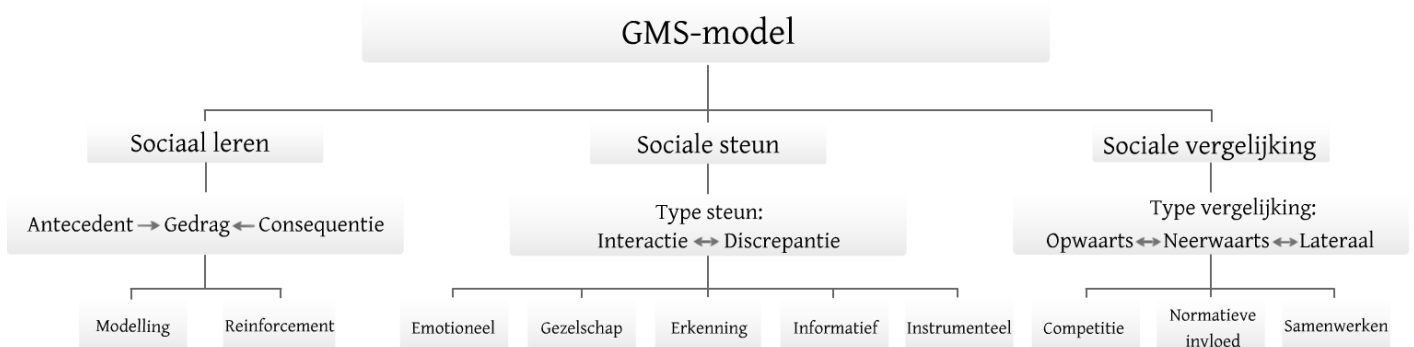
5 Algemene conclusie/discussie

Op grond van de data verkregen middels de systematische literatuurinventarisatie, therapeuten-interviews en patiënten-interviews wordt de onderzoeksvraag beantwoord: Welke en op welke wijze kunnen groepsstrategieën worden ingezet binnen telemedicine groepstoepassingen en wat zijn hierin de behoeften en wensen van therapeuten en patiënten?

Allereerst wordt de onderzoeksvraag beantwoord waarna er op de volgende drie vragen ingegaan wordt:

- In hoeverre is het GMS-model (zie figuur 8) bruikbaar en volledig?*
- In hoeverre wordt er in de reguliere behandeling gebruik gemaakt van de groepsstrategieën?*
- In hoeverre is er behoefte aan telemedicine systemen en telemedicine groepstoepassingen?*

Vervolgens worden de onderzoeksbependingen uiteengezet en een advies ten aanzien van vervolg onderzoek. Afgesloten wordt met een eindconclusie.



Figuur 7: “GroepsMotivatieStrategieën-model” (GMS-model) met psychosociale strategieën en werking (cursief)

5.1 Algemene conclusie

Uit de data verkregen via de systematische literatuurinventarisatie, therapeuten-interviews en patiënten-interviews komt naar voren dat het GMS-model compleet is en goed past bij de dagelijkse praktijk in beweeginterventies. De 10 groepsstrategieën worden veelvuldig toegepast binnen de reguliere behandeling om elkaar onderling te motiveren bij het bewegen, met uitzondering van “Normatieve invloed”. Bovendien hadden de therapeuten en patiënten geen aanvullingen. Binnen de literatuur worden telemedicine groepstoepassingen echter weinig beschreven en als ze al worden ingezet gaat het hoofdzakelijk om fora. Wanneer patiënten een aantal voorbeelden wordt voorgelegd dan blijken zij voorkeuren te hebben voor: een forum, gezamenlijke groepsdoelen en een “Afspraken/agenda” toepassing. Overigens is deze behoefte geen garantie dat patiënten het gaan gebruiken. Uit dit onderzoek blijkt dat de telemedicine groepstoepassingen gericht ingezet kunnen worden, afhankelijk van het beïnvloeden gedragsdoel. Echter, om een groepstoepassing succesvol te implementeren zal er wel met een aantal factoren rekening gehouden moeten worden, zoals diagnosegroep en privacy. In het vervolg zal er specifiek ingegaan worden op de resultaten aan de hand van drie vragen.

5.1.1 In hoeverre is het GMS-model bruikbaar en volledig?

Op basis van dit onderzoek kan gesteld worden dat het GMS-model compleet is en alle groepsstrategieën toe te passen zijn binnen de reguliere face-to-face groepsbehandeling, die als doel hebben het bewegen te optimaliseren. Bij de therapeuten- en patiënten-interviews zijn er geen aanvullende groepsstrategieën naar voren gekomen. Bovendien zijn in de 12 geïnccludeerde artikelen van de systematische literatuurinventarisatie alle groepsstrategieën in meer of mindere mate beschreven en worden er geen aanvullende groepsstrategieën benoemd.

5.1.2 In hoeverre wordt er in de reguliere behandeling gebruik gemaakt van de groepsstrategieën?

Volgens de geïnterviewde therapeuten passen zowel de therapeuten als patiënten alle groepsstrategieën toe binnen de reguliere behandeling met uitzondering van “Instrumentele steun” en “Normatieve invloed”. Tevens geven de therapeuten aan dat patiënten geen gebruik maken van “Reinforcement”. Wat betreft deze drie uitzonderingen zijn patiënten het alleen eens over “Normatieve invloed”. De patiënten geven hier dezelfde verklaringen voor als de therapeuten: het gaat om de patiënt zelf en therapeuten laten “Normatieve invloed” niet toe.

In tegenstelling tot de therapeuten, geven patiënten aan weldegelijk “Reinforcement” in de vorm van “inhoudelijke” feedback te geven. Bijvoorbeeld door groepsgenoten te wijzen op de houding en belastbaarheid. Eveneens zijn de patiënten van mening dat zij elkaar “Instrumentele steun” geven binnen de behandeling, onder andere door het uitwisselen van materialen. De reden dat therapeuten “Instrumentele steun” niet zien bij patiënten is dat het veelal buiten de behandeling om plaatsvindt.

Een belangrijke reden waarom patiënten gebruik maken van de groepsstrategieën is dat de meeste groepsstrategieën de beweegmotivatie positief kunnen beïnvloeden. Volgens therapeuten en patiënten hebben alleen “Instrumentele steun” en “Normatieve invloed” geen invloed op de beweegmotivatie. Beide zien de groepsstrategie “Instrumentele steun” meer als faciliterend voorafgaand aan het daadwerkelijke bewegen. Bijvoorbeeld, het uitlenen van nordic walking stokken werkt faciliterend wat betreft het bewegen. Over “Normatieve invloed” is geen consensus over de invloed op het bewegen onder patiënten. De tegenstanders en therapeuten zijn van mening dat “Normatieve invloed” geen invloed heeft op het bewegen, omdat het om de eigen persoon gaat. De voorstanders daarentegen zeggen dat het weldegelijk invloed heeft op het bewegen omdat normen van anderen kan bijdrage aan structuur.

Echter willen therapeuten en patiënten tijdens de reguliere face-to-face behandeling daadwerkelijk gebruik maken van de groepsstrategieën, dan zal er met een aantal factoren rekening gehouden moeten worden. De therapeuten noemen twee voorwaarde scheppende factoren voor het succesvol inzetten van de groepsstrategieën tijdens de reguliere groepsbehandelingen, namelijk: de therapeutische methode moet het toelaten dat er interactie is tussen patiënten en er moet cohesie zijn binnen een groep. Daarnaast zijn er nog twee factoren waarbij verschillende strategieën (in)effectief kunnen zijn: type groep, vrije instroom of een geslotengroep en de diagosegroep.

5.1.3 In hoeverre is er behoefte aan telemedicine systemen en telemedicine groepstoepassingen?

De behoefte aan groepsstrategieën binnen telemedicine groepstoepassingen is groter bij de patiënten dan bij de therapeuten. Er is onder zowel therapeuten als patiënten veel scepsis over telemedicine systemen, mogelijk door onvoldoende kennis van de ICT mogelijkheden. Tevens zijn de therapeuten bang dat de opkomst van telemedicine ten koste gaat van de face-to-face groepsbehandelingen. De meest genoemde groepstoepassingen door therapeuten zijn een forum om “Instrumentele steun” en “Informatieve steun” te functioneren en een chat functie zodat patiënten elkaar onderling gezelschap kunnen houden.

Net als de therapeuten zijn de patiënten in eerste instantie ook sceptisch over het gebruik van telemedicine, onder meer omdat ze het te onpersoonlijk vinden. Maar, na het zien van de mogelijkheden via voorbeelden (mock-ups) zijn de patiënten juist zeer positief.

Onder de patiënten is er de meeste behoefte aan vier groepstoepassingen: “Erkenning steun”, “Informatieve steun”, “Instrumentele steun” en “Normatieve invloed”. Deze vier groepstoepassingen worden gefaciliteerd door de vier groepstoepassingen waar de meeste behoeften aan is onder de patiënten. Allereerst een groepstoepassing met een “Groepsdoel”. Patiënten kunnen dan als groep aan een gemeenschappelijk doel werken, bijvoorbeeld ondersteund via een PDA met beweegsensor. Een gezamenlijk “Groepsdoel” werkt motiverend bij patiënten en ondersteund onder andere “Normatieve invloed”. Daarentegen bestaat het risico bij het gebruik van een “Groepsdoel” dat patiënten over hun bewegsgrens gaan of zich bezwaard gaan voelen wanneer ze een doel niet behalen. Naast een “Groepsdoel” is er ook veel behoeften onder patiënten aan een “Afspraken/agenda”, “Forum” en “Complimenten knop”. Er is behoefte aan een “Afspraken/agenda” toepassing omdat patiënten via deze groepstoepassing met elkaar in contact kunnen blijven na ontslag. Bovendien kan het de patiënten structuur bieden doordat een “Afspraken/agenda” toepassing “Normatieve invloed” faciliteert. Maar, een nadeel is dat het door een substantieel deel van de patiënten ook als onpersoonlijk wordt gezien en deze daarom liever de telefoon pakken. Daarnaast is er de behoeften onder patiënten aan een “Forum” omdat patiënten elkaar kunnen helpen en onderling van elkaar kunnen leren. Dit komt omdat een “Forum” onder meer “Informatieve steun” en “Instrumentele steun” faciliteert. Echter, een veel genoemd nadeel is dat tekstberichten voor iedereen zichtbaar zijn (privacy). Buiten een “Forum” zijn er binnen de literatuur weinig interventies die voldoen aan de behoeften en wensen die er leven onder therapeuten en patiënten. Bovendien is er tot op heden weinig bewijs voor de effectiviteit ten aanzien van het bewegen en de beweegadherentie. Op basis van dit onderzoek onder therapeuten en patiënten kan dit effect wel verwacht worden. Wil dit slagen dan zullen groepstoepassingen binnen beweeginterventies meer theoretisch onderbouwd moeten worden. Met als gevolg dat groepstoepassingen doelgerichter ingezet kunnen worden, dan tot op heden in de literatuur het geval is.

Echter, bij deze ontwikkeling is voorzichtigheid op zijn plaats. In het bijzonder bij groepstoepassingen die “Normatieve invloed” en “Competitie” ondersteunen zoals een “Groepsdoel”. De therapeuten geven aan dat bijvoorbeeld bij chronisch pijn patiënten beide strategieën niet wenselijk zijn vanwege het risico van bewegsgrens overscheiding.

Naast de diagnosegroep zijn er nog drie factoren die bij de ontwikkeling van telemedicine groepstoepassingen afgestemd moeten worden met patiënt en therapeut: privacy regulatie (zichtbaar voor één persoon, groep of de gehele online gemeenschap), het vooraf kennen van de online lotgenoten en de betrokkenheid van de professional binnen een toepassing.

5.2 Aanbevelingen

De verwachting is dat het gebruik van groepsstrategieën de beweegmotivatie positief kan beïnvloeden. Daarom zullen er meer groepstoepassingen ontwikkeld moeten worden binnen telemedicine systemen. Echter, deze moeten wel aansluiten bij de behoeften en wensen van de therapeuten en patiënten. In het bijzonder zal er aandacht uit moeten gaan naar synchrone systemen zoals PDA's en gaming, waardoor de invloeden van "Sociale vergelijking" strategieën meer ondersteund kunnen worden.

Ons advies is om in vervolgonderzoek de combinatie van een gezamenlijk "Groepsdoel" en een "Forum" te onderzoeken binnen een zelf-managment beweeginterventie. Hier zijn verschillende redenen voor. Naast dat de patiënten deze behoefte uitspreken, wordt er ook een breed scala aan groepsstrategieën gefaciliteerd. Dit komt door de combinatie van het onderling vergelijken via een "Groepsdoel" ("Sociale vergelijking") en het onderling communiceren via een "Forum" ("Sociale steun"). Dit wordt ondersteund vanuit de literatuur aangezien Web et al. (2010) stellen dat het gebruik van meerderen strategieën effectiever is dan een enkele strategie bij gedragsverandering. Mede om deze redenen is de verwachting dat deze groepstoepassingen het bewegen en gebruik van het telemedicine systeem zal verbeteren. Echter, de eindgebruikers dienen elkaar vooraf al te kennen, waarbij een aantal factoren afgestemd moeten worden met deze eindgebruikers: privacy en rol van de professional. Tevens zal de ontwikkelaar rekening moeten houden wat het (type) doelgedrag is en waar het binnen het behandelproces ingezet wordt.

Om het daadwerkelijke effect van de groepsstrategieën en telemedicine groepstoepassingen te toetsen zal er kwantitatief onderzoek uitgevoerd dienen te worden. Alleen op deze wijze kan het verwachte effect op het bewegen en de beweegadherence bevestigd of ontkracht worden. Dit kan in eerste instantie middels een kleinschalige pilot-RCT. Met deze pilot studie kan eerst het daadwerkelijke korte termijn bewegeeffect gemeten worden van de telemedicine groepstoepassing. Het zal specifiek afgestemd moeten worden op verschillende diagnose groepen zoals chronisch pijn, whiplash, oncologie en COPD. In eerste instantie zal dit in de context van "Het Roessingh" moeten plaatsvinden omdat Glasgow (2007) beschrijft dat de implementatie van telemedicine context afhankelijk is.

Wanneer deze uitkomsten een positief bewegeffect laten zien, dan kan er in tweede instantie ook binnen andere zorgsettings telemedicine groepstoepassingen onderzocht en geïmplementeerd worden. Alleen dan is het volgens Glasgow (2007) mogelijk om de resultaten volledig te kunnen generaliseren.

Als er meer onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van groepsstrategieën en telemedicine groepstoepassingen dan is het in te toekomst mogelijk om telemedicine groepstoepassingen doelgerichter in te zetten met meer bewegeffect. Bijvoorbeeld, voor het instant houden van beweeggedrag is de groepsstrategie “Samenwerken” effectief. Binnen telemedicine wordt dit gefaciliteerd door een gezamenlijk beweegdoel en is via een PDA groepsmonitoring systeem het meest efficiënt. Het is dan mogelijk om groepstoepassingen niet alleen doelgerichter in te zetten maar ook beter onderbouwd.

5.3 Sterke en zwakke punten onderzoek

Het onderzoek heeft onder andere de volgende drie sterke punten. Ten eerste, doordat het onderzoek naar groepsstrategieën en telemedicine groepstoepassingen in de kinderschoenen staat is het positief dat de stakeholders, therapeuten en patiënten, al bij de vorming van het unieke GMS-model betrokken zijn. Volgens van Gemert et al. (2011) vergroot dit de kans op een positief effect van de interventie bij de participanten. Ten tweede komt het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden ten goede aan de validiteit van de resultaten. Doordat hetzelfde fenomeen (groepsstrategieën) met verschillende instrumenten onderzocht wordt is de kans kleiner dat er onzuiverheden ontstaan in de resultaten (Greene, Caracelli, & Graham, 1989). Ten slotte, het gehele onderzoeksproces is door drie onderzoekers beoordeeld wat volgens Baarda et al. (2009) ten goede komt aan de betrouwbaarheid.

Desondanks zijn er per deelstudie verschillende zwakheden aan te merken, waardoor de uitkomsten zorgvuldig geïnterpreteerd dienen te worden. Allereerst de literatuurinventarisatie, ondanks dat er bij de literatuurinventarisatie systematisch gewerkt is en met een uitgebreide zoeksyntax, zijn er drie factoren die de betrouwbaarheid en volledigheid niet ten goede komen. Er zijn kwalitatief mindere “Conference proceedings” meegenomen en er is slechts in één database (Pubmed) gezocht. Het gevolg is dat de geïnccludeerde artikelen mogelijk niet volledig zijn.

Wat betreft de therapeuten en patiënten-interviews zijn er ook een aantal onzuiverheden:

- het is gebruikelijk om door te gaan met interviewen tot het moment dat er geen nieuwe data meer naar voren komt (Patton, 1990). Dit is in beide onderzoeken niet gebeurd doordat er onvoldoende tijd was. Daarom moeten de resultaten zorgvuldig benaderd worden;
- er is geen kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Baarda et al. (2009) stellen dat dit ten koste gaat van de betrouwbaarheid van de resultaten;
- er is in beide interviews niet specifiek gevraagd naar de rol die de participanten zien voor groepstoepassingen binnen een beweginginterventie. Daarom kunnen er alleen uitspraken gedaan worden over telemedicine in het algemeen;
- ten slotte, er kan een bias ontstaan doordat zes therapeuten en één patiënt al positieve of negatieve ervaringen hadden met lopende telemedicine bewegingprojecten binnen “Het Roessingh”.

5.4 Eindconclusie

Door de ontwikkeling van het GMS-model is er nu een compleet overzicht van groepsstrategieën waar in de zorgpraktijk ook behoefte aan is. Bovendien zijn alle groepsstrategieën te vertalen naar specifieke telemedicine groepstoepassingen. Daardoor is het nu mogelijk om gericht groepsstoepassingen te ontwikkelen en te implementeren, als onderdeel van een brede zelfmanagement beweginginterventie. Er zullen meer groepstoepassingen ontwikkeld moeten worden. Alleen dan is het mogelijk om te toetsen of de intenties die patiënten uitspreken, ook daadwerkelijk omgezet worden in het gebruik van telemedicine groepstoepassingen. Het is dan ook zaak om het daadwerkelijke gebruik en effect van de groepsstrategieën en telemedicine groepstoepassingen te onderzoeken middels kwalitatief onderzoek binnen een pilot-RCT. Zodat in de toekomst doelgericht groepsstoepassingen ingezet kunnen worden binnen met het gewenste (beweeg)resultaat.

6 Referenties

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179-211. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com>
- Baarda, D. B., de Goede, M. P. M., & Theunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek; Handleiding voor het opzetten van kwalitatief onderzoek* (2th ed.). Groningen/Houten: Noordhof uitgevers bv.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theorie*. London: Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Londen: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Krupinski, E. A., Grigsby, J., Kvedar, J. C., Weinstein, R. S., . . . Tracy, J. (2009). National telemedicine initiatives: essential to healthcare reform. *Telemedicine and e-Health*, *15*(6), 600-610. doi: 10.1089/tmj.2009.9960.
- Bekkering, G. E., Hendriks, H. J. M., Koes, B. W., Oostendorp, R. A. B., Ostelo, R. W. J. G., Thomassen, J., & van Tulder, M. W. (2005). KNGF-richtlijn lage-rugpijn. Amersfoort: Koninklijke Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).
- Bennett, G. G., & Glasgow, R. E. (2009). The delivery of public health interventions via the Internet: actualizing their potential. *Annu Rev Public Health*, *30*, 273-292. doi: 10.1146/annurev.publhealth.031308.100235
- Blanchard, C. M., Courneya, K. S., Rodgers, W. M., Fraser, S. N., Murray, T. C., Daub, B., & Black, B. (2003). Is the theory of planned behavior a useful framework for understanding exercise adherence during phase II cardiac rehabilitation? *J Cardiopulm Rehabil*, *23*(1), 29-39. Retrieved from <http://journals.lww.com>
- Blokstra, A., Verschuren, W. M. M., Baan, C. A., Boshuizen, H. C., Feenstra, T. L., Hoogenveen, R. T., . . . Wijga, A. H. (2007). Vergrijzing en toekomstige ziektelast; Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven: RIVM.
- Buunk, B. P., Taylor, S. E., Dakof, G. A., Collins, R. L., & Vanyperen, N. W. (1990). The affective consequences of social-comparison - Either direction has its ups and downs. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(6), 1238-1249. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, *100*(2), 126-131. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Chiu, T. M. L., & Eysenbach, G. (2010). Stages of use: consideration, initiation, utilization, and outcomes of an internet-mediated intervention. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *10*(73-85). doi: 10.1186/1472-6947-10-73
- Chorus, A. M. J. (2010). Bewegen in Nederland: chronisch zieken. In V. H. Hildebrandt, A. M. J. Chorus & J. H. Stubbe (Eds.), *Trendrapport bewegen en gezondheid 2008/2009* (pp. 95-109). Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Chorus, A. M. J., & Hopman-Rock, M. (2004). Chronisch zieken en bewegen. In W. T. M. Ooijendijk, S. M. & M. Hopman-Rock (Eds.), *Trendrapport bewegen en gezondheid 2002/2003* (pp. 141-152). Hoofddorp/Leiden: TNO arbeid.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, *98*(2), 310-357.
- Cranen, K., Drossaert, S., Brinkman, E. S., Braakman-Jansen, A. L. M., IJzerman, M. J., & Vollenbroek-Hutten, M. M. R. (2011). An exploration of chronic pain patients'

- perceptions of home telerehabilitation services. 24. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00668.x
- De Hollander, A. E. M., Hoeymans, N., Melse, J. M., van Oers, J. A. M., & Polder, J. J. (2006). *Zorg voor gezondheid; Volksgezondheid toekomst verkenning 2006* (pp. 348). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Esser, P. E. (2011). *Creating caring hands through technology; An industrial designer's approach to medical teleconsultation*. PhD thesis, Delft University of Technology, Delft.
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *J Med Internet Res*, 7(1), e11. doi: 10.2196/jmir.7.1.e11
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., Rizo, C., & Stern, A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ*, 328(7449), 1166. doi: 10.1136/bmj.328.7449.1166
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140. doi: 10.1177/001872675400700202
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, and behavior. An introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.
- Fjeldsoe, B. S., Miller, Y. D., & Marshall, A. L. (2010). MobileMums: a randomized controlled trial of an SMS-based physical activity intervention. *Ann Behav Med*, 39(2), 101-111. doi: 10.1007/s12160-010-9170-z
- Fogg, B. J. (2003). *Persuasive technology; Using computers to change what we think and do*. San Francisco: Morgan Kaufmann Publishers.
- Fogg, B. J., & Hreha, J. (2010, juni). *Behavior wizard: a method for matching target behaviors with solutions*. Paper presented at the Persuasive 2010, Copenhagen
- García-Lizana, F., & Sarriá-Santamera, A. (2007). New technologies for chronic disease management and control. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(2), 62-68. doi: 10.1258/135763307780096140
- Gasser, R., Brodbeck, D., Degen, M., Luthiger, J., Wyss, R., & Reichlin, S. (2006, mei). *Persuasiveness of a mobile lifestyle coaching application using social facilitation*. Paper presented at the Persuasive 2006, Eindhoven.
- Glasgow, R. E. (2007). EHealth evaluation and dissemination research. *Am J Prev Med*, 32(5 Suppl), S119-126. doi: 10.1016/j.amepre.2007.01.023
- Glasgow, R. E., Boles, S. M., McKay, H. G., Feil, E. G., & Barrera, M., Jr. (2003). The D-Net diabetes self-management program: long-term implementation, outcomes, and generalization results. *Prev Med*, 36(4), 410-419. doi: 10.1093/prevmed/36.4.410
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). Towards a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational evaluation and policy analysis*, 11(3), 255-274. Retrieved from <http://epa.sagepub.com>
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (4th ed., pp. 189-210). San Francisco: Jossey-Bass.
- Klink, A., & Bussemaker, J. (2008). *Programmatische aanpak van chronische ziekten*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Kosma, M., Cardinal, B. J., & McCubbin, J. A. (2005). A pilot study of a web-based physical activity motivational program for adults with physical disabilities. *Disabil Rehabil*, 27(23), 1435-1442. doi: 10.1080/09638280500242713
- Lau, A. Y. S., & Kwok, T. M. Y. (2009). *Social features in online communities for healthcare consumers – A review*. Paper presented at the Online communities and social computing; HCI 2009 International, San Diego.

- Lin, J. J., Mamykina, L., Lindtner, S., Delajoux, G., & Strub, H. B. (2006, mei). *Fish'n'Steps: Encouraging physical activity with an interactive computer game*. Paper presented at the Persuasive 2006, Eindhoven.
- Maguire, M. (2001). Methods to support human-centred design. *Int. J. Human-Computer Studies*, *55*, 587-634. doi: 10.1006/ijhc.2001.0503
- McKay, H. G., King, D., Eakin, E. G., Seeley, J. R., & Glasgow, R. E. (2001). The diabetes network internet-based physical activity intervention: a randomized pilot study. *Diabetes Care*, *24*(8), 1328-1334. doi: 10.2337/diacare.24.8.1328
- Medina-Mirapeix, F., Escolar-Reina, P., Gascon-Canovas, J. J., Montilla-Herrador, J., Jimeno-Serrano, F. J., & Collins, S. M. (2009). Predictive factors of adherence to frequency and duration components in home exercise programs for neck and low back pain: an observational study. *BMC Musculoskelet Disord*, *10*, 155. doi: 10.1186/1471-2474-10-155
- Meijerink, R. M. H., van Blerck-Woerdman, A. M., Bosma, H., Braat, D. D. M., Carter, E. R., Groot, W. N. J., . . . Vos, P. (2010). Ruimte voor arbeids-besparende innovaties in de zorg; Door slimmer werken meer kwaliteit met minder mensen. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Munson, S. A., Lauterbach, D., Newman, M. W., & Resnick, P. (2010, juni). *Happier together: integrating a wellness application into a social network site*. Paper presented at the Persuasive 2010, Kopenhagen.
- Nguyen, H. Q., Donesky-Cuenco, D., Wolpin, S., Reinke, L. F., Benditt, J. O., Paul, S. M., & Carrieri-Kohlman, V. (2008). Randomized controlled trial of an internet-based versus face-to-face dyspnea self-management program for patients with chronic obstructive pulmonary disease: pilot study. *J Med Internet Res*, *10*(2), e9. doi: 10.2196/jmir.990
- Oinas-Kukkonen, H., & Harjumaa, M. (2008, juni). *A systematic framework for designing and evaluating persuasive systems*. Paper presented at the Persuasive 2008, Oulu (Finland).
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). California: SAGE publications.
- Poos, M. J. J. C., & Gommer, A. M. (2010, 22 maart). Wat zijn de grootste veranderingen in het ziektepatroon? *Volksgezondheid toekomst verkenning; Nationaal kompas volksgezondheid* Retrieved 14-02, 2011, from <http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy - Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy-Theory Research and Practice*, *19*(3), 276-288. doi: 10.1037/h0088437
- Ren, Y. Q., Kraut, R., & Kiesler, S. (2007). Applying common identity and bond theory to design of online communities. *Organization Studies*, *28*(3), 377-408. doi: 10.1177/0170840607076007
- Resnick, P. J., Janney, A. W., Buis, L. R., & Richardson, C. R. (2010). Adding an online community to an internet-mediated walking program. Part 2: strategies for encouraging community participation. *J Med Internet Res*, *12*(4), e72. doi: 10.2196/jmir.1339 [doi]
- Riessman, F., & Banks, E. C. (2001). A marriage of opposites: self-help and the health care system. *Am Psychol*, *56*(2), 173-174. doi: 10.1037//0003-066X.56.2.173
- Sanderse, C., Verweij, A., & de Beer, J. (2009, 9 december 2010). Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? *Volksgezondheid toekomst verkenning; Nationaal kompas volksgezondheid* 4.2. Retrieved 24 feb, 2011, from <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>

- Schermers, P., Jongert, M. W. A., Chorus, A. M. J., & Verheijden, M. W. (2009). Inleiding bij de beweeginterventies KNGF-standaarden. Amersfoort: TNO & Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).
- Schulz, P. J., Rubinell, S., & Hartung, U. (2007). An internet-based approach to enhance self-management of chronic low back pain in the Italian-speaking population of Switzerland: results from a pilot study. *Int J Public Health*, *52*(5), 286-294. doi: 10.1007/s00038-007-5127-9
- Sluijs, E. M., & Knibbe, J. J. (1991). Patient compliance with exercise: different theoretical approaches to short-term and long-term compliance. *Patient Education and Counseling*, *11*(191-204). doi: 10.1016/0738-3991(91)90060-I
- Smith-McLallen, A., & Fishbein, M. (2008). Predictors of intentions to perform six cancer-related behaviours: roles for injunctive and descriptive norms. *Psychol Health Med*, *13*(4), 389-401. doi: 10.1080/13548500701842933
- Stapel, D. A., & Koomen, W. (2005). Competition, cooperation, and the effects of others on me. *J Pers Soc Psychol*, *88*(6), 1029-1038. doi: 10.1037/0022-3514.88.6.1029
- University of York. (2001). Undertaking systematic reviews of research on effectiveness *CRD's guidance for those carrying out or commissioning reviews*. York: University of York.
- Van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Nijland, N., Van Limburg, M. A. H., Kelders, S. M., Brandenburg, B. J., Ossebaard, H. C., . . . Seydel, E. R. (2011). Introducing a holistic framework for eHealth technologies. In N. Nijland (Ed.), *Grounding eHealth; towards a holistic framework for sustainable eHealth technologies* (pp. 106-133). Enschede: University of Twente.
- Van Sonderen, E. (1991). *Het meten van sociale steun*. PhD thesis, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- van Sonderen, E. (1993). *Het meten van sociale steun met de: Sociale Steun Lijst - Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst - Discrepanties (SSL-D) Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (Rijksuniversiteit Groningen).
- van Uden-Kraan, C. F., Drossaert, C. H., Taal, E., Shaw, B. R., Seydel, E. R., & van de Laar, M. A. (2008). Empowering processes and outcomes of participation in online support groups for patients with breast cancer, arthritis, or fibromyalgia. *Qual Health Res*, *18*(3), 405-417. doi: 10.1177/1049732307313429
- Vandelandotte, C., Spathonis, K. M., Eakin, E. G., & Owen, N. (2007). Website-delivered physical activity interventions a review of the literature. *Am J Prev Med*, *33*(1), 54-64. doi: 10.1016/j.amepre.2007.02.041
- Verhoeven, F., Tanja-Dijkstra, K., Nijland, N., Eysenbach, G., & van Gemert-Pijnen, L. (2010). Asynchronous and synchronous teleconsultation for diabetes care: a systematic literature review. *J Diabetes Sci Technol*, *4*(3), 666-684. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Vollenbroek-Hutten, M. (2009). *Zorg op afstand dichterbij!* Paper presented at the Oratie van Prof. Dr. Miriam M.R. Vollenbroek-Hutten, Enschede.
- Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L., & Michie, S. (2010). Using the internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *J Med Internet Res*, *12*(1), e4. doi: 10.2196/jmir.1376
- Wendel-Vos, G. C. W. (2008, 23 september). Lichamelijke activiteit samengevat. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* Retrieved februari, 2011, from <http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Lichamelijke activiteit

- Wendel-Vos, G. C. W. (2010, maart). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van lichamelijke activiteit? . *Volksgezondheid toekomst verkenning; Nationaal kompas volksgezondheid* Retrieved 26 januari, 2010, from <<http://www.nationaalkompas.nl>>
 Nationaal Kompas
 Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Lichamelijke activiteit
- Wentzel, M. J., Brons, J., van Dam, A., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (in press). *The status quo of eHealth use in physical therapy: a systematic review*. poster. University of Twente. Enschede.
- Woolfolk, A., Hughes, M., & Walkup, V. (2008). *Psychology in education*. Harlow: Pearson Longman.
- World Health Organisation. (2005). Preventing chronic diseases; a vital investment *WHO global report*. Geneve (Zwitserland): World Health Organisation.
- Wu, G., & Keyes, L. M. (2006). Group tele-exercise for improving balance in elders. *Telemed J E Health, 12*(5), 561-570. doi: 10.1089/tmj.2006.12.561
- Zhu, W. (2007, april). *Promoting physical activity through internet: a persuasive technology view*. Paper presented at the Persuasive 2007, Palo Alto (Amerika).

Bijlagen

- *Bijlage 1 Format data extractieformulier*
- *Bijlage 2 Therapeuten-interview protocol*
- *Bijlage 3 Patiënten-interview protocol*
- *Bijlage 4 Mock-ups van telemedicine groepstoepassingen*

Bijlage 1 Format data-extractie formulier

<u>Studiekenmerken</u>		<u>Interventiekenmerken</u>	<u>Groepstoepassingen</u>		<u>Resultaten</u>
Auteur(s):	Studie type:	Korte beschrijving	Beschrijving groepstoepassing	Beschreven	Beweeg uitkomsten:
Jaar:	Recruitment:	interventie:			
Land:	Participanten per	Setting interventie:		1 Gedrag	1 Gehele interventie
Naam interventie	conditie en drop-	Ziektebeeld:		veranderingstheorieën:	
	out:	Groepsbeschrijving:		- <i>Sociale leer theorie</i>	2 Groepstoepassing
	N _{tot} =	1.		- <i>Sociale steun</i>	
	<u>Groep 1</u> N =	2.		- <i>Sociale vergelijking</i>	3 Aanbevelingen/conclusies
	Groep 2 N =	Interventieduur:		2 Groepsstrategieën	
	Etc.			<u>Expliciet</u>	
	Follow-up:			<u>Impliciet</u>	

Bijlage 2 Therapeuten-interviewprotocol

Het Roessingh Res. & Dev.

Interview: psychosociale strategieën binnen groepsbehandelingen

Therapeut nr:

Naam onderzoeker: Jesper Brons

Discipline:

Datum afname:

Diagnosegroep:

Interview protocol

- Informed consent formulier voor deelname onderzoek later onder tekenen.
- Opname toestemmingsformulier laten ondertekenen
- Opname starten na tekenen toestemming verklaringsformulier.
- De vragen worden voorgelezen van papier
- De vragen hoeven niet chronologisch beantwoord te worden
- Om suggestieve vragen te voorkomen doorvragen middels vragen als waarom?, hoe kijkt u hier naar? of kunt u dit verder toelichten?
- Het interview pas beëindigen wanneer alle vragen zijn beantwoord.
- Begin met voorstellen om vervolgens uitleg interview

Uitleg interview

- Binnen de fysiotherapie groepsbehandeling is het belangrijk dat er zowel tijdens de behandeling als thuis bewogen wordt om het herstel goed te laten verlopen. Hierbij kunnen verschillende manieren gebruikt worden om patiënten gemotiveerd te krijgen en houden. Waarbij ik graag wil weten hoe u patiënten motiveert te bewegen binnen groepsbehandelingen.
- Eerder werden er alleen maar behandelingen gegeven waarbij er direct contact was met een therapeut. Echter tegenwoordig worden er steeds meer technologieën geïntroduceerd binnen de zorg, zoals thuis train websites.
- Thuis train websites zijn internet sites die het mogelijk maken om thuis op afstand een behandeling te krijgen in plaats van op “Het Roessingh”. Dit kan bijvoorbeeld met filmpjes van oefeningen, een online agenda, de mogelijkheid om via video of e-mail vragen te stellen aan therapeuten of lotgenoten. Op het “Roessingh Research and **Development**” (RRD) is een thuis train website in ontwikkeling.

- Ik wil u graag een aantal vragen stellen om te kijken welke groepsmotivatiestrategieën u gebruikt om uw patiënten te laten bewegen en hoe dit er uit kan zien op een dergelijke thuis train website? Dit doen we omdat patiënten elkaar kunnen helpen en motiveren bij het revalideren waardoor de beweegmotivatie en het herstel kan toenemen.
- Om duidelijk te krijgen hoe u hier naar kijkt wil ik u een aantal vragen stellen over groepsbehandelingen, op welke wijze u patiënten motiveert binnen groepsbehandelingen en het gebruik van thuis training websites bij de behandeling. Het doel van het interview is te achterhalen hoe u patiënten motiveert bij het bewegen in een groep en hoe u denkt over thuis training websites.
- Het interview zal ongeveer 30 mintuten in beslag nemen. Het zal opgenomen worden (indien toestemming). Anonieme behandeling van de gegevens. Vertrouwelijkheid gegarandeerd. Opmerkingen niet terug te herleiden tot een persoon.
- Heeft u verder nog vragen?

(Begin tijdstip noteren voor start eerste vraag)

1 Groepsbehandelingen

1a Kunt u vertellen hoe u kijkt naar groepsbehandelingen? Waarom? Kunt u dit verder toelichten?

1b Wordt de beweegmotivatie bij patiënten vergroot door het behandelen in groepen? Waarom?

2 Motivatiestrategieën binnen groepsbehandelingen

Zoals eerder gezegd kan er bij groepsbehandelingen, de groep zelf, gebruikt worden om de groep te motiveren

2a Kunt u groeps-elementen/strategieën noemen die u toepast of herkent uit de praktijk waardoor patiënten gemotiveerd raken?
(markeer genoemde strategieën in blad 2 en vraag verder uit)

U heeft net de volgende strategieën genoemd

2b Heeft u het idee dat u alle groepsstrategieën die u gebruikt om te motiveren heeft genoemd? (Blijven vragen tot antwoord: JA)

Samenvatten!

Er zijn nog een aantal strategieën die ik u voor wil leggen om te achterhalen hoe u hier naar kijkt en of u ze nuttig vindt tijdens de behandeling of op een thuis train website

(ga verder bij blad 2a met psychosociale strategieën)

Naast de manieren die u noemde zijn er nog een aantal strategieën waardoor patiënten gemotiveerd kunnen raken. Deze wil ik u voorleggen om te kijken hoe u hier naar kijkt en of u deze gebruikt om patiënten te motiveren, tijdens een groepsbehandeling of een thuisstraining website. Deze motivatiestrategieën zal ik telkens toelichten met een voorbeeld situatie, waarna ik vijf standaard vragen stel. Het kan voorkomen dat het overeen komen met elementen/strategieën die u net al noemde.

1. Door het *vooraf kijken naar andere* ziet de patiënt hoe groepsgenoten een oefening uitvoeren, dit heet *modelling*. Maakt u op deze of andere wijze gebruik van *modelling* om patiënten te motiveren te bewegen

1. Waarom maakt u wel of niet gebruik van deze strategie?
6. (ja) Kunt u een voorbeeld geven van een toepassing?
7. Wat is naar uw mening het effect op de beweegmotivatie bij een patiënt?
8. Zou u het toepassen op een thuis train website?
9. Kunt u een voorbeeld geven hoe u het zou toepassen op een thuis training website?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

2. Het achteraf geven van beloningen of feedback na afloop van een behandeling, kan het gedrag versterken, dit worden *reinforcers* genoemd. Maakt u, of de patiënten zelf tijdens de therapie gebruik van *reinforcers* om de beweegmotivatie te vergroten?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

3. Binnen een groep is het mogelijk dat groepsgenoten elkaar steunen wanneer ze het moeilijk hebben tijdens de therapie, dit is *emotionele steun*. Past u *emotionele steun* toe of herkent u dit uit de praktijk om de beweegmotivatie te vergroten?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

(ga verder bij blad 2b met psychosociale strategieën)

4. Binnen een groep is het mogelijk dat groepsgenoten hun vrije tijd of gebeurtenissen met andere delen, dit noemen ze sociaal gezelschap. Laat u of zoeken patiënten zelf *elkaars gezelschap* tijdens de behandeling?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

5. Wanneer een patiënt goed zijn oefeningen uitvoert dan kan deze complimenten krijgen van andere groepsleden, dit is sociale Erkenning. Vindt er onderling tussen patiënten binnen een behandeling *Erkenning* plaats?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

6. Binnen een groep is het mogelijk dat groepsgenoten elkaar informatie geven over de uitvoering van een oefening, Door de uitwisseling van informatie is er sprake van informatieve steun. Laat u of wordt er door de patiënten zelf *informatieve steun* gegeven?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

7. Binnen een groep is het mogelijk dat groepsgenoten een eigen medicijnbal uitlenen of iets voor een ander doen buiten de therapie, dit noemen we instrumentele ondersteuning. Vindt er *instrumentele ondersteuning* plaats onder groepsleden?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

8. Wanneer u binnen een groepsbehandeling patiënten de opdracht geeft de bal sneller dan de groepsgenoten naar de overkant van de oefenzaal te verplaatsen dan is er sprake van competitie. Maakt u gebruik van *competitie* tijdens de groepsbehandeling?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

----- (Verder met blad 2b)

9. Wanneer u aangeeft dat iedereen binnen de groep minimaal 3 keer thuis een oefening met de bal moet uitvoeren, dan is er sprake van een normatieve invloed. Maakt u gebruik van *normatieve invloed* tijdens de behandeling?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Wanneer een patiënt binnen een groepsbehandeling de opdracht krijgt om samen met de andere groepsleden, een bal die alleen niet te tillen is, te verplaatsen naar de andere kant van de oefenzaal dan zullen patiënten onderling moeten samenwerken. Maakt u gebruik van *samenwerken* tijdens de groepsbehandeling?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

-----*(controleer of alles gemarkeerd is en ga verder met vraag 2d)*

2d Kunt u, nu u dit gehoord heeft, nog andere manieren motivatie strategieën bedenken die u tijdens een groepsbehandeling kunt gebruiken?

2e Zou u andere strategieën toepassen bij verschillende doelgroepen?

2f Kunt u een top drie maken van de eerder genoemde strategieën, met daarbij een voorbeeld op welke wijze u het zou toepassen binnen een thuis training website?
1. 2. 3.....

(ga verder met blad 3)

3 Rol van technologieën binnen het behandeltraject

Dan gaan we verder met de volgende vragen die gericht zijn op zelf managementwebsites binnen het behandeltraject.

3a Kan de bijdrage van technieken als deze thuis train website een bijdrage leveren aan de motivatie te bewegen? Kunt u dat toelichten?

Vroeger werd er alleen maar face-to-face behandelingen gegeven. Echter tegenwoordig worden er steeds meer technologieën geïntroduceerd binnen de zorg, zoals thuis train websites. Hoe ziet u in de toekomst de rolverdeling tussen thuis training websites en reguliere behandelingen voor zich?

Ik wil u vragen om in dit diagram een lijn te tekenen voor de grote van de rol binnen het behandeltraject van thuis train websites (groen) en reguliere face-to-face behandelingen (blauw).

Intake

ontslag

(samenvatten en vragen of het volledig is)

Bijlage 3 Patiënten-interviewprotocol

Het Roessingh Res. & Dev.

Interview: psychosociale strategieën binnen groepsbehandelingen

Patiënt nr:

Naam onderzoeker: Jesper Brons

Diagnosegroep:

Datum afname:

Interview protocol

- Informed consent formulier voor deelname onderzoek later onder tekenen.
- Opname toestemmingsformulier laten ondertekenen
- Opname starten na tekenen toestemming verklaringsformulier.
- De vragen worden voorgelezen van papier
- De vragen hoeven niet chronologisch beantwoord te worden
- Om suggestieve vragen te voorkomen doorvragen middels vragen als “waarom?”; “hoe kijkt u hier naar?” of “Kunt u dit verder toelichten?”
- Het interview pas beëindigen wanneer alle vragen zijn beantwoord.
- Begin met voorstellen om vervolgens uitleg interview

Uitleg interview

- Om de behandeling te verbeteren willen we kijken of therapie via thuis train websites of persoonlijke gezondheidsinformatie via een telefoon wat ik straks verder zal toelichten.
- Thuis training websites, zijn internet websites die het mogelijk maken om thuis op afstand een behandeling te krijgen in plaats van op het Roessingh. Dit kan bijvoorbeeld met filmpjes van oefeningen, een online agenda, de mogelijkheid om via video of e-mail vragen te stellen aan therapeuten of lotgenoten.
- Hierbij willen we kijken of er behoefte is aan onderling contact tussen patiënten op een dergelijk thuis train website en hoe dit eruit zou moeten zien. Dit doen we omdat patiënten elkaar kunnen helpen en motiveren bij het revalideren waardoor de beweegmotivatie toeneemt.
- Onder bewegen verstaan wij, de mate van bewegen die specifiek voor uw situatie geschikt is, dit kan zijn dat het voor uw gezondheid beter is om minder of meer te bewegen.
- Het doel van het interview is te achterhalen welke rol er voor uw medepatiënt is weggelegd tijdens uw revalidatie door middel van groepen.

- Om duidelijk te krijgen wat u hier van vindt wil ik u een aantal vragen stellen over groepsbehandelingen, uw motivatie binnen groepsbehandelingen en het gebruik van thuis training websites bij de behandeling.
- Het interview zal ongeveer één uur in beslag nemen. Het zal opgenomen worden indien u toestemming hiertoe geeft. Uw gegevens worden anoniem behandeld. Vertrouwelijkheid gegarandeerd.
- Heeft u verder nog vragen?

(Begin tijdstip noteren voor start eerste vraag op blad 1, na ondertekenen van “informed consent” en uitvragen demografische factoren)

Demografische factoren:

- Geslacht:
- Bekent met diagnose:
- Ervaring met groepsbehandeling:
- Ervaring met telemedicine systemen:

1 Groepsbehandelingen

1a Kunt u vertellen wat u vindt van groepsbehandelingen? Waarom? Kunt u dit verder toelichten?

1b Heeft het behandelen in groepen invloed op uw motivatie om te bewegen? Waarom?

2 Motivatiestrategieën binnen groepsbehandelingen

Zoals eerder gezegd kan er bij groepsbehandelingen, de groep zelf elkaar onderling helpen en motiveren.

2a Kunt u mij vertellen waardoor u gemotiveerd raakt te bewegen tijdens een groepsbehandeling? (doorvragen patiënt)

(markeer genoemde strategieën in blad 2 en vraag verder uit)

U heeft net de volgende manieren genoemd

2b Heeft u het idee dat u alle manieren die u kunt bedenken om gemotiveerd te worden in een groep heeft genoemd?

Naast de manieren die u noemde zijn er nog een aantal manieren waardoor u gemotiveerd kunt raken. Deze wil ik u voorleggen om te kijken wat u hier van vindt en of u het idee heeft dat u hier meer door gemotiveerd wordt. Ik zal deze wijze om te motiveren telkens toelichten met een praktijksituatie,. Het kan voorkomen dat het overeen komt met hetgeen u net ook al heeft genoemd, desondanks zal ik alle vragen stellen.

Verder met blad 2a)

1. Door het *vooraf kijken naar andere* ziet u hoe andere groepsleden een oefening uitvoeren.

1. Past u het *vooraf kijken naar andere* toe tijdens de groepsbehandeling ?
2. Is het vooraf kijken naar andere belangrijk voor u?
3. Heeft u het idee dat het *vooraf kijken naar andere* invloed heeft op uw bewegen?

O 1 / 2 / 3

2. Het achteraf geven of krijgen van *beloningen of feedback* (terugkoppeling hoe het bewegen is gegaan) kan het bewegen beïnvloeden. (REINFORCER)

O 1 / 2 / 3

3. Binnen een groep is het mogelijk dat groepsgenoten elkaar *emotioneel steunen* wanneer ze het moeilijk hebben tijdens de therapie.

O 1 / 2 / 3

4. Binnen een groep is het mogelijk dat groepsgenoten hun vrije tijd of gebeurtenissen met andere delen, *elkaar gezelschap* houden bijvoorbeeld praten over koetjes en kalfjes.

O 1 / 2 / 3

5. Wanneer u of iemand anders in de groep een oefening goed uitvoert dan kan deze *complimenten* krijgen van andere groepsleden. (SOCIALE ERKENNING)

O 1 / 2 / 3

(Ga verder met blad

2b)

6. Wanneer u al ervaring heeft met een oefening dan is het mogelijk om dit te delen met andere groepsleden, om de ander te helpen. (INFORMATIEVE STEUN)

O 1 / 2 / 3

7. Binnen een groep is het mogelijk dat groepsleden oefen materialen uitwisselen (bv. gewichten, nordic walking stokken) of andere op een vereniging wijzen. Dan doe je iets buiten de therapie om voor een groepslid. (INSTRUMENTELE SETUN)

O 1 / 2 / 3

8. Wanneer u eerder aan de andere kant van de zaal wilt zijn dan andere groepsleden, dan is er sprake van competitie.

O 1 / 2 / 3

9. Wanneer u afspraken maakt over het aantal keer dat u thuis gaat oefenen, dan is er sprake van een persoonlijke *beweegnorm*.

O 1 / 2 / 3

Wanneer u met een ander groepslid een bank verplaatst tijdens de therapie dan is er sprake van *samenwerken*.

O 1 / 2 / 3

(alles gemarkeerd verder met vraag 2d)

2d Kunt u, nu u dit gehoord heeft, nog andere manieren bedenken hoe u gemotiveerd kan worden in een groep?

(Ga verder met blad 3a)

3 Rol van technologieën binnen het behandeltraject

Het Roessingh Res. & Dev.

Blad 3a: Rol van technologieën binnen het behandeltraject

patiëntnummer

We hebben het nu gehad over de motivatie wijze tijdens de therapie. Zoals ik eerder aangaf zijn we aan het kijken of er behoefte is onder patiënten aan een onderling contact met lotgenoten via een thuis trainwebsite. Ter verduidelijking wil ik u een filmpje laten dat gaat over een thuisrain website die hier op “Het Roessingh” wordt gebruikt. Daarna zal ik een aantal vragen stellen

(CLEAR FILMPJE TONEN & PDA DEMO)

Ik ga zo alle strategieën langs met de vraag of u hier behoefte aan heeft op een thuisrainwebsite en hoe u dit voor u ziet. Daarna zal ik voorbeelden geven van bestaande mogelijkheden op een thuis train website.

3a *Werkt u thuis wel eens met de computer? Hoeveel? Wat vind u hiervan?*

3b Kan de bijdrage van technieken zoals deze thuis train website een bijdrage leveren aan de motivatie te bewegen? Kunt u dat toelichten?

1. Zou u via een thuisrain website de mogelijkheid willen hebben om *vooraf naar andere* groepsleden te kijken? Waarom? Rol therapeut? Voorbeeld?
2. Zou u via een thuisrain website de mogelijkheid willen hebben om *feedback en/of beloningen* te geven aan andere groepsleden? Waarom? Rol therapeut? Voorbeeld?
3. Zou u via een thuisrain website de mogelijkheid willen hebben om *emotionele steun* te kunnen geven aan andere groepsleden? Waarom? Rol therapeut? Voorbeeld?
4. Zou u via een thuisrain website de mogelijkheid willen hebben om elkaar *gezelschap* te houden en te kunnen praten over koetjes en kalfjes met andere groepsleden? Waarom? Rol therapeut? Voorbeeld?

(ga verder met blad 3b)

5. Zou u via een thuistrain website de mogelijkheid willen hebben om complimenten te kunnen geven aan andere groepsleden? Waarom? Rol therapeut? Voorbeeld?
6. Zou u via een thuistrain website de mogelijkheid willen hebben om *informatie* bijvoorbeeld op basis van ervaringen willen delen met andere groepsleden? Waarom? Rol therapeut? Voorbeeld?
7. Zou u via een thuistrain website de mogelijkheid willen hebben om materialen of verenigingen te delen met andere groepsleden? Waarom? Rol therapeut? Voorbeeld?
8. Zou u via een thuistrain website de mogelijkheid willen hebben om competitie met andere groepsleden te willen? Waarom? Rol therapeut? Voorbeeld?
9. Zou u via een thuistrain website de mogelijkheid willen hebben om afspraken te maken met andere groepsleden om beweegnormen te delen? Waarom? Rol therapeut? Voorbeeld?
10. Zou u via een thuistrain website de mogelijkheid willen hebben om te kunnen samenwerken met andere groepsleden? Waarom? Rol therapeut? Voorbeeld?

3c Kunt u een top drie maken van de eerder genoemde motivatiewijze, met daarbij een voorbeeld op welke wijze u het zou toepassen binnen een thuis training website?
1. 2. 3.

----Laat de powerpoint zien met de verschillende mock-ups en stel de vragen van blad 3c

Sociale leren

Modelling

Het is mogelijk om succes ervaringen te delen, situaties die u overwonnen maar ook situaties waar het iets minder ging!

- *Zou u gebruik maken van de mogelijkheid om succeservaringen te delen met andere, zodat groepsleden al vooraf kunnen zien hoe ze iets kunnen aanpakken?*

Reinforcers

- *Zou u gebruik maken van deze toepassing om complimenten te geven aan iemand anders, waarom?*

Sociale steun

Zou u gebruik maken van een forum, om in contact te komen met andere?Waarom?

- *Zou u een forum gebruiken om iemand emotioneel te kunnen steunen?*
- *Zou u een forum gebruiken om ervaringen en informatie uit te wisselen?*
- *Zou u een forum gebruiken om over alle dagse dingen te hebben?*
- *Zou u een forum gebruiken om materialen uit te wisselen of te wijzen op een vereniging?*
- *Zou u kiezen voor aparte fora of alles binnen één forum?*
- *Zou u willen dat de professional betrokken is op een forum? Waarom?*

Sociale vergelijking

- *Wat vindt u hier van? Zou zo'n toepassing invloed hebben op uw bewegen?*
- *Wat vindt u van een competitie, dat het doel is om zo snel mogelijk je doelen te behalen? Waarom?*
- *Wat vindt u van een beweegnorm? Dat er aangegeven wordt hoeveel u moet bewegen per week? Waarom?*
- *Wat zou u van samenwerken? Met de gehele groep één gezamenlijk doel bereiken?*

_____ (ga verder met blad 3d)

Vroeger werden er alleen maar één-op-één of groepsbehandelingen gegeven. Echter tegenwoordig worden er steeds meer technologieën geïntroduceerd binnen de zorg, zoals thuis train websites. Het is de vraag welke rol deze thuis train websites zullen krijgen binnen de revalidatie.

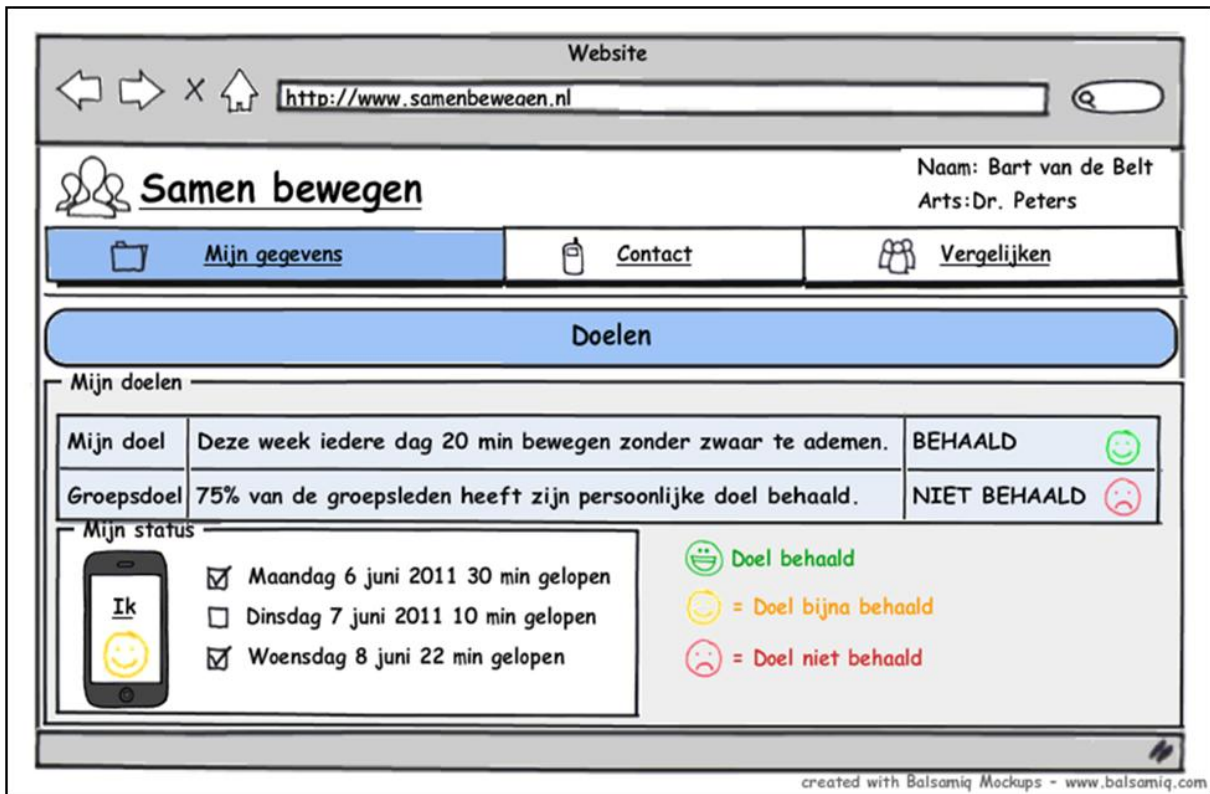
3c Hoe zou volgens u een thuistraining website het beste kunnen worden ingezet bij de behandeling van uw klachten?

Intake

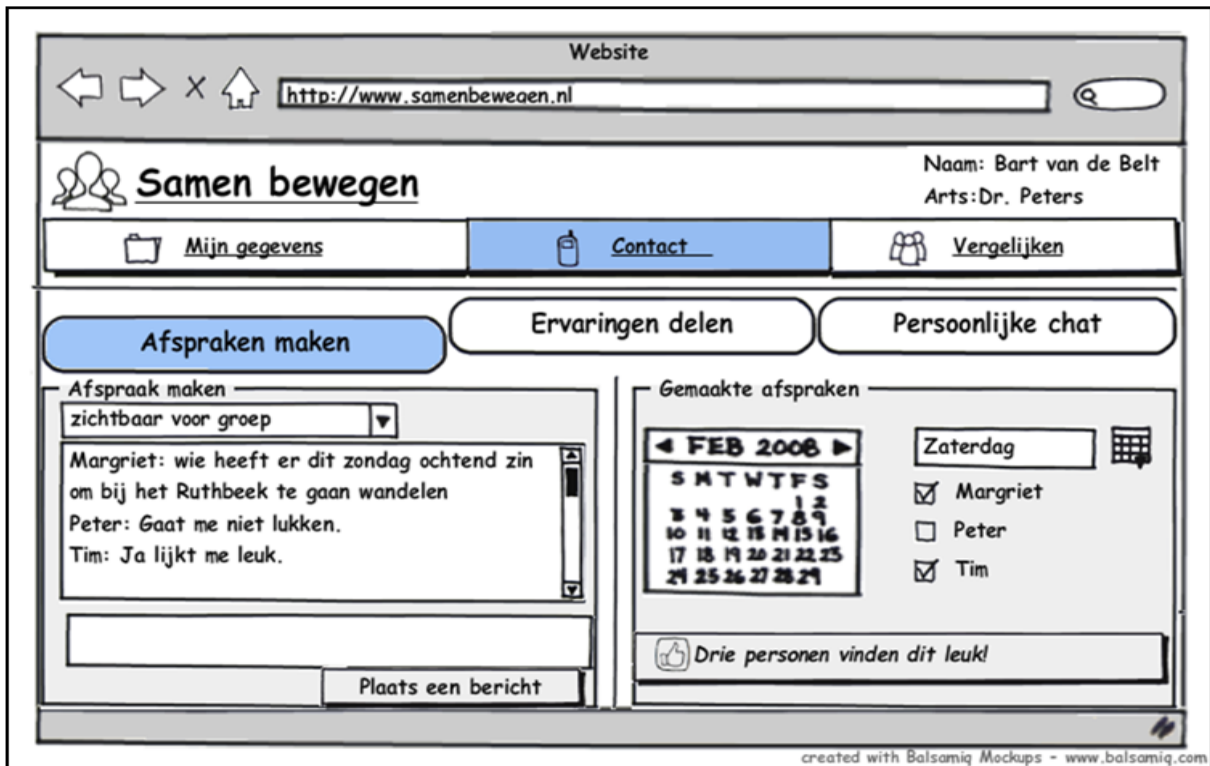
ontslag

Bijlage 4 Mock-ups van telemedicine groepstoepassingen

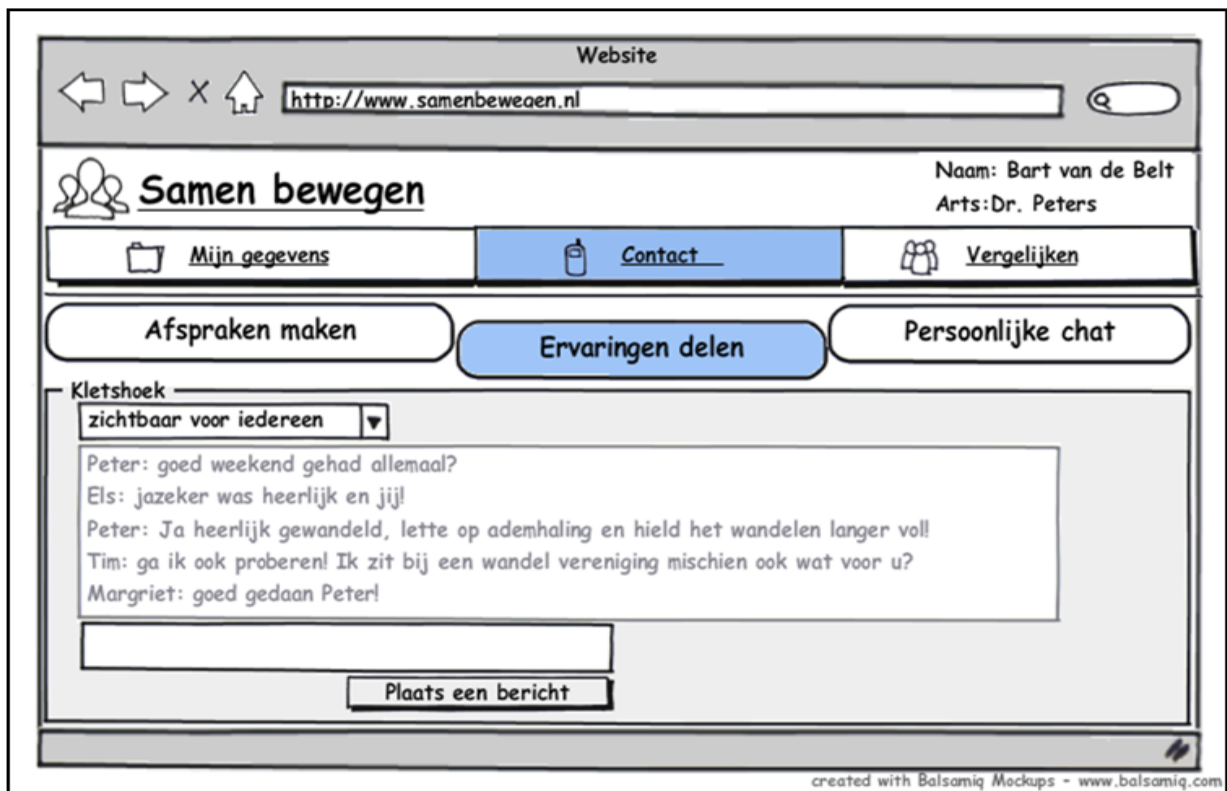
Mock-up 1: Persoonlijke gegevens



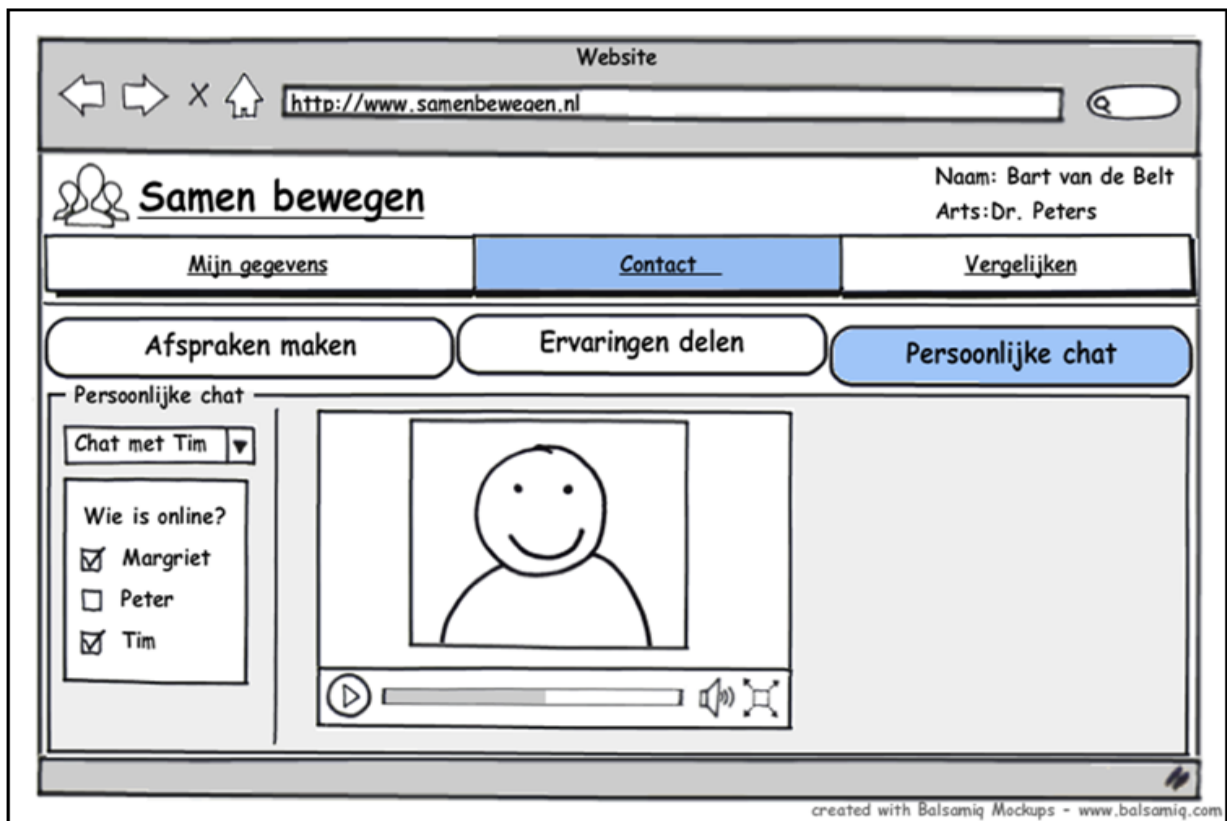
Mock-up 2: Afspraken maken en complimenten geven



Mock-up 3: ervaringen delen (Forum)



Mock-up 4: persoonlijke chat (webcam)



Mock-up 5: vergelijken via “Groepsdoel”

