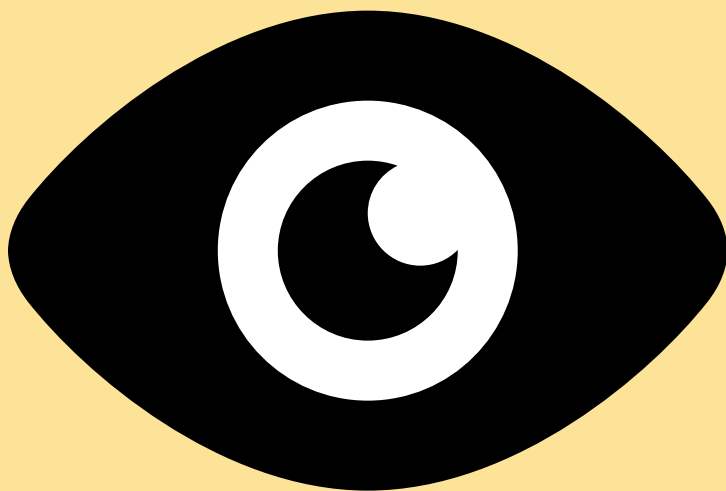


INFORMATIE VISUALISATIE

IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

.....



Lucie van den Driessche
Utrecht, 2013

COLOFON

Informatievisualisatie in de geestelijke gezondheidszorg.

Het toepassen in de communicatie tussen arts en cliënt.

Utrecht, 2013

Versienummer: 1

Status: ingeleverd

Lucie van den Driessche

Communicatie & Media Design

specialisatie: Visual Design

afstudeerprofiel: verbeelden en realiseren

lucievandendriessche@gmail.com

www.luciefer.nl

Hogeschool Utrecht

faculteit Communicatie & Journalistiek

Padualaan 99

3584 CH Utrecht

Begeleider: Bernard Weerdmeester

bernard.weerdmeester@hu.nl

Tweede begeleider: Daniël van der Meulen

Stijlbende

Martine Slagter

Bart van de Haterd

Damrak 225-2

1012 ZJ Amsterdam

020 33 017 44

www.stijlbende.nl

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	6
SAMENVATTING	8
INTRODUCTIE	
1. INLEIDING	10
2. LEESWIJZER	14
3. THEORETISCH KADER	18
ONDERZOEK	
4. DESKRESEARCH	22
5. GESPREKKEN & VRAGENLIJSTEN	32
6. LITERATUURONDERZOEK	40
7. VERDIEPEND ONDERZOEK	54
8. VERBEELDEN & REALISEREN	60
9. TESTEN	68
AFRONDING	
10. EINDCONCLUSIE & DISCUSSIE	74
11. AANBEVELINGEN	82
REFERENTIES	85
BIJLAGEN	88



VOORWOORD

Vijf maanden geleden had ik het geluk te belanden bij Stijlbende aan de start van mijn afstudeerproject. Door de gedeelde interesse in het menselijk denken, heb ik daar de kans gekregen om dit te combineren met mijn andere passie: vormgeving. Behalve dat het onderwerp mij ontzettend heeft bezig gehouden, was het project ook een flinke uitdaging. Ik ben immers niet bekend in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg, en het is niet eenvoudig om iets nieuws te introduceren in een sector die vertrouwd is met de middelen en manieren die zich al bewezen hebben. Gelukkig stond ik er niet alleen voor.

Martine en Bart, heel erg bedankt voor het meedenken en brainstormen, voor de inzichten en duwtjes in de goede richting, voor de ruimte en voor de gezelligheid. Ontzettend fijn dat ik bij jullie de gelegenheid heb gekregen om iets te doen wat ik leuk vind, en ik hoop dat de resultaten uit dit onderzoek jullie nog vaak van dienst zullen zijn.

Verder wil ik George Westermann bedanken voor de inspiratie en de hulp in het moeilijke begin, en Daniël Beetsma voor het brainstormen en de input voor het beroepsproduct. Iedereen die heeft bijgedragen door zijn of haar eigen verhaal te vertellen, bedankt voor het meedenken en de inspiratie. Bernard Weerdmeester, begeleider vanuit Hogeschool Utrecht, bedankt voor de kritische blik.

Natuurlijk mijn lieve familie en Fabian bedankt voor alle steun en liefde (en hulp bij JQuery), zonder jullie was het niet gelukt.

Lucie van den Driessche
Utrecht, 15 augustus 2013



SAMENVATTING

Sinds 2010 zet Stijlbende zich in voor het visueel en inzichtelijk maken van ingewikkelde informatie. Omdat het bedrijf merkte dat in de gezondheidszorg wél veel ingewikkelde informatie inzichtelijk moet worden gemaakt, maar níet of nauwelijks gewerkt wordt met visualisaties, is dit onderzoek van start gegaan. De focus is komen te liggen op de geestelijke gezondheidszorg, en de vraag die wordt beantwoord, luidt als volgt:

- » Hoe kan informatievevisualisatie de communicatie tussen arts en cliënt binnen de geestelijke gezondheidszorg verbeteren?

Aan de hand van een kleinschalig, kwalitatief onderzoek, wordt een beeld geschetst van de huidige situatie, de behoeften en wensen van artsen en cliënten, en het begrijpen van visuele informatie en de mogelijkheden die dit met zich mee brengt. De methodes die daarbij zijn toegepast, zijn deskresearch, literatuuronderzoek, en gesprekken en vragenlijsten. Daaruit blijkt onder andere dat visualisaties goed ingezet zou kunnen worden om arts en cliënt meer op hetzelfde niveau met elkaar te laten communiceren, waarbij gelaagdheid in informatie, veel interactie en eerlijke, duidelijke en persoonlijke informatie belangrijk is. Op die manier zal de cliënt meer inzicht krijgen in de situatie, wat zorgt voor een open, positieve en gemotiveerde houding.

Vervolgens wordt het verdiepend onderzoek beschreven, dat leidt tot de uitwerking van de beroepsproducten. Dit zijn een checklist voor Stijlbende, waarop de conclusies van het onderzoek kort en bondig worden gepresenteerd, en een serie visualisaties over de behandelmethode EMDR. Deze serie dient als voorbeeld voor het integreren van informatievevisualisatie in de geestelijke gezondheidszorg. Het product kan ingezet worden als psycho-educatie aan het begin van de behandeling en representeert de belangrijkste conclusies uit het onderzoek: informatie moet persoonlijk en interactief zijn, herkenbare elementen bevatten, identificeren mogelijk maken, en opgedeeld zijn in meerdere niveau's. Het geheel moet een positieve uitstraling hebben en gebruik maken van abstracte vormen en beeldmetaforen.

1

1.1	AANLEIDING	10
1.2	ONDERZOEKSVRAAG & DEELVRAGEN	11
1.3	METHODIEK	11
1.4	BEROEPSPRODUCTEN	12

INLEIDING

De interesse in infographics is in korte tijd enorm toegenomen, in bijna elke sector. Toch lijken bepaalde sectoren het gebruik van visualisaties minder makkelijk te adopteren dan anderen.

Een interessant voorbeeld hiervan is de gezondheidszorg. Ondanks dat duidelijke communicatie hier van groot belang is, staan visualisaties en krachtig grafisch ontwerp nog in de kinderschoenen. Ook Stijlbende, sinds 2010 actief in het visueel en begrijpelijk maken van ingewikkelde informatie, is dit opgevallen en het ontwerpbureau is op zoek naar een goede manier om zich te profileren in dit werkveld.

1.1 AANLEIDING

Stijlbende is erin geïnteresseerd om binnen de gezondheidszorg aan de slag te gaan met het visualiseren van patiëntinformatie, maar het is lastig gebleken om hiervoor een ingang te vinden. Ze hebben gezien dat zorginstellingen en patiënten aan het veranderen zijn. In het verleden was medische informatie alleen bij een arts te verkrijgen; tegenwoordig doen mensen zelf onderzoek op internet en willen ze mee kunnen denken over hun gezondheid en eventuele behandelingen. Zorginstellingen spelen in op deze verandering door de patient meer centraal te stellen en transparanter te werk te gaan. Betere informatievoorziening is hier een heel belangrijk onderdeel bij. Stijlbende heeft contacten bij verschillende zorginstellingen. Zij zien allemaal de meerwaarde van informatievevisualisatie en zijn er enthousiast over, maar er daadwerkelijk mee aan de slag gaan lijkt op dit moment een stap te vroeg.

Deze scriptie beschrijft het onderzoek dat binnen dit kader zal worden uitgevoerd. Het zal zich richten op de geestelijke gezondheidszorg. De inhoud van de informatie die hier wordt overgebracht is abstracter dan wanneer het gaat om alleen lichamelijke aandoeningen, en om die reden vanuit het oogpunt van een ontwerper erg interessant. Bovendien sluiten de contacten van Stijlbende goed aan bij dit onderwerp. Het doel is om te onderzoeken op welke manier informatievevisualisatie van nut kan zijn in de geestelijke gezondheidszorg.

1.2 ONDERZOEKSVRAAG & DEELVRAGEN

Om een oplossing te kunnen bieden voor het probleem dat Stijlbende beschrijft, is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

- » Hoe kan informatievisualisatie de communicatie tussen arts en cliënt binnen de geestelijke gezondheidszorg verbeteren?

Deze onderzoeksvraag gaat uit van de veronderstelling dat het visualiseren van informatie van toegevoegde waarde is bij de communicatie arts en cliënt. 'Op welke manier' is een vraag die pas daarna gesteld zou moeten worden. Bij Gesprekken & vragenlijsten en Literatuuronderzoek staat beschreven op welke onderbouwing deze stelling gebaseerd is.

Deelvragen:

1. Wat is de huidige situatie met betrekking tot communicatie tussen arts en cliënt?
2. Hoe ziet het traject eruit wat een cliënt op dit moment doorloopt?
3. Wat zijn de behoeften en wensen van zowel specialisten als cliënten op het gebied van informatieoverdracht?
4. Hoe werkt het begrijpen van visuele informatie en welke mogelijkheden en beperkingen biedt dit in de geestelijke gezondheidszorg?
5. Voor welk deel van de geestelijke gezondheidszorg is het interessant om een voorbeeld uit te werken?
6. Waar moet de visualisatie aan voldoen en waar moet rekening mee gehouden worden bij het ontwerpproces?

1.3 METHODIEK

Om op deze vragen antwoord te kunnen geven, zullen verschillende onderzoeksmethoden worden toegepast, waarbij de nadruk sterk op kwalitatief onderzoek ligt. De gekozen methoden zijn deskresearch, gesprekken en vragenlijsten en literatuuronderzoek. Bij het maken van deze selectie is onder andere gekeken naar de toepasbaarheid in de sector. Om die reden is bijvoorbeeld niet gekozen voor observatie als onderzoeksmethode. Gesprekken tussen artsen en cliënten zijn te persoonlijk van aard om daarbij aanwezig te mogen zijn.

De onderzoeksmethoden zullen (door elkaar) op meerdere deelvragen worden toegepast, waarbij deze niet alleen bevindingen bevestigen, maar ook aanvullen met nieuwe informatie. Welke methoden worden gebruikt voor welke deelvragen is te vinden in de Leeswijzer en in de methodebeschrijvingen aan het begin van elk hoofdstuk. Voor de ontwikkeling van het eindproduct wordt een specifieke richting gekozen. Om de visualisatie te optimaliseren voor het gekozen onderwerp en de bijbehorende doelgroepen, vindt verdiepend onderzoek plaats. Dit gebeurt grotendeels aan de hand van de eerder genoemde onderzoeksmethoden, met één belangrijk verschil: het ontwerp moet ook getest worden.

1.4 BEROEPSPRODUCTEN

De conclusies zullen aan Stijlbende worden gepresenteerd in de vorm van een checklist met aandachtspunten, benodigdheden en tips. Het eindproduct dat zal voortvloeien uit dit onderzoek is een visualisatie (of een serie visualisaties) die als voorbeeld dient voor de verbeterde communicatie tussen arts en patiënt. Daarnaast moet het iets zijn waar Stijlbende zowel qua content als vormgeving achter staat en wat ingezet kan worden om binnen de geestelijke gezondheidszorg te illustreren wat er mogelijk is. Het product dient dan als hulpmiddel bij de profilering van Stijlbende in deze sector.

2

LEESWIJZER

Het eerstvolgende hoofdstuk, hoofdstuk drie, beschrijft het theoretisch kader waarbinnen het onderzoek wordt uitgevoerd. Waar nodig, worden begrippen uit de onderzoeksvraag en deelvragen uitgelegd.

Daarna komen de hoofdstukken in het verslag overeen met de toegepaste onderzoeksmethoden. Bij de deelvragen van het onderzoek, die eerder zijn genoemd, zijn verschillende onderzoeksmethoden toegepast om een zo compleet mogelijk beeld te vormen.

1. Wat is de huidige situatie met betrekking tot communicatie tussen arts en cliënt?
deskresearch gesprekken & vragenlijsten vergelijkend onderzoek
2. Hoe ziet het traject eruit wat een cliënt op dit moment doorloopt?
gesprekken & vragenlijsten deskresearch
3. Wat zijn de behoeften en wensen van zowel specialisten als cliënten op het gebied van informatieoverdracht?
literatuuronderzoek gesprekken & vragenlijsten
4. Hoe werkt het begrijpen van visuele informatie en welke mogelijkheden en beperkingen biedt dit in de geestelijke gezondheidszorg?
literatuuronderzoek verdiepend onderzoek
5. Voor welk deel van de geestelijke gezondheidszorg is het interessant om een voorbeeld uit te werken?
verdiepend onderzoek deskresearch
6. Waar moet de visualisatie aan voldoen en waar moet rekening mee gehouden worden bij het ontwerpproces?
testend verdiepend onderzoek gesprekken & vragenlijsten

FIGUUR 1 Overzicht deelvragen en onderzoeksmethoden

Hoofdstuk vier en vijf hebben een verkennend karakter en richten zich op het beantwoorden van de eerste drie deelvragen. Het zesde hoofdstuk, het Literatuuronderzoek, is meer verdiepend. Per hoofdstuk wordt eerst de onderzoeksmethode beschreven, dan de resultaten en als laatste de conclusies in het licht van de onderzoeksvraag en de deelvragen.

4. Deskresearch. Het vierde hoofdstuk beschrijft de resultaten die verkregen zijn via internet en geeft meer duidelijkheid over de context van het onderwerp. Ook wordt hier gekeken naar wat er al bestaat aan visualisaties in de sector.

5. Gesprekken & vragenlijsten. In het vijfde hoofdstuk zijn de resultaten te vinden die verkregen zijn uit het voeren van gesprekken en het afnemen van vragenlijsten. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen cliënten en professionals. Dit is een belangrijk gedeelte van het onderzoek dat zwaar mee weegt bij het vormen van het eindproduct

6. Literatuuronderzoek. Het zesde beschrijft het literatuuronderzoek en gaat met name over het opslaan en begrijpen van visuele informatie, de vierde deelvraag, en de kansen en risico's met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg.

Na een tussentijdse samenvatting, volgt het deel van het onderzoek dat zich richt op de laatste twee deelvragen en het ontwerpproces van de eindproducten die voortvloeien uit het onderzoek. Dit deel is verdiepend en is bedoeld om concreet te krijgen hoe de visualisatie eruit moet komen te zien en voor wie deze gemaakt wordt. Het richt zich op een specifiek deel van de geestelijke gezondheidszorg, waarbinnen het eindproduct getest zal worden.

7. Verdiepend onderzoek. Het verdiepend onderzoek is eigenlijk geen op zichzelf staande onderzoeksmethode. In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken uit verdiepende gesprekken en deskresearch, en is bedoeld om meer inzicht te krijgen in het onderwerp van het beroepsproduct.

8. Verbeelden & realiseren. Het achtste hoofdstuk beschrijft het beroepsproduct en de ontwerpkeuzes die, gebaseerd op de conclusies uit voorgaand onderzoek, gemaakt zijn tijdens het realiseren.

9. Testen. Hier wordt het prototype voorgelegd aan gebruikers binnen de doelgroep, aan de hand van testformulieren en het organiseren van een focusgroep.

10. In het hoofdstuk dat volgt worden de eindconclusies en discussies besproken. Hier zal eerst één voor één antwoord worden gegeven op de deelvragen, waarna er een oplossing wordt voorgesteld op de hoofdvraag.

11. Aanbevelingen. In het laatste hoofdstuk worden suggesties gegeven voor vervolgonderzoek naar aspecten die extra belicht kunnen worden. Ook ideeën voor toekomstige projecten over informatievevisualisatie in de geestelijke gezondheidszorg worden besproken.

De oplettende lezer zal gezien hebben dat literatuuronderzoek ook een vorm is van deskresearch, maar wel apart wordt behandeld in dit verslag. Deze scheiding is gemaakt omdat het literatuuronderzoek met duidelijk andere doelen wordt ingezet. In tegenstelling tot deskresearch, wat met name bedoeld is om duidelijkheid te creëren over de context van het onderwerp, is het doel van het literatuuronderzoek om meer kennis te vergaren over processen die te maken hebben met het begrijpen van visuele informatie. De verschillende insteek maakt dat het twee verschillende hoofdstukken zijn geworden.

3

THEORETISCH KADER

Informatievisualisatie en datavisualisatie zijn begrippen zonder een duidelijk begin en einde, waardoor ze op veel manieren te interpreteren zijn. Tot vrij recent betekende de term 'visualisatie' het construeren van een visueel beeld in de gedachten. Tegenwoordig betekent het meer zoiets als de grafische representatie van data of concepten ^[1]. In de geestelijke gezondheidszorg zou dit verwarring kunnen oproepen, omdat de term nog wel gebruikt wordt met betrekking tot de eerste genoemde betekenis. Daar moet rekening mee gehouden worden.

Merk op dat er onderscheid wordt gemaakt tussen data en meer conceptuele informatie. Bij dit onderzoek hebben we weinig te maken met grote aantallen cijfers en percentages, welke te verstaan zijn onder data ^[2]. Bij de informatieoverdracht van arts naar patiënt gaat het, in de geestelijke gezondheidszorg, veelal om conceptuele en abstracte informatie (bijlage E.2). Termen als 'gedachten', 'gedrag' en 'omgeving' komen regelmatig voorbij in de communicatie met patiënten. Als het in dit verslag gaat over 'informatie', moet dus vooral gedacht worden aan abstracte informatie die bedoeld is om de gebruiker inzicht te geven in theoriën waarin moeilijk structuur aan te brengen is.

In deze context is alle informatie die (onafhankelijk van het medium) wordt overgedragen van specialist naar patiënt en andersom, te verstaan onder 'communicatie'. De patiënt is hier de hulpzoekende en vraagt de specialist om een dienst: het inzetten van zijn kennis en expertise met als doel het welzijn van de patiënt te verbeteren. Er bestaat een niveauverschil tussen arts en patiënt als het gaat over geestelijke gezondheid, therapie, medicatie, enz.. Het is daarom vooral belangrijk dat informatie inzichtelijk gemaakt wordt voor de patiënt en dat die wordt meegenomen bij de stappen van het ontwerpproces. Het onderzoek richt zich op hoe dit niveauverschil in de communicatie zo klein mogelijk gemaakt kan worden.

Met 'verbeteren' wordt meer bedoeld dan puur en alleen het inzichtelijk maken van ingewikkelde informatie. Als de ene manier van communiceren onder dezelfde omstandigheden de patiënt met minder moeite een duidelijk en compleet beeld geeft van de gepresenteerde informatie dan de andere, dan is de eerstgenoemde manier zeer

1 Ware, C. (2004). *Information visualization: Perception for design*, 2nd dition

2 McSweeney, J. (2013). *M150 Data, computing and Information: Differences between data and information*. <http://bit.ly/x3hSD4>

waarschijnlijk beter. Verder zal uit het onderzoek moeten blijken met welk doel (of welke doelen) visualisaties ingezet kunnen worden, en wat dus precies onder ‘verbeteren’ te verstaan zal zijn.

Onder de groep ‘cliënten’ valt iedereen die, als hulpzoekende, ervaring heeft (gehad) met de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij wordt nog geen onderscheid gemaakt in geslacht, leeftijd of opleidingsniveau. De mogelijkheid bestaat wel dat één of meer van deze factoren van invloed zijn op de onderzoeksresultaten en het beroepsproduct.

Verder is het belangrijk om te weten dat in de gezondheidszorg in Nederland onderscheid wordt gemaakt tussen lichtere zorg (eerstelijns) en meer intensieve zorg (tweedelijns). Voor de geestelijke gezondheidszorg betekent dit het verschil tussen enkele gesprekken en/of online hulp, of een behandeling van langere duur en in sommige gevallen opname in een GGZ-instelling of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Dit zijn vormen van hulpverlening waarbij een verwijzing van de huisarts vereist is^[1].

Met eerste- en tweedelijnszorg wordt in dit verslag dus gerefereerd naar de ernst van de ziekte/klachten van de cliënt.

¹ Rijksoverheid. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), vraag & antwoord. <http://bit.ly/WjjogX>

4

4.1	METHODE	22
4.2	RESULTATEN	23
4.2.1	INFORMATIEVISUALISATIE	23
4.2.2	GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	24
4.2.3	DE OVERHEID EN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	26
4.2.4	E-MENTAL HEALTH	26
4.2.5	VERGELIJKEND ONDERZOEK	27
4.3	CONCLUSIES	28

DESKRESEARCH

Het hele onderzoek heeft een sterk kwalitatieve benadering. De geestelijke gezondheidszorg is een ontzettend brede sector, waarin verschillende aandoeningen vragen om een heel verschillende manier van omgang en behandelen. Het uitvoeren van voornamelijk kwantitatief onderzoek zou betekenen dat de resultaten gecategoriseerd en gerangschikt moeten worden om relevante patronen te kunnen ontdekken. Vanuit het oogpunt van de patiënt kan dit erg gevoelig liggen, omdat iedereen zijn of haar geestelijke aandoening op een eigen manier ervaart en deze op een heel persoonlijke manier 'aanpakt' en integreert in het leven dat hij of zij leidt.

De kwantitatieve conclusies die in dit verslag te vinden zijn, komen voort uit ander onderzoek, uitgevoerd door bijvoorbeeld de GGZ, het Trimbos Instituut of de Rijksoverheid. Ze zijn vooral bedoeld om de omvang en context van het probleem te schetsen, en zijn grotendeels te vinden in dit hoofdstuk

4.1 METHODE

Door middel van deskresearch is het mogelijk om wat meer inzicht te krijgen in communicatie binnen de geestelijke gezondheidszorg. Aan de hand van cijfers en actuele artikelen wordt meer duidelijk over de context en de mate waarin de sector gebaat zou zijn bij het inzetten van informatievevisualisatie. Daarbij wordt gezocht op websites van partijen die veel onderzoek doen in de geestelijke gezondheidszorg (Trimbos Instituut, GGZ), overheidsinstellingen en patiëntenverenigingen.

Deskresearch heeft in dit onderzoek een verkennend karakter. Via internet kan worden ingeschat waar voor instellingen, patiëntenverenigingen en cliënten prioriteiten en zwaartepunten liggen, en wat de status is met betrekking tot visueel communiceren. De resultaten zullen vooral bijdragen aan het antwoord op de eerste en vijfde deelvraag:

- » Wat is de huidige situatie met betrekking tot communicatie tussen arts en cliënt?
- » Voor welk deel van de geestelijke gezondheidszorg is het interessant om een voorbeeld uit te werken?

4.2 RESULTATEN

4.2.1 Informatievisualisatie

De interesse in informatievisualisatie neemt steeds meer toe^[1], en dat is goed te verklaren. Vandaag de dag worden we aan vijf keer meer informatie blootgesteld dan ongeveer vijftien jaar geleden. De hoeveelheid informatie die we dagelijks voorgeschoteld krijgen, staat gelijk aan 174 kranten, in vergelijking met 24 kranten in 1986^[2]. We lijden aan een *information overload*.

Het visualiseren van informatie die anders weergegeven zou worden door lappen tekst, kan in veel gevallen een hele goede uitkomst bieden. Want hoe meer informatie er per dag op ons af komt, hoe minder tijd en aandacht we hebben voor deze informatie en hoe meer er langs ons heen zal gaan. We moeten kunnen filteren. Bij dit filteren heeft visuele informatie automatisch een voorsprong op tekstuele informatie, vanwege de hogere intensiteit van de prikkels die in de hersenen binnen komen^[3]. In het licht van dit gegeven en de eerder genoemde *information overload*, is de groei in populariteit van informatievisualisatie geen verrassing.

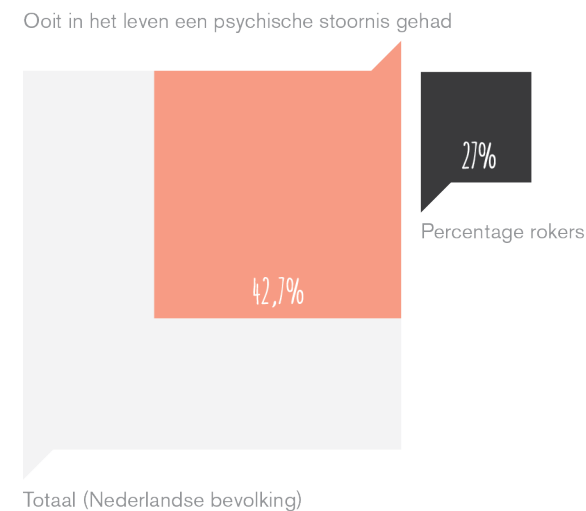
Maar informatievisualisatie doet meer, zo vindt ook Stijlbende. Visualisaties kunnen niet alleen tekst vervangen, het maakt de informatie ook toegankelijker en begrijpelijk voor een breed publiek. Meer over de toegevoegde waarde van visuele communicatie is te vinden in het hoofdstuk Literatuuronderzoek.

1 Google Trends. 'Infographics', interesse in de loop der tijd in Nederland. <http://bit.ly/16lzlh9>

2 Alleyne, R. (2011). Welcome to the information age – 174 newspapers a day. The Telegraph, Verenigde Staten.

3 Dombrowe, I. C. (2011). *Bottom-up and top-down selection in time*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

4.2.2 Geestelijke gezondheidszorg



FIGUUR 2 (bron: Trimbos Instituut, <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/feiten-cijfers-en-beleid/psychische-stoornissen/psychische-stoornissen-in-nederland/psychische-stoornissen-ooit-in-het-leven>)

In Nederland heeft 42,7% van alle volwassenen tussen 18 en 64 jaar ooit in het leven last gehad van een psychische stoornis. Stemmingsstoornissen, angststoornissen en gedragsstoornissen zijn het meest voorkomend^[1]. Om een indruk te geven: dat is een stuk meer dan bijvoorbeeld het percentage rokende Nederlanders, dat rond de 27% ligt^[2]. Deze groep is enorm gevarieerd: jong en oud, man en vrouw, autochtoon en allochtoon, stads en dorps, hoog- en laagopgeleid, et cetera. Ontzettend veel mensen zouden dus gebaat zijn bij betere, meer visuele vormen van communiceren.

1 Trimbos Instituut (2010). Alle stoornissen op een rij. <http://bit.ly/16chzj1>

2 Nationaal Kompas Volksgezondheid. Hoeveel mensen roken? <http://bit.ly/03mtL4>

Top 8 aandoeningen naar ziektebelasting, 2007

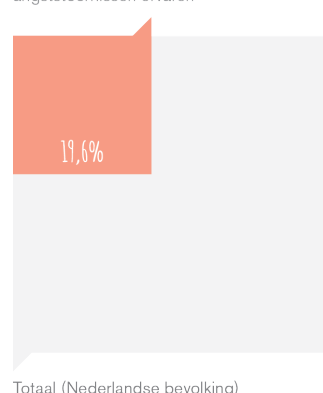


FIGUUR 3 (bron: GGZ factsheet kerncijfers, 2010)

Ziektebelasting wordt gemeten in DALY's, 'Disability-Adjusted Life-Years', en combineert de jaren verloren door ziekte en de jaren verloren door sterfte met ziekte als oorzaak^[1]. In deze lijst zijn zowel psychische als lichamelijke aandoeningen opgenomen, waardoor goed te zien is hoe zwaar psychische stoornissen meetellen in de dagelijkse gang van zaken. De groep angststoornissen staat op de derde plek en depressie op de vierde.

1 Nationaal Kompas Volksgezondheid. Ziektebelasting in DALY's. <http://bit.ly/vVZ1A8>

Ooit in het leven één of meer angststoornissen ervaren



FIGUUR 4 (bron: Trimbos Instituut, <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/angststoornissen-algemeen/feiten-en-cijfers>)

Minder dan de helft van de mensen met een angststoornis ontvangt hiervoor psychische hulp^[1], waarschijnlijk vanwege de aard van veel angststoornissen. Dit zou kunnen verklaren waarom de ziektebelasting zo hoog is. Het is een probleem wat wellicht kan worden aangepakt door het inzetten van alternatieve manieren van communiceren.

1 GGZ Nederland (2010). *Zorg op waarde geschat, update: sectorrapport ggz 2010*. <http://bit.ly/18vEjLb>

4.2.3 De overheid en de geestelijke gezondheidszorg

In juni 2012 verscheen er een akkoord over de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Het akkoord werd gesloten tussen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, beroepsverenigingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties^[1]. Drie belangrijke doelen werden genoemd:

- » de zorg dichterbij de patiënt brengen
- » de zorg beter en efficiënter maken
- » de zorg betaalbaar houden

In het kader van dit onderzoek zijn vooral de eerste twee doelen interessant. Het beter en efficiënter maken van de zorg wordt later in het artikel nader uitgelegd. Het houdt in dat de resultaten beter zichtbaar moeten worden, hulpverleners de informatie beter moeten afstemmen en dat online-hulpverlening (e-mental health) een grotere rol moet gaan spelen. Door middel van informatievisualisatie kan de informatie worden versimpeld, verduidelijkt en optimaal worden aangepast aan de beleavingswereld en het niveau van de patiënt. Dit past goed in de meer patiëntgerichte aanpak waar de zorgsector naar streeft.

4.2.4 E-mental health

Bij het persoonlijk en relevant maken van informatie in de gezondheidszorg, loop je al snel tegen de term e-health aan. E-health houdt in dat ICT en internet ingezet worden voor zorg-op-afstand, zelfmanagement, online therapie, hulpverlening en preventie^[2]. De inzet en het gebruik van e-health neemt steeds meer toe. Dat geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg: tussen 2007 en 2010 is het aantal mensen dat via internet hulp kreeg voor een depressie of eetstoornis verdrievoudigd^[3]. In de geestelijke gezondheidszorg spreken we over e-mental health.

1 Rijksoverheid (2012). Ggz effectiever en betaalbaarder. <http://bit.ly/1eKtUwI>

2 Nederlandse Vereniging van E-health. <http://www.nveh.nl/>

3 Trimbos Instituut. E-mental health. <http://bit.ly/16lFQpE>

Het inzetten van e-mental health heeft, naast financiële voordelen, nog een paar andere goede kanten die ook namens de patiënt de populariteit verklaren: het gebruik van internet is laagdrempelig en anoniem, internet is dag en nacht beschikbaar, en het is een goede manier om groepen te bereiken die niet naar de reguliere GGZ gaan of niet door de reguliere GGZ bereikt worden ^[1].

Een onderzoek van Stichting Pandora noemt nog als voordelen dat het gemakkelijk is om met lotgenoten in contact te komen, het biedt het de mogelijkheid om gevoelige punten zorgvuldig te formuleren en informatie kan worden opgeslagen en teruggelezen ^[2]. Nadelen van e-health zijn er zeker ook. Zo wordt genoemd dat het inzetten ervan alleen geschikt is voor een bepaalde groep mensen, bijvoorbeeld taalvaardig en computervaardige mensen. Bovendien richt de informatie zich vaak op slechts één aandoening, wat geen recht doet aan de complexe werkelijkheid. “Psychische problemen zijn zeer multifactorieel: er is vaak sprake van meerdere psychische problemen naast elkaar in combinatie met somatische en sociale problematiek.” ^[3] Een mogelijke oplossing is de informatie minder richten op de diagnose en meer op de soorten klachten. Verder zijn de positieve effecten van e-health zeer doelgroepafhankelijk, dus moet elke stap van het ontwerpproces gemaakt worden met de doelgroep in het achterhoofd ^[4].

4.2.5. **Vergelijkend onderzoek**

Een beschrijving van het vergelijkend onderzoek, met uitgeschreven analyses en voorbeelden, is te vinden in [bijlage A](#). Hier volgt een beschrijving van de belangrijkste resultaten.

Patrick Smith, grafisch ontwerper, heeft een serie minimalistische posters ontworpen die psychische stoornissen op een abstracte manier visualiseren ([bijlage A.1.3](#)). In de comments op de blogpost waarin de posters werden gepubliceerd, ontstonden interessante discussies. Bij het visualiseren van de essentie van psychische stoornissen, klopt het niet om alles strak en netjes te centreren en volgens een grid in te delen, omdat een stoornis zo niet ervaren wordt. Maar omdat het eindproduct dat uit dit onderzoek voortkomt niet perse bedoeld is om anderen uit te leggen hoe iemand met een stoornis zich voelt maar om de persoon met de stoornis meer inzicht en zekerheid te geven, is dit op het eindproduct minder van toepassing. Toch is het de moeite waard om te onthouden, want het geeft wel aan hoe gevoelig het ligt als je als vormgever doet alsof je weet hoe een psychische stoornis in elkaar steekt. Bovendien is dit project een mooi voorbeeld van de neiging die mensen hebben om zich te identificeren met het ‘onderwerp’ van de afbeeldingen, wat in dit geval niet meer is dan een vierkantje of een cirkel.

Het Dialoogmodel ([bijlage A.1.2](#)) is een goed voorbeeld van het toegankelijk maken van ingewikkelde informatie. Moeilijke termen uit de psychologie zijn versimpeld, zoals ‘gedachten’ in plaats van ‘cognitie’. Het poppetje is met opzet simpel getekend, zodat kinderen zichzelf er gemakkelijk in kunnen herkennen. Toch, vertelt George Westermann, wordt er af en toe opgemerkt dat het kuifje van het poppetje niet goed overeenkomt met het kapsel van de cliënt, of dat hij wel erg mager is. Vergelijk dit met het vorige voorbeeld en het lijkt erop dat hoe abstracter de vorm is, hoe minder moeite mensen (als abstracte denkers), hebben om zichzelf te herkennen in het ontwerp.

Goed nadenken over primaire visuele concepten, zoals kleur, vorm, lijnen en ruimte, is essentieel voor een heldere communicatie. Verder moet erop gelet worden dat het vormgeven vanuit het concept niet onder doet aan de duidelijkheid en inzichtelijkheid van de informatie. Hetzelfde geldt voor de gekozen vorm en het medium.

4.3 CONCLUSIES

Een aanzienlijk deel van de bevolking heeft ooit in het leven te maken gehad met één of meer psychische stoornissen, en is dus in aanraking geweest met de geestelijke gezondheidszorg. Angststoornissen, stemmingsstoornissen en gedragsstoornissen komen het meest voor. Een groot aantal mensen zou dus gebaat zijn bij betere, visuele communicatie in de geestelijke gezondheidszorg. Angststoornissen veroorzaken grote

1 Trimbos Instituut. E-mental health. <http://bit.ly/16lFQpE>

2 Huson, A., Nordeman, L. (2008). *Technologische ontwikkelingen in de GGZ: e-mental health en substituties nader bekeken*.

3 idem

4 Panteia (2012). E-health - Face-to-facebook. <http://bit.ly/19tQSLE>

ziektelast, ook in verhouding met somatische (lichamelijke) ziektes. Dat geldt ook voor depressie, die op de volgende plek staat (zie figuur 4).

Bovendien is er veel interesse, zowel vanuit de overheid als de gezondheidszorg, in een meer patiëntgerichte aanpak, wat ook door Stijlbende is opgemerkt. De patiënt staat steeds meer centraal in de zorg. Met informatievevisualisatie kan hierop worden ingespeeld door de informatie toegankelijk te maken voor een brede doelgroep en begrijpelijk te maken voor publiek dat weinig gevoelig is voor tekstuele informatie. E-mental health (online-hulpverlening) is één van de middelen die al steeds meer wordt ingezet om de zorg dichterbij de patiënt te brengen.

Voordelen van e-health zijn: laagdrempelig en anoniem, altijd beschikbaar en het is een goede manier om groepen te bereiken die niet in de reguliere GGZ te vinden zijn. Nadeel is dat deze manier van communiceren alleen geschikt is voor computervvaardige en (omdat nu nog veel tekst gebruikt wordt) taalvaardige mensen, en de informatie richt zich vaak op één ziektebeeld.

Bij het ontwerpen voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg moet goed rekening gehouden worden met primaire visuele concepten zoals kleur, vorm, lijnen en ruimte. Het moet mogelijk zijn voor de patiënt om zich zonder moeite te identificeren met het onderwerp van de visualisatie. Dit lijkt vooral mogelijk te worden door zo min mogelijk definiërende details toe te voegen en het ontwerp abstract te houden. Op die manier kan een ontwerp persoonlijk gemaakt worden, zonder dat het echt gaat om persoonlijke informatie.

Er is genoeg basis om informatievevisualisatie te kunnen toepassen in de communicatie tussen arts en patiënt, maar daarbij moet goed gekeken worden naar wat de patiënt en arts willen en welke manier het beste werkt. In het volgende hoofdstuk worden gesprekken met beide partijen besproken, om hier meer inzicht in te krijgen.

5

5.1	METHODE	32
5.2	RESULTATEN	33
5.2.1	PROFESSIONALS	34
5.2.2	CLIËNTEN	35
5.3	CONCLUSIES	37

GESPREKKEN & VRAGENLIJSTEN

5.1 METHODE

In de geformuleerde onderzoeksvraag worden twee groepen beschreven die meegenomen worden in het onderzoek: de artsen (de professionals) en de cliënten. Dat zijn de stakeholders waar de nadruk op moet komen te liggen en deze kunnen worden beschouwd als doelgroepen. Natuurlijk worden de belangen van cliënten vaak vertegenwoordigd via patiëntenverenigingen en die van professionals via de instelling of het ziekenhuis waar zij werkzaam zijn. De focus moet echter niet liggen bij deze organisaties, maar bij de personen. De bedrijfsstructuur en -cultuur van ziekenhuizen en instellingen, het financiële wel en wee van verenigingen, de noodzaak om door te dringen in de politieke agenda; deze zaken zullen op de achtergrond blijven. De hoofdzaak is de communicatie tussen arts en cliënt.

Het voornaamste doel van de gesprekken en vragenlijsten is een beeld te krijgen van de belevingswereld en de behoeften van zowel arts als patiënt. De gesprekken en vragenlijsten zullen zich richten op het onderzoeken van de eerste drie deelvragen:

- » Wat is de huidige situatie met betrekking tot communicatie tussen arts en cliënt?
- » Hoe ziet het traject eruit wat een cliënt op dit moment doorloopt?
- » Wat zijn de behoeften en wensen van zowel specialisten als cliënten op het gebied van informatieoverdracht?

Het streven is van iedere kant vijf mensen te spreken; professionals met verschillende expertises en patiënten met verschillende psychische aandoeningen.

De vragen aan patiënten gaan vooral over hun ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg en wat ze graag zien in de communicatie met hulpverlening. De vragen aan de professionals gaan over wat ze belangrijk vinden in hun werkwijze en de communicatie met patiënten, en hoe ze denken over visualisaties. De exacte formulering van de vragen zal afhangen van de persoon aan wie ze gesteld worden: functie, leeftijd, expertise. Ze zijn te vinden in bijlage E: gespreksdocumentatie, net zoals de uitgeschreven antwoorden. De gesprekken zijn genummerd en bij de resultaten zal naar deze bijlagen gerefereerd worden.

De analyse zal gebeuren door middel van steekwoorden en het labelen van relevante onderwerpen. Op dezelfde manier worden de resultaten van het Literatuuronderzoek geanalyseerd. Mocht er overlap zijn in de resultaten van de verschillende onderzoeksmethoden, dan zal dit aan de hand van de labels snel aan de oppervlakte komen.^[1] Een voorbeeldschema van de analyse is te vinden in bijlage B: voorbeeld analyse kwalitatief onderzoek.

5.2 RESULTATEN

Zowel cliënten als professionals lieten duidelijk blijken dat een psychische stoornis iets heel persoonlijks is (bijlage E). Twee cliënten met dezelfde aandoening kunnen zelfs hun ziekte op een totaal andere manier ervaren en verschillende manieren kiezen om ermee om te gaan. Een gevolg daarvan is dat er niet één vast traject bestaat dat elke cliënt doorloopt, ook niet bij meer gespecialiseerde instellingen of afdelingen. Heel globaal zou men kunnen zeggen dat er een intakegesprek plaatsvindt (een kennismaking), gevolgd door een diagnostische fase, een adviesgesprek waarin verschillende opties voor behandelingen besproken worden, en een therapeutische fase waarin de behandeling plaatsvindt (bijlage E.1, E.2, E.6, E.8). Dit speelt zich niet altijd op deze, lineaire manier af. Soms moet een stap terug worden gedaan, soms moet zelfs de hele procedure opnieuw worden gestart. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren als een cliënt wisselt (of moet wisselen) van zorginstelling.

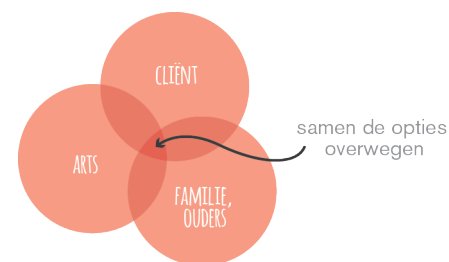


FIGUUR 5 (bron: zie bijlage E)

5.2.1 Professionals

De professionals gaven aan dat informatievevisualisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg nog in de kinderschoenen staat (bijlage E.1, E.2, E.8). Veel van hen zien er wel de mogelijke meerwaarde van in. Maar omdat de huidige manier in de ogen van hulpverleners niet echt problemen oplevert, heeft het onderwerp weinig prioriteit. Artsen zijn veelal tevreden met de manier waarop de communicatie met cliënten op dit moment verloopt.

Wat een trend is, niet alleen binnen de geestelijke gezondheidszorg maar ook daarbuiten, is Shared Decision Making, zo vertelt George Westermann. Hij is ervaren jeugdpsychiater en onlangs gepromoveerd op zijn proefschrift over het adviesgesprek in de jeugdpsychiatrie. Hiervoor heeft hij onderzoek gedaan naar hoe het adviesgesprek verloopt en wat de tevredenheid is aan de kant van cliënten. Het door hem ontwikkelde Dialoogmodel is een mooi voorbeeld van een stap in de goede richting wat betreft communicatie met cliënten en familieleden (zie bijlage A.1.2). Shared Decision Making houdt in dat de patiënt samen met de arts (en eventueel familieleden) de beste keuze maakt voor een behandeling of vervolgtraject. De arts beslist dus niet zelf wat het beste is voor de cliënt, maar het is ook niet zo dat alle keuze met bijbehorende verantwoordelijkheden bij de patiënt komt te liggen. Het is op te vatten als een vorm van patiëntgerichte zorg, wat steeds belangrijker wordt in de geestelijke gezondheidszorg.



FIGUUR 6 (bron: George Westermann)

Door middel van gezamenlijke besluitvorming wordt een vertrouwensband opgebouwd tussen arts en patiënt. Op die manier staat een cliënt meer open voor voorgestelde behandelingen. Het is belangrijk om een brug te slaan en samen op hetzelfde niveau te

kunnen overleggen over de opties die een cliënt heeft.

Wat in de geestelijke gezondheidszorg nog vaak niet goed gaat, is dat er nog veel te veel informatie wordt afgevuurd op de cliënt. Dit gebeurt dan nog steeds vanuit het idee van Shared Decision Making, maar het maakt het voor de cliënt lastig om een helder beeld te vormen van het probleem en de mogelijkheden die leiden tot vermindering daarvan. Artsen denken vaak dat patiënten een weloverwogen keuze kunnen maken zolang zij alle informatie leveren die van belang zou kunnen zijn bij het probleem en de mogelijkheden, alleen is dit soms veel te veel (bijlage E.3). De informatie is moeilijk te filteren en te structureren, en de “information overload” wordt, ook over zeer relevante zaken, in stand gehouden.

Verder wordt veel interactie met de cliënt gezien als iets belangrijks. Praten is daarvoor echter niet het enige geschikte middel. Eén van de specialisten gaf aan van mening te zijn dat “praten vrij zinloos is, en al het andere wat je probeert vrij zinvol” (bijlage E.6). Over het inzetten van interactieve toepassingen zei hij nog: “computers oordelen niet, mensen wel”. Achter de computer kun je anoniem blijven en wordt je in je waarde gelaten. Ook de andere professionals staan positief tegenover het integreren van meer interactieve toepassingen. Wel wordt erkend dat het lastig zal zijn om dit echt goed te testen en te implementeren (bijlage E.4), wat erg belangrijk is om een succesvolle toepassing te ontwikkelen.

Het is gebleken dat niet elke psycholoog positief is over het idee van informatievisualisatie. Een bericht afkomstig van een psycholoog die zich bezig houdt met psycho-educatie, klinkt als volgt: “Volgens mij moet psycho-educatie vooral persoonlijk en interactief zijn om goed effect te hebben. Het gaat slechts voor een klein deel om de visuele ondersteuning – daar valt niet zoveel meerwaarde te behalen qua effect op de patiënten.” Verder vertelt hij dat hij juist niet wil dat visuele hulpmiddelen een nog grotere rol spelen dan ze al doen: het gaat hem vooral om het in gesprek raken (bijlage E.10). Welk “effect” precies wordt bedoeld in deze context, is niet duidelijk geworden.

5.2.2 Cliënten

Vanuit de cliënten wordt bevestigd dat iedereen zijn of haar psychische aandoening op een andere manier beleeft. Dat maakt dat ook de ervaringen met de geestelijke gezondheidszorg, met name de communicatie met hulpverleners, heel verschillend zijn

(bijlage E.3, E.5, E.7). Duidelijk is wel dat er veel emotie bij komt kijken, zowel bij de cliënt als bij betrokkenen. (bijlage E.1, E.2)

Voorbeelden van ervaringen met hulpverlening die als onprettig werden ervaren, hadden verschillende oorzaken. Zo werd bijvoorbeeld genoemd dat het te maken had met een setting die als onprettig werd ervaren (E.7). Een andere cliënt legt uit dat er geen gevoel van controle was (eerder machteloosheid), veel onzekerheid, diagnoses werden opgelegd zonder dat er eerst goed was geluisterd en dat informatie over bijvoorbeeld de behandeling onvolledig was. Positieve ervaringen worden omschreven als eerlijk, open, duidelijk, motiverend, niet veroordelend en het behouden van een gevoel van controle (E.5). Om ervoor te zorgen dat de cliënt met een goed gevoel een visualisatie van deze gevoelige informatie bekijkt en verwerkt, moet de informatie en de manier waarop die gepresenteerd wordt dus eerlijk, open en duidelijk zijn, en niet veroordelend overkomen.

De informatievoorziening wordt niet als problematisch gezien, maar er kan veel aan verbeterd worden. Voorbeelden die zijn genoemd van bepaalde doelen waarvoor visualisaties zouden kunnen worden ingezet, zijn: (bijlage E.3, E.5, E.6)

- » illustreren wat er in de hersenen gebeurt
- » relativiseren
- » gebruik maken van humor
- » aandoening, huidige situatie of toekomst, positief belichten
- » onzekerheid wegnemen
- » inspireren/creativiteit stimuleren

Het risico bij het gebruik van humor en relativiserende elementen, is dat cliënten het gevoel hebben dat ze niet serieus genomen worden. De tone of voice moet goed worden afgestemd op de patiënten die de informatie tot zich moeten nemen. Hetzelfde geldt voor de visuele stijl en het medium. Voor bepaalde groepen zou bijvoorbeeld het gebruik van afbeeldingen al als aanstootgevend kunnen worden ervaren, omdat ze niet als kinderen behandeld willen worden of als ‘dom’ gezien willen worden (bijlage E.4). Voordat visualisaties hier en daar worden ingezet om informatie duidelijker te maken, moet dus eerst goed worden gekeken of de manier van communiceren überhaupt relevant is voor de patiëntengroep.

5.3 CONCLUSIES

Een psychische stoornis is heel persoonlijk. Ook twee mensen met dezelfde stoornis kunnen deze op een heel eigen manier ervaren en integreren in het leven. Het traject en de behoefte aan informatie verschilt dus erg per cliënt. Dat maakt het erg moeilijk om hier algemene conclusies over te formuleren.

Globaal gezien bestaat het traject dat een cliënt doorloopt uit een intakegesprek, gevolgd door de diagnostische fase, een adviesgesprek (het bespreken van het behandelplan) en de therapeutische fase waarin de behandeling plaatsvindt. Dit gaat niet altijd precies in deze volgorde.

Informatievisualisatie staat nog in de kinderschoenen in de geestelijke gezondheidszorg. Over het algemeen staan professionals positief tegenover het idee, maar er kan vaak maar weinig tijd en geld voor worden vrijgemaakt, omdat het weinig prioriteit heeft.

Shared Decision Making, gezamenlijke besluitvorming, is een trend binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg. Dit is gebaseerd op het idee dat wederzijds vertrouwen ervoor zorgt dat de cliënt uiteindelijk meer open staat voor voorgestelde behandelmethoden. De cliënt wordt zo goed mogelijk geadviseerd, maar behoudt de controle over het verloop van het eigen traject. Toch wordt hier nog vaak een te grote lading informatie in één keer voorgeschoteld, wat het moeilijk maakt voor cliënten om te filteren en een weloverwogen keuze te maken.

Het eindproduct moet zowel qua vorm als inhoud openheid, eerlijkheid en positiviteit uitstralen. Visualisaties kunnen worden ingezet met als doel te illustreren wat er in de hersenen gebeurt, onzekerheid wegnemen, relativeren en creativiteit te stimuleren. De informatie moet persoonlijk en interactief zijn.

Aandachtspunten zijn dat er gelet moet worden op te nonchalant omgaan met humor en relativerende taal en visuele elementen. De cliënt moet niet het gevoel krijgen dat hij niet serieus genomen wordt. Bovendien kan het zo zijn dat de aard van het medium sowieso niet geschikt is voor informatieoverdracht naar bepaalde groepen. Daar moet rekening mee gehouden worden bij de afbakening die vooraf gaat aan de uitwerking van het eindproduct. Daarnaast zal niet elke specialist open staan voor het inzetten van visualisaties. Het belang van praten moet niet worden ondermijnd door te beweren dat het niet meer nodig zou zijn als er meer visueel gecommuniceerd wordt.

Dit maakt al wat concreter waar een visuele communicatie tussen arts en patiënt aan moet voldoen en waar rekening mee gehouden moet worden. Dat de informatieoverdracht duidelijk, open, eerlijk en positief moet zijn, is inmiddels bekend. Maar hoe zijn deze eisen te vertalen naar do's en don'ts in het ontwerpproces van zo'n visualisatie? Wellicht is dit pas echt duidelijk als er een specifiek onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg, met bijbehorende doelgroep, wordt uitgepluist. Wat eerst belangrijk is om te weten, is hoe het begrijpen en opslaan van visuele informatie bij mensen werkt, en welke mogelijkheden en risico's zich voordoen in de arts-patiëntcommunicatie. Het volgende hoofdstuk, het Literatuuronderzoek, is hieraan gewijd.



6.1	METHODE	40
6.2	RESULTATEN	40
6.2.1	VOORDEEL VAN VISUEEL	40
6.2.2	ARBITRAIRE EN ZINTUIGLIJKE TAAL	41
6.2.3	GEBAREN	44
6.2.4	SIMPEL EN DUIDELIJK	44
6.2.5	KLEUR	45
6.2.6	SAMENWERKEN	46
6.2.7	WENS VAN DE ARTS	46
6.3	CONCLUSIES	46

LITERATUURONDERZOEK

6.1 METHODE

Het is bekend dat informatievisualisatie van toegevoegde waarde kan zijn in de communicatie tussen twee mensen. Het literatuuronderzoek zal een idee geven waarom dit zo is en hoe dit werkt. Als bekend is welke elementen meespelen bij de toegevoegde waarde van visueel communiceren, kunnen deze optimaal worden ingezet bij het communiceren van abstracte, gevoelige en persoonlijke informatie.

De soort literatuur die geraadpleegd wordt, zullen boeken en artikelen zijn over het begrijpen van visuele informatie, voornamelijk met de semiotiek als invalshoek. De reden hiervoor is dat de lessen uit de semiotiek vanuit het oogpunt van een ontwerper heel waardevol kunnen zijn om goed toepasbare ontwerpen te realiseren, zeker als het gaat om simpel en duidelijk ontwerp voor een brede groep.

Ook analyse van literatuur over het visueel communiceren van informatie over (mentale) gezondheid en ongezondheid krijgt een plek in dit hoofdstuk.

Het literatuuronderzoek is vooral gericht op de vierde en de zesde deelvraag:

- » Hoe werkt het begrijpen en opslaan van visuele informatie en welke mogelijkheden en beperkingen biedt dit in de geestelijke gezondheidszorg?
- » Waar moet de visualisatie aan voldoen en waar moet rekening mee gehouden worden bij het ontwerpproces?

6.2 RESULTATEN

6.2.1 Voordeel van visueel

Mensen zijn ontzettend visueel ingesteld. Via ons zicht verzamelen en verwerken we meer informatie dan via al onze andere zintuigen gecombineerd. Zo'n 50% van je hersenen neemt deel in het verwerken van visuele informatie^[1]. De onderdelen van ons brein die de taak hebben om visuele informatie te analyseren, vormen een complex systeem dat in korte tijd patronen herkend, problemen oplost en betekenis geeft^[2].

1 Marieb, E. N. & Hoehn, K. (2012). *Human anatomy & physiology, 9th edition*.

2 Ware, C. (2004). *Information visualization: Perception for design, 2nd dition*.

In 2006 publiceerde Elsevier een paper naar aanleiding van een onderzoek naar de rol van afbeeldingen in de communicatie tussen arts en patiënt^[1]. Daarin staat beschreven dat visueel communiceren van informatie over de gezondheid van mensen enorme voordelen heeft. Er is meer aandacht voor de informatie, het wordt beter onthouden en de patiënt is beter in staat om zelf verbanden te leggen en relaties tussen verschillende onderdelen te ontdekken. Het combineren van afbeeldingen met geschreven of gesproken tekst versterkt deze effecten nog meer. Verder vertelt dit onderzoek ons dat afbeeldingen de hechting (vertaald uit het Engels - adherence) van patiënten met de informatie vergroot, maar of de patiënt meer of minder geneigd is te handelen naar de geleverde informatie, is afhankelijk van de emotionele verbintenis. Er wordt hier geen onderscheid gemaakt in informatie over lichamelijke en geestelijke gezondheid.

Om visualisaties optimaal te kunnen inzetten in de communicatie tussen arts en cliënt, is het van belang om het één en ander te weten over hoe mensen visuele informatie verwerken en er betekenis aan toekennen.

6.2.2 Arbitraire en zintuiglijke taal

Semiotiek is de tak van de wetenschap die tekens bestudeerd^[2], en in dit onderzoek zeer relevant omdat het veelal gaat om de communicatie van abstracte informatie. Bij tekens gaat het hier niet uitsluitend om visuele prikkels. In principe kan alles een teken zijn: geluiden, beelden, gebaren, sensaties, geuren, smaken of objecten. Aan de basis van de semiotiek ligt de gedachte dat alles een teken kan worden, zolang er iemand is die bepaald dat het teken een betekenis draagt.

Ferdinand de Saussure, taalwetenschapper, filosoof en één van de meest invloedrijke figuren in de semiotiek, maakte onderscheid tussen het teken zelf (signified) en de betekenis (signifier). Het mentale concept dat ontstaat als overkoepelend geheel van deze twee onderdelen, noemt hij "sign"^[3]. Het idee achter zijn theorie, is dat de betekenis die je koppelt aan een teken, gebaseerd is op conventies; alles wat je geleerd, gezien en gevoeld

RUDOLF ARNHEIM, 1969

"If thinking takes place in the realm of images, many of these images must be highly abstract since the mind operates often at high levels of abstraction. But to get at these images is not easy. I mentioned that a good deal of imagery may occur below the level of consciousness and that even if conscious, such imagery may not be noticed readily by persons unaccustomed to the awkward business of self-observation. At best, mental images are hard to describe and easily disturbed. Therefore, drawings that can be expected to relate to such images are welcome material." (Arnheim, 1969, p116)

hebt, alles wat je kent. Al snel zien we dus niet meer het teken voor wat het echt is, maar de betekenis die eraan gekoppeld is, wat betekent dat alle "signifiers" volledig arbitrair zijn. Het is waarschijnlijk dat dit per persoon licht verschilt.

Het geldt dus ook voor gesproken taal. De Saussure gebruikt verschillende termen als verzamelnaam voor alle tekens, alle 'mental impressions'. Voorbeelden zijn 'sound-images' en 'mental concepts'. Hiermee zet hij gesproken woorden op één lijn met visuele tekens. Dit is een bedreiging voor het idee dat de ene visualisatie beter zou kunnen zijn dan de andere, omdat alles af zou hangen van de arbitraire betekenis en niet van wat het teken eigenlijk is: de som van zijn eigenschappen. Elke afbeelding zou alles kunnen representeren, afhankelijk van wat je leert dat het is. Net zoals een woord in een vreemde taal alles zou kunnen betekenen, totdat je leert waar het voor staat en hoe je het woord moet gebruiken in een zin. Als dit zo is, zou de beste manier om visueel te communiceren zijn dat zo snel mogelijk bepaald wordt wat bruikbare conventies zijn, om vervolgens daarbij te blijven. Dit zou dan het meest effectief zijn, omdat het dan niet nodig is om nieuwe betekenissen aan te leren^[1].

Door anderen^[2] wordt wel onderscheid gemaakt in het soort teken. Gesproken en geschreven taal zouden meer arbitrair zijn dan visuele tekens, en voor het begrijpen ervan is een zekere mate van training noodzakelijk. Visuele taal is een meer zintuiglijke vorm van communicatie en bij het begrijpen ervan speelt het perceptuele vermogen van

1 Houts, P. S., e.a. (2005). *The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence*.

2 Chandler, D. (1994). *Semiotics for beginners*.

3 De Saussure (1959), geciteerd door Lesley Lanir (2012)

1 Ware, C. (2004). *Information visualization: Perception for design, 2nd dition*.

2 Ware, C. (2004). *Information visualization: Perception for design, 2nd dition, blz 9*.

ons brein een belangrijke rol. Natuurlijk is het niet zo zwart-wit, want hoe abstracter de visuele vormen, hoe meer aangeleerde betekenissen een rol gaan spelen om het teken de juiste betekenis (als in: bedoeld door de vormgever) te geven.

Het op één lijn zetten van gesproken en geschreven taal met visuele communicatie is dus niet terecht.

In de geestelijke gezondheidszorg is gesproken en geschreven taal nog steeds de voornaamste vorm van communiceren (zie bijlage E), maar in het licht van het voorgaande is het begrijpelijk dat dit niet altijd probleemloos verloopt. Een psycholoog of psychiater heeft een jarenlange opleiding gevolgd, waarbij bepaald taalgebruik is aangeleerd. Sommige woorden hebben misschien net een andere lading gekregen, net iets anders dan de cliënt deze zal interpreteren, omdat de cliënt niet in dezelfde (sociale) omgeving is opgegroeid en leeft. Misschien gaat het niet persé om een enkel woord, maar om een bepaalde zinsopbouw of een vocabulaire die moeilijk te decoderen is door de cliënt. De kleine verschuiving (ruis) die ontstaat tussen wat er gezegd is en wat er wordt begrepen, wordt natuurlijk niet alleen veroorzaakt door opleidingsniveau of intelligentie. Het kan te maken hebben met opvoeding, culturele achtergrond, leeftijd (generatiekloof), sociale invloeden, noem maar op.

De rol van conventies bij het begrijpen van visuele informatie moet niet onderschat worden. Maar bij visueel communiceren speelt duidelijk ook een perceptueel verband met de betekenis van het teken een rol, die bij gesproken of geschreven taal ontbreekt^[1]. Het geschreven woord hond lijkt op geen enkele manier daadwerkelijk op een hond, net zoals de klank van het woord geen gelijkenis vertoont met het dier. Een afbeelding van een hond vertoont echter wel gelijkenis met the real thing, en dat verband hoeft niet eerst aangeleerd te worden.

Visueel communiceren kan hier helpen om er zeker van te zijn dat de manier waarop de hulpverlener zijn informatie over wilt brengen en de manier waarop de cliënt deze interpreteert, meer overeenkomen en op één niveau gebracht worden. Daarnaast kan deze vorm van communiceren associaties en verbanden leggen die moeilijk in woorden zijn uit te drukken. Wellicht heeft het lineaire karakter van gesproken taal, en het nadeel daarvan, hier ook iets mee te maken.

6.2.3 Gebaren

Bij het ontwerpen van abstracte ideeën is het interessant om te kijken naar de gebaren en bewegingen die gepaard gaan met verbale communicatie tussen twee mensen. Ook dit heeft met semiotiek te maken. Door onze handbewegingen, houding en gezichtsuitdrukking kunnen we bepaalde dingen die we zeggen versterken, nuanceren, accentueren. We geven eigenschappen van fysieke objecten mee aan meer abstracte omschrijvingen. Met hetzelfde gebaar als waarmee we de grootte van een vis uitbeelden tijdens het praten, geven we aan hoe groot een verrassing was, of een teleurstelling^[1]. Dit zijn dingen die ontbreken bij alleen tekstuele informatie. Het lezen van een grote lap tekst zou dan zijn alsof iemand je iets vertelt zonder bewegingen van het lichaam te gebruiken ter ondersteuning.

Dit gebeurt niet alleen als we statische eigenschappen willen verbeelden. Het gebruik van gebaren komt ook goed van pas bij het uitdrukken van beweging. Zo beelden we met gemak uit hoe een botsing tussen twee voertuigen is gegaan, met dezelfde gebaren als we het hebben over de botsing van meningen in een heftige discussie.

Op dezelfde manier zou een beeldelement eigenschappen meegegeven kunnen worden die horen bij fysieke objecten, om abstracte ideeën te visualiseren. Dingen als grootte, vorm, structuur, sfeer, lijnen en richtingen zijn eigenschappen die met behulp van non-verbale communicatie gemakkelijk verduidelijkt kunnen worden, en bovendien geen onbekende termen in vormgeving.

6.2.4 Simpel en duidelijk

Visuele informatie dient zo simpel mogelijk te worden weergegeven^[2]. Een risico waar rekening mee gehouden moet worden is dat de afbeeldingen verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden. Dat kan gebeuren bij bijvoorbeeld een gebrek aan begeleiding, of dat nou door een persoon (de professional) zou moeten gebeuren of door het interactief systeem. Dit risico kan worden verminderd door simpele en relevante afbeeldingen, en

1 Arheim, R. (1969). *Visual thinking*.

2 Houts, P. S., e.a. (2005). *The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence*.

het synchroon laten lopen van de afbeeldingen met relevante geschreven of gesproken informatie.

6.2.5 *Kleur*

Overall om ons heen is kleur te vinden, en om die reden is dit een enorm breed onderzocht fenomeen. Het gebruik van kleur geeft de ontwerper meer vrijheid en mogelijkheden om nuances aan te brengen en het ontwerp een bepaald gevoel mee te geven. Bij informatieve visualisatie is kleur enorm handig om structuur aan te brengen. Zo kan aangegeven worden wat belangrijk is door middel van opvallende kleuren, of verschillende onderdelen die bij elkaar horen kunnen via kleur op hetzelfde niveau gebracht worden. Een beetje verdieping in kleuren en emotie kan dus geen kwaad.

Over het algemeen roepen warme kleuren, zoals rood en geel, meer stimulerende emoties op bij mensen. De bloeddruk gaat omhoog en de toeschouwer ervaart opwinding en intensiteit^[1]. Deze kleuren worden vaak in verband gebracht met energie en beweeglijkheid. Warme kleuren kunnen ook stressvolle reacties oproepen, zoals angst of woede^[2].

Koele kleuren, zoals blauw, groen en paars, worden ervaren als rustig, ontspannend en professioneel.

Gezondheidszorg en alle producten en diensten die daarbij komen kijken, wordt veelal afgebeeld met blauwe kleuren^[3]. Blauw geeft zekerheid en rust, maar is niet persé een positieve kleur, zoals groen dat wel is.

Deze connecties tussen kleur en emotie blijken voor slechts een klein deel bepaald te worden door culturele achtergrond^[4]. Voorkeuren voor bepaalde kleuren lijken hier wel mee te maken te hebben.

6.2.6 *Samenwerken*

Zowel professionals als patiënten moeten worden betrokken bij het plannen van de visualisaties^[1]. Het effect van de visualisaties zou kunnen worden getest door de reacties op dezelfde informatie zonder en met ondersteuning van visualisaties met elkaar te vergelijken.

6.2.7 *Wens van de arts*

De voornaamste wens van de arts bij het voorzien van de patiënt van informatie, is dat de patiënt handelt naar deze informatie^[2], en dat hij of zij gemotiveerd aan behandelingen begint. Alleen op die manier kan de dienst die de arts levert, echt succesvol zijn en de patiënt helpen. In die zin is het een soort samenwerking.

6.3 CONCLUSIE

Informatieve visualisatie is een goede manier om bepaalde zaken duidelijker te communiceren. Onderzoek heeft uitgewezen dat dit ook geldt voor informatie over onze eigen gezondheid. Deze wordt met meer aandacht bekeken en beter begrepen, onthouden en verwerkt. Visuele hulpmiddelen helpen bij het leggen van verbanden (cognitief) en het ontdekken van patronen. Het begrijpen van visuele informatie is minder afhankelijk van betekenis die aangeleerd moet worden dan spraak en schrift. Het is een meer zintuiglijke taal en heeft daarom meer met perceptie te maken. Wel geldt dat hoe abstracter de visuele informatie is, hoe meer interpretatie op basis van conventies een rol gaat spelen. Het is belangrijk dat hier een middenweg in gevonden wordt, aangezien deze kwestie in de communicatie tussen arts en patiënt gevoelig kan liggen. De combinatie met gesproken of geschreven taal werkt het beste. Het is belangrijk dat de visuele informatie goed synchroon loopt met de visuele informatie, om zo verkeerde interpretaties te voorkomen. Voor het eindproduct betekent dat dat er geschreven of gesproken uitleg bij de visualisaties

1 O'Connor, Z. (2011). *Colour psychology and colour therapy: caveat emptor.*

2 Relationship between Color and Emotion: A Study of College Students.
<http://bitly/1cOrhNH>

3 Connection with color (2012). <http://bit.ly/VZVbUy>

4 Lucassen, M. P., Gevers, T. & Gijsenij, A. (2010). *Texture affects color emotion.*

1 Houts, P. S., e.a. (2005). *The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence.*

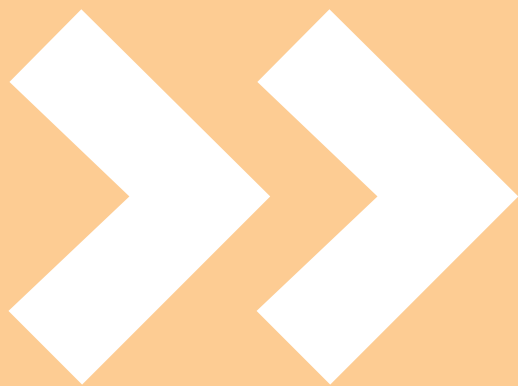
2 Wilkins, S. (2013). If you build a patient portal, why won't they come? <http://bit.ly/YBQXXq>

moet komen. Het synchroniseren van de informatie kan gedaan worden door tekst op exact de juiste plek in de visualisatie te plaatsen of een duidelijke link te laten zien. Voor primaire visuele elementen zoals grootte, vorm, structuur, lijnen en richtingen zou men kunnen kijken naar de gebaren en non-verbale communicatie die gepaard gaan met verbale informatie. De eigenschappen die we met gebaren meegeven aan abstracte ideeën, zouden vertaald kunnen worden naar beelden of animatie.

Verder moeten illustraties zo simpel mogelijk zijn en zo min mogelijk elementen bevatten die storend kunnen werken. Een ander aandachtspunt is de content van de visualisaties. Deze moet gepland worden door de arts, niet de ontwerper, en het resultaat moet getest worden bij cliënten.

De connectie tussen kleur en emotie is een belangrijk aspect om rekening mee te houden tijdens het ontwerpproces. Wordt het bijvoorbeeld een product dat mensen met een angststoornis leert over verschillende mogelijkheden en behandelmethoden, dan kan het gebruik van kleuren die een stressvolle reactie oproepen, beter worden vermeden. Blauw is een kleur die veel gebruikt wordt als het gaat om informatie over gezondheid, en is een kleur die rust en orde brengt. Blauw zou daarom een betere keuze zijn.

De connectie tussen kleuren lijkt voor slechts een klein deel bepaald te worden door culturele verschillen, wat positief is voor het ontwerpen van het eindproduct.



TOT NU TOE

DE PATIËNT WIL

- » naar geluisterd worden
- » klachten verminderen, normaal leven kunnen leiden
- » eerlijke en heldere informatie die goed te begrijpen is
- » informatie over diagnose, behandeling en verwacht verloop naar herstel
- » visuele ondersteuning bij die informatie
- » zien “wat er in de hersenen gebeurt”

DE ARTS WIL

- » een vertrouwensband opbouwen
- » communiceren op het niveau van de patiënt
- » veel interactie, eventueel met hulpmiddelen
- » dat de patiënt handelt naar de geleverde informatie en gemotiveerd aan de behandeling begint

HET ONTWERP MOET

- » persoonlijk en interactief zijn
- » open en eerlijke informatie geven
- » communiceren op het niveau van de cliënt, gelaagdheid in informatie
- » een positieve insteek hebben
- » simpel zijn, met zo min mogelijk storende elementen en details
- » informatie geven over de diagnose, de behandeling en het verwachte verloop naar herstel (of een onderdeel hiervan)
- » positiviteit en creativiteit stimuleren

AANDACHTSPUNTEN ZIJN

- » toespitsen op doelgroep
- » kleur en emotie
- » goed samenwerken en product testen

AFBAKENING

Om het bovenstaande te kunnen toepassen in een visualisatie, moet een specifiek onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg worden afgebakend, bijvoorbeeld door één stoornis of een groep stoornissen te selecteren. Op die manier kan een doelgroep worden geformuleerd en kan worden bepaald welke informatie de basis gaat vormen voor het eindproduct.

Uit het desktop research is gebleken dat er een paar verzamelingen van psychische aandoeningen zijn die het meest voorkomen: stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen. Van deze drie is de groep angststoornissen de grootste boosdoener als het gaat om ziektelast veroorzaakt door psychische stoornissen (hoofdstuk 4.2.1). Van alle Nederlanders heeft 19,6% ooit in het leven last gehad van een angststoornis, en vanwege de aard van veel angststoornissen is het ook de groep waarin in verhouding de minste mensen professionele hulp zoeken of krijgen.

De focus van de visualisaties zal daarom op angststoornissen en bijbehorende behandeltrajecten komen te liggen. Om concreet te krijgen om welke informatie het moet gaan, met welk doel de visualisaties moeten worden ingezet en wie de doelgroep is, vindt verdiepend onderzoek plaats. In dit gedeelte van het onderzoek kan van de algemene bevindingen tot nu toe gecontroleerd worden of ze nog van toepassing zijn. Bovendien zijn kansen en risico's nu beter in kaart te brengen.

VERDIEPEND ONDERZOEK

7.1 GESPREKKEN & DESKRESEARCH

Dit gebeurt door middel van gesprekken met specialisten en aanvullend deskresearch. Gedurende de realisatie van het eindproduct is input van experts zeer gewenst. De informatie moet uiteindelijk bij de cliënten goed ontvangen worden, wat betekent dat artsen er ook mee aan de slag moeten.

Het doel van verdiepend onderzoek is om een helder beeld te schetsen van de doelgroep, de wensen van die doelgroep en de informatie die vertaald gaat worden naar een visuele vorm van communiceren. Het is noodzakelijk om het beroepsproduct voor te leggen aan cliënten die binnen de doelgroep vallen; het moet getest worden in de praktijk. Verder wordt aanvullend onderzoek gedaan om goed beeld van de doelgroep te krijgen, en om inhoudelijk de content van het eindproduct te rangschikken, structureren, en op het niveau van de doelgroep te communiceren. Het verdiepend onderzoek zal bijdragen aan de antwoorden op de deelvragen:

- » Wat zijn de behoeften en wensen van zowel specialisten als cliënten op het gebied van informatieoverdracht?
- » Voor welk deel van de geestelijke gezondheidszorg is het interessant om een voorbeeld uit te werken?
- » Waar moet de visualisatie aan voldoen en waar moet rekening mee gehouden worden bij het ontwerpproces?

7.2 RESULTATEN

Gesprekken over het onderwerp en de realisatie van het beroepsproduct zijn gevoerd met Daniël Beetsma, werkzaam als psycholoog bij een grote GGZ-kliniek in Utrecht, en Eva Fischer, specialist op het gebied van e-health bij het Trimbos Instituut.

7.1	GESPREKKEN & DESKRESEARCH	54
7.2	RESULTATEN	54
7.2.1	PSYCHO-EDUCATIE VANUIT BEHANDELING	55
7.2.2	EMDR	56
7.2.3	POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS	57
7.3	CONCLUSIES	58

7.2.1 *Psycho-educatie vanuit behandeling*

Psycho-educatie is een ander woord voor patiëntvoorlichting, en vormt een essentieel onderdeel van de behandeling van psychische stoornissen. De toename van kennis bij de patiënt leidt tot een houdingsverandering (grotere tevredenheid en motivatie) en patiënten zijn meer therapietrouw^[1]. Dit heeft te maken met het soort zelfvertrouwen dat gepaard gaat met het gevoel dat je iets in de vingers hebt, een soort “mastering” (bijlage E.11). Als iemand je de spelregels uitlegt en je snapt wat de bedoeling is, begin je vol zelfvertrouwen aan het spel. Snap je ze niet of maar half, dan blijven er vragen in je opkomen en ben je onzeker over of het iets is wat je binnen korte tijd in de vingers kunt krijgen. In overleg is besloten om aan de slag te gaan met een product dat ingezet kan worden als psycho-educatie aan het begin van de behandeling (bijlage E.8).

Onderwerpen die vooral aan bod komen bij psycho-educatie, zijn ziektebeeld en diagnose, behandel mogelijkheden en -methoden, de rol van familie en vrienden, en hoe om te gaan met de ziekte (bijlage E.11). Bij het eindproduct zal de nadruk komen te liggen op de behandeling(en), omdat de visualisatie een positieve uitstraling moet hebben om optimisme bij cliënten aan te moedigen. Een andere optie is uitgebreid ingaan op de diagnose, maar daardoor wordt het ziektebeeld, wat er ‘mis’ is, extra benadrukt. Meer informatie krijgen over de stoornis, biedt er niet direct een oplossing voor. Bovendien is de benadering diagnose - bijbehorende behandeling - herstel vaak niet van toepassing op psychische stoornissen, omdat de diagnostiek erg complex is, zoals aan het begin van dit verslag werd genoemd (zie 4.2.4). Bij het verhelpen van somatische (lichamelijke) klachten is dit een logisch pad om te volgen, maar een cliënt in de geestelijke gezondheidszorg wordt vaak gediagnosticeerd met meerdere psychische aandoeningen, die ook nog eens allemaal op verschillende manieren behandeld kunnen worden. Daarbij komt dat sommige behandelmethoden meerdere psychische klachten kunnen aanpakken (bijlage E.10).

Het Trimbos instituut werkt bij het ontwikkelen van e-health toepassingen met focusgroepen die bestaan uit verschillende psychologen en psychiaters. De onderwerpen van modules die een tijd geleden voorgelegd werden, lopen uiteen van psycho-educatie over diagnoses tot complete interventies (onderdelen van behandelingen) via internet.

De focusgroep was verdeeld over het geheel, met name omdat ze niet willen dat face-to-face gesprekken met cliënten vervangen worden door digitaal contact. Wel waren ze allen enthousiast over het gedeelte van de psycho-educatie. Het idee dat cliënten thuis nog eens konden bekijken wat er gezegd was, in eigen tempo, viel goed bij de groep. Cliënten onthouden vaak slechts deels wat de arts ze vertelt tijdens een adviesgesprek, waardoor het beeld van de situatie niet altijd compleet is. De enige kanttekening die de focusgroep daarbij gaf, was dat de psycho-educatie wel uit erg veel tekst bestaat (bijlage E.11).

7.2.2 *EMDR*

Een behandelmethode waarvan de beschrijving een geheimzinnige lading heeft, is EMDR. Dit staat voor Eye Movement Desensitization & Reprocessing en is de eerste keus behandeling voor mensen met een posttraumatische stressstoornis^[1]. Eerste keus wil zeggen dat de behandeling voor de betreffende diagnose de voorkeur heeft, omdat deze het meest effectief is gebleken.

EMDR in het kort:^[2]

Het is een korte maar zeer intensieve behandeling. Tijdens een EMDR-sessie vraagt de therapeut de cliënt om terug te denken aan het trauma en daar volledig op te concentreren. Terwijl de cliënt dat doet, beweegt de therapeut twee vingers voor de ogen van die cliënt heen en weer. Één set oogbewegingen duurt ongeveer een halve minuut, en een complete sessie duurt 90 minuten. Tussen de sets oogbewegingen vraagt de therapeut de cliënt waar hij of zij aan denkt. Dit vrij associëren is erg belangrijk voor het reprocessing. Na een aantal sets oogbewegingen wordt de cliënt gevraagd om een cijfer te geven aan het gevoel dat hoort bij de herbeleving van het trauma. Deze stappen worden net zo lang herhaald tot het cijfer dat de cliënt genoeg is gedaald. Vaak zijn een paar EMDR-sessies al voldoende om het trauma te verwerken, hoewel dit wel afhankelijk is van het aantal en de ernst van de trauma's. (bijlage E.10)

Het is een relatief nieuwe behandeling, waar nog veel onderzoek naar wordt gedaan. Dit is één van de redenen dat de naam van de methode vaak een beetje eng overkomt. Zelfs

1 Vereniging EMDR Nederland. <http://www.emdr.nl/index-clienten.htm>

2 idem

artsen weten niet precies waarom het werkt, het lijkt een soort magisch trucje (bijlage E.11). Bovendien is het een afkorting van een verzameling moeilijke, Engelse termen die weinig verklappen over wat de cliënt te wacht staat. Wat verder niet helpt bij de communicatie, is dat er onder artsen veel discussie is over wanneer een cliënt “er klaar voor is” (bijlage E.10).

Omdat EMDR een relatief jonge behandelmethode is met nog veel onbekende eigenschappen, is dit een interessant onderwerp om te visualiseren. Het is gezegd een hot topic - een eigenschap die overeenkomt met de groeiende populariteit van informatieve visualisatie. Hierdoor zal de vorm van het eindproduct een relevante combinatie vormen met de content. Mochten er doorbraken zijn in het onderzoek naar de methode, dan is dit in online voorlichting gemakkelijk aan te passen. EMDR lijkt bovendien effectief te zijn bij meer traumagerelateerde angstklachten, andere stressstoornissen en rouwverwerking.

Daniël Beetsma is betrokken bij onderzoek naar de behandelmethode. Als expert op dit gebied kan hij de kwaliteit van het ontwerp goed bewaken tijdens het ontwerpproces.

7.2.3 *Posttraumatische stressstoornis*

EMDR is voornamelijk effectief gebleken bij het behandelen van de posttraumatische stressstoornis. Deze onderscheidt zich van veel andere angststoornissen door het feit dat een traumatische gebeurtenis als oorzaak (of op z'n minst als katalisator) te identificeren is^[1]. De symptomen zijn gevoelens van angst en onrust die voor de gebeurtenis nog niet aanwezig waren, herbelevens van het trauma (zowel 's nachts als overdag), en vermijding van situaties die misschien doen denken aan het trauma. Deze gaan vaak gepaard met gevoelens van woede en prikkelbaarheid, schuldgevoelens en nachtmerries^[2].

Bij de registratie van angststoornissen in Nederland is de posttraumatische stressstoornis niet meegenomen. De hoeveelheid en het soort mensen die hier last van hebben, of hebben gehad, is dus niet precies bekend. Wel zijn er schattingen te maken.

Volgens Fonds Psychische Gezondheid ontwikkeld ongeveer 20% van de mensen die iets schokkends hebben meegemaakt, een PTSS. Jaarlijks worden gemiddeld 1,5 miljoen mensen slachtoffer van geweld of bedreiging, en veel mensen maken ernstige ongevallen mee^[1]. Ook zou het gaan om bijna drie keer zoveel vrouwen als mannen, omdat vrouwen vaker slachtoffer zijn van seksueel misbruik en geweld.

Kinderen kunnen ook PTSS ontwikkelen, maar de behandeling daarvan vraagt om een andere manier van het toepassen van EMDR. Therapeuten moeten hier een aparte training voor volgen, wat ook om een verschil in psycho-educatie vraagt.

7.3 CONCLUSIES

Psycho-educatie aan het begin van de behandeling is erg belangrijk voor het inzicht en de motivatie van de cliënt om aan een behandeling te beginnen, en vormt een standaard onderdeel in het traject van een cliënt. Meer inzicht en meer tevredenheid bij de cliënt leidt tot meer motivatie tegenover de behandeling en de cliënt is meer therapietrouw. Dit laatste is ook een wens die de arst heeft bij het communiceren met de cliënt. Daarom is het interessant om een voorbeeld uit te werken dat dient als psycho-educatie.

Voor een optimistische insteek van de visualisatie, is een benadering vanuit het soort klachten en de behandeling een betere keuze dan te focussen op de diagnose. Bovendien is deze benadering relevanter voor cliënten waarbij meerdere diagnoses zijn vastgesteld, die zich op een complexe manier tot elkaar verhouden. Op die manier is het mogelijk om een herkenbare situatie te schetsen voor cliënten met verschillende diagnoses, die vanwege de aard van hun klachten voor dezelfde behandeling in aanmerking komen. Een behandeling die interessant is om uit te werken in een interactieve visualisatie, is EMDR, eerste keus behandeling voor de posttraumatische stressstoornis. Dit staat voor een verzameling moeilijke, Engelse termen die weinig vertellen over hoe de behandeling werkt. Het is verder een behandeling waar veel onderzoek naar wordt gedaan. Dat het werkt, is wel duidelijk, maar wat er precies in de hersenen gebeurt tijdens de sessies, blijft geheimzinnig. De behandeling lijkt bovendien effectief te zijn voor meerdere psychische klachten, waardoor dit relevante content vormt voor de uitwerking van het beroepsproduct.

1 Fonds Psychische Gezondheid, tab 3. <http://www.psychischegezondheid.nl/ptss?tab=3>

2 Vereniging EMDR Nederland, folder over EMDR (2011)

1 Fonds Psychische Gezondheid, tab 1. <http://www.psychischegezondheid.nl/ptss?tab=1>

8

8.1	DOELGROEP OMSCHRIJVING	60
8.2	DOEL EN TOEPASSING VAN DE VISUALISATIE	61
8.3	HET ONTWERP	61
8.2.1	GELAAGDHEID IN INFORMATIE	61
8.2.2	VORMGEVING EN GEVOEL	62
8.2.3	PERSOONLIJKE LAAG	64
8.3	ARTS-PATIËNTCOMMUNICATIE	66

VERBEELDEN & REALISEREN

8.1 DOELGROEP OMSCHRIJVING

Omdat EMDR een behandeling is die effectief lijkt te zijn voor meerdere stoornissen, wordt het beroepsproduct gemaakt voor iedereen met een angststoornis. Om deze groep iets meer te specificeren, is de keuze gemaakt om het ontwerp te richten op volwassenen tussen 18 en 64 jaar. Dit is immers de groep die door het Trimbos en de GGZ zijn meegenomen in onderzoek naar angststoornissen. Verder gaan we ervan uit dat de doelgroep normaal zicht heeft en enigzins vaardig is in computergebruik. Dit houdt in dat de beoogde gebruiker bekend is met zaken als mailen, Google, fora of andere sociale media en het (legaal) downloaden van bestanden naar de locale schijf.

De visualisatie wordt ontworpen voor mensen met verschillende culturele achtergronden, maar ze moeten wel in Nederland woonachtig zijn. Het ontwerp is zowel voor mensen die al professionele hulp krijgen (en al weten dat de behandeling voor hen een optie is) als voor mensen die nog geen hulp hebben gezocht, maar zich wel herkennen in de klachten, en zowel voor laag- als voor hoogopgeleiden.

De groep laagopgeleiden is binnen de groep angststoornissen het grootst. Daarom moet de bovenste informatielaag hierop afgestemd zijn. Voor mensen die meer willen en kunnen leren, zijn er de diepere infomratieniveau's.

Omdat de artsen ook gebruik moeten maken van de visualisatie, deze moet immers via professionals bij de cliënt terecht komen om zoveel mogelijk effect te hebben, is het van belang om ook een artsendoelgroep te formuleren. Aan zowel de cliëntendoelgroep als de artsendoelgroep wordt het prototype voorgelegd.

Binnen de artsendoelgroep vallen alle psychologen in de eerste- en tweedelijns hulpverlening in de GGZ, en alle EMDR-therapeuten. Ook iedereen die in de positie is om een cliënt door te verwijzen naar een EMDR-therapeut valt binnen de doelgroep. Verder wordt ook bij deze groep uitgegaan van bepaalde basisvaardigheden in computergebruik.

8.2 DOEL EN TOEPASSING VAN DE VISUALISATIE

De visualisatie moet de cliënt voorzien van open en eerlijke informatie, op het juiste niveau en in het juiste tempo. Het moet een product worden dat dient als psycho-educatie aan het begin van de behandeling. De therapeut moet het product kunnen gebruiken tijdens een adviesgesprek met de cliënt, om ter plekke meer op één niveau te kunnen communiceren. De cliënt kan de informatie vervolgens thuis, in alle rust, nog eens nalopen en op eigen tempo door het product heen klikken. De informatie moet persoonlijk en interactief zijn, bijvoorbeeld door middel van herkenbare elementen en de mogelijkheid te bieden om de persoonlijke situatie in te vullen. Op die manier zullen cliënten in korte tijd een gemotiveerde houding ontwikkelen en vertrouwen krijgen in de behandeling.

Het product moet onzekerheid wegnemen over wat de cliënt te wachten staat. Positiviteit is belangrijk, maar daar moet wel genuanceerd mee worden omgegaan. Het product moet niet overkomen als promotiemateriaal voor de behandeling, dat zou ten koste gaan van de betrouwbaarheid van de informatie.

8.3 ONTWERP

Het complete visuele ontwerp en het (deels) werkend prototype zijn te vinden op de bijlage-USB (bijlages F en G). De schetsen die geleid hebben tot het uiteindelijke ontwerp en de feedback die daarop is gegeven van zowel professionals als Stijlbende, zijn ook bijgevoegd (bijlage C).

Het werkend prototype is ook online te vinden, op <http://www.luciefer.nl/emdr/start.html> (toegevoegd op 16-08-2013)

8.3.1 gelaagdheid in informatie

De visualisatie moet inzichtelijk en informatief zijn voor verschillende soorten mensen, want de beoogde doelgroep is breed. Om die reden is de behandeling stapje voor stapje uiteengezet. Begrijp je een stap niet meteen, dan kun je gemakkelijk een stapje terug. Ook bevat het ontwerp verschillende lagen informatie; meerdere informatieniveaus. Zo is er voor elke gebruiker de gepaste hoeveelheid informatie, omdat hij zelf bepaald wat en hoeveel hij wil zien en leren.

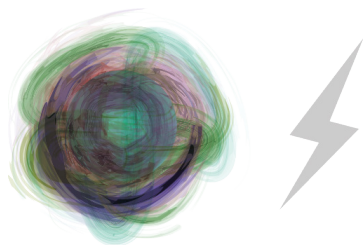
Het eerste niveau bevat alleen de meest essentiële informatie. Deze laag is aangepast aan de mensen die het snel te moeilijk vinden en afhaken bij te veel beeldelementen. De uitleg is geschreven in jip-en-janneketaal en de vormgeving is daar zoveel mogelijk op aangepast.

8.3.2 vormgeving en gevoel

Voor de onderbouwing van de vormgeving van het eindproduct, kunnen we voor een groot deel terugvallen op het literatuuronderzoek. Simpele, abstracte visuele informatie kan ervoor zorgen dat de cliënt zich makkelijker kan identificeren met de informatie, omdat er weinig elementen in de weg staan van een eigen invulling. Wel geldt daarbij dat hoe abstracter de visuele informatie is, des te meer bijgaande tekstuele of gesproken uitleg gewenst zal zijn. Aan de ontwerper de taak om hier een middenweg in te vinden. Voor het eindproduct is het zeker van belang dat de cliënt zichzelf herkent in de informatie, wat pleit voor een zeer abstracte uitleg, maar veel tekstuele of gesproken uitleg moeten bijvoegen is niet een resultaat waar we naar moeten streven. Het zou de visuele elementen van de informatie ontkrachten en de voordelen ervan (zie Literatuuronderzoek, 6.2.1) verminderen.



Voor het weergeven van de traumatische gebeurtenis is daarom gekozen voor een metafoor: een bliksemschicht. Het nare gevoel, de angst, machteloosheid, boosheid en verdriet, is samengevat in een grote, donkere, woelende wolk van rondrazende kleuren.



EMDR zorgt ervoor dat de herinnering aan de gebeurtenis en de intense emoties die daarbij horen, als het ware worden losgekoppeld. De herinnering blijft, maar wordt wat “kleiner” en dringt zich niet meer onwillekeurig op. De emoties blijven ook, het is niet zo dat de cliënt na de sessies niets meer voelt. Ze krijgen wel meer een eigen plek en met betrekking tot de traumatische gebeurtenis, worden ze iets “lichter” van aard.



Los van het afbeelden van de gebeurtenis en het nare gevoel, samen zouden we dit “het probleem” kunnen noemen, is een persoon afgebeeld. Dat is een bewuste keuze geweest. Het oprakelen van de herinneringen aan het trauma gebeurt vaak op zo’n manier dat de cliënt er geen controle over heeft (hoofdstuk 7.2.3). Die zal dus snel het gevoel hebben dat de herinnering, net zoals het trauma zelf, iets is wat hem of haar overkomt. Iets buiten de eigen controle van het eigen denken en het eigen lichaam om.

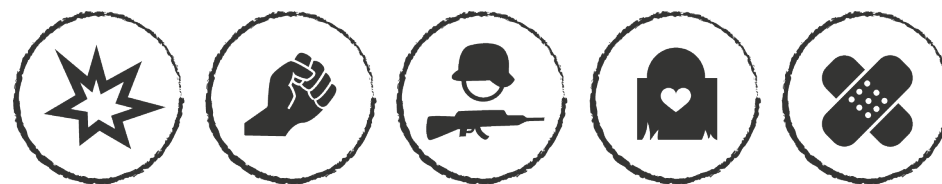
Met de vorm die de persoon voorstelt, is verder weinig aan variatie in vormgeving gedaan. Dit is vooral een ontwerpkeuze geweest; als die dezelfde gedachte zou voorstellen als de grote boze wolk die erboven hangt (en op die manier zou zijn vormgegeven), zouden de twee elementen elkaar ontkrachten en zou de boodschap minder eenduidig zijn.



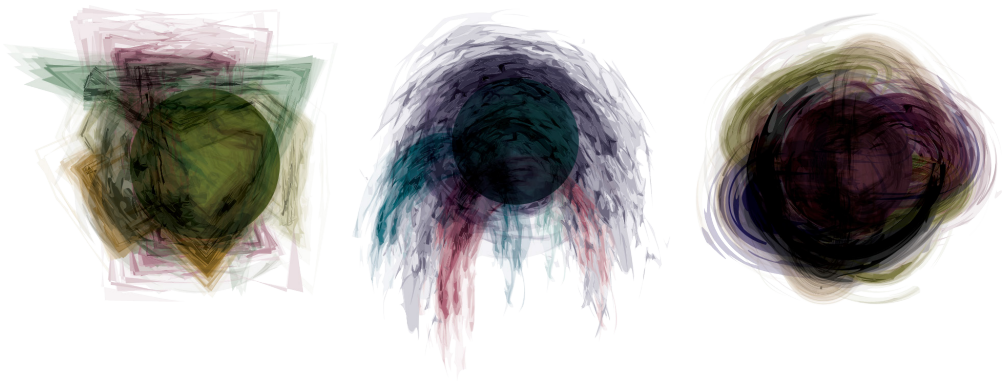
Het ontwerp bestaat hoofdzakelijk uit koele kleuren. Deze geven rust en kalmte (zie [Literatuuronderzoek, 6.2.5](#)), wat het risico op eventuele stressvolle reacties met betrekking tot de persoonlijke informatie wellicht wat vermindert. De belangrijkste kleur, het blauw-groen, is gekozen omdat blauw overheerst in de gezondheidszorg en om die reden herkenbaar en betrouwbaar is. Deze blauw-groen draagt daarnaast ook nog een beetje positiviteit met zich mee. In het ontwerp is de kleur verder gebruikt om EMDR-sessies en de EMDR-therapeut uit te lichten.

Een contrasterende kleur moet de aandacht trekken van de gebruiker, om de elementen te benadrukken die kunnen interacteren en navigeren. In dit geval een zalm-roze kleur. In tegenstelling tot een knalroze, of knalrode kleur, is deze kleur zacht en vriendelijk, uitnodigend in plaats van bevelend, en bescheiden positief in plaats van schreeuwend van enthousiasme.

8.3.3 persoonlijke laag



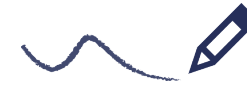
Het persoonlijk maken van de informatie is een gevoelige zaak. Het icoontje dat de traumatische gebeurtenis voorstelt, kan worden aangepast. De bliksemschicht is misschien voor sommige mensen te algemeen, waardoor ze niet het idee hebben dat de behandeling voor hen geschikt kan zijn, terwijl dat misschien wel zo is. Bovendien is het een element wat mensen leuk vinden om terug te zien. Ze worden als het ware gevraagd om wat meer input, zodat de informatie klopt bij wat ze ervaren.



In het ontwerp is ook een mogelijkheid verwerkt om de uitleg toepasselijk te maken op de situatie van de gebruiker. De grote boze wolk die het nare gevoel voorstelt, kan ge-tuned worden door de schuifjes die bij de verschillende emoties horen, aan te passen. De emoties kunnen gekoppeld worden aan visuele eigenschappen van het nare gevoel. Zou angst bijvoorbeeld gekoppeld kunnen worden aan het contrast in de kleuren van de wolk. Verdriet zou de kleur en structuur aan kunnen passen, boosheid de scherpte van de hoeken, en machteloosheid de snelheid waarmee de wolk rommelt en woelt. Aan het vormen van de meest relevante combinatie tussen gevoel en eigenschap, kan een studie op zich gewijd worden. Het is wel belangrijk om hier goed over na te denken, want het kan veel uit maken voor de verbondenheid van de gebruiker met de informatie.



De mogelijkheden tot het persoonlijker maken van de informatie, zijn te vinden onder één menuknop in de titelbalk bovenaan, naast de knop waaronder je de taal kunt aanpassen. De gebruiker tijdens de uitleg wijzen op deze opties, geeft de gebruiker misschien het gevoel iets te moeten doen wat hij niet wil, en dat is niet de bedoeling (bijlage C). Het is niet zo dat je je eigen situatie moet invullen om verder te kunnen, of om de module af te ronden. Om die reden zijn deze opties iets meer verstoep en worden ze niet aan de gebruiker opgedrongen.



Tijdens de uitleg kan de gebruiker altijd notities bijhouden en de samenvatting lezen in het paarse vlak onderin beeld. Ook de beoordeling van het vertrouwen in de behandeling is daar te vinden, wat nuttige informatie kan zijn voor de psycholoog of therapeut.

8.4 ARTS- PATIËNTCOMMUNICATIE

De module over EMDR helpt de cliënt en arts om samen op een gelijkwaardig niveau met elkaar te communiceren. Voornamelijk omdat de informatie versimpeld is en duidelijk het verloop en resultaat van de behandeling vergeeft, zonder al meteen veel te veel informatie op het bordje van de cliënt te gooien. Zelf filteren op belangrijke elementen is niet of nauwelijks nodig. In tegenstelling tot enkel gesproken uitleg van de arts, bevat de visualisatie geen vakjargon uit de psychologie en kan de cliënt altijd zelf kiezen om een stapje terug te doen of een diepere informatielaag te bekijken; de uitleg is niet lineair. In tegenstelling tot geschreven uitleg, hoeft de cliënt niet eerst te filteren op welke informatie relevant is, worden verbanden sneller duidelijk en kan hij zich gemakkelijk identificeren met de elementen in de visualisatie.

Ook kan de cliënt in de module, terwijl hij door de uitleg klikt, notities bijhouden die nuttig kunnen zijn voor de therapeut om te weten.

Of de visualisatie daadwerkelijk deze effecten bereikt, zal getest moeten worden. De testopzet en resultaten worden in het volgende hoofdstuk besproken.

9

9.1	TESTFORMULIEREN	68
9.1.1	AANPAK	68
9.1.2	RESULTATEN	69
9.1.3	CONCLUSIES	70
9.3	FOCUSGROEP	71
9.2.1	AANPAK	71

TESTEN

Het visueel prototype is deels klikbaar gemaakt, wat een idee geeft van hoe het geheel kan gaan functioneren. Bij het testen kunnen gebruikers op eigen tempo door het prototype heen klikken, wat uiteindelijk ook de bedoeling is bij het volledig werkende product. (bijlage G).

9.1 TESTFORMULIER

Door middel van het afnemen van een paar simpele vragen bij het prototype, is het mogelijk een idee te krijgen van de effectiviteit van de visualisatie.

9.1.1 aanpak

Het effect van de visualisaties kan worden getest door de reacties op dezelfde informatie zonder en met ondersteuning van visualisaties met elkaar te vergelijken^[1]. De volgende hypotheses zijn geformuleerd in verhouding met de informatie zonder visualisaties:

- » De visuele en interactieve vorm van psycho-educatie leidt bij de cliënt tot meer vertrouwen, meer motivatie en een positieve attitude tegenover de behandeling.
- » De visuele en interactieve vorm van psycho-educatie wordt door professionals gezien als een beter hulpmiddel om met de cliënt op één niveau te kunnen communiceren.

Er is dus één hypothese over het effect op cliënten, en één over de mening van artsen. Daarom is voor zowel cliënten als artsen een testformulier gemaakt. De opzet verschilt: de test voor cliënten vraagt de respondent om twee voorbeelden, die ongeveer dezelfde informatie uitdragen, met elkaar te vergelijken: voorbeeld A (een bestaande folder over EMDR die een goede, versimpelde uitleg geeft, maar alleen door middel van tekst) en voorbeeld B (het prototype). Naast bovenstaande hypotheses, is daarbij de verwachting dat voorbeeld A als completer wordt gezien dan voorbeeld B.

1 Houts, P. S., e.a. (2005). *The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence.*

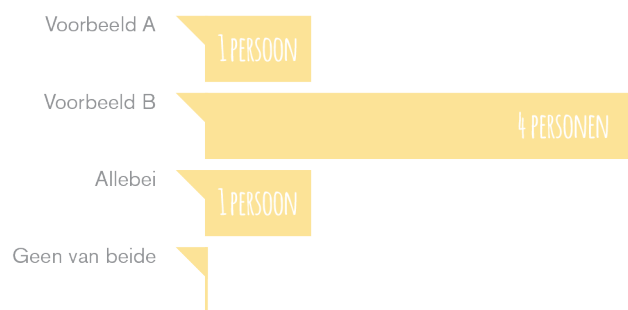
Bij de test voor cliënten is het streven om minimaal zes respondenten te verzamelen, en het streven voor de test voor artsen ligt op minimaal drie. Beide testformulieren zijn te vinden in bijlage H.

9.1.2 resultaten



FIGUUR 7

Welk voorbeeld vind je het meest positief?



FIGUUR 8

Welk voorbeeld begreep je het snelst?



FIGUUR 9

Welk voorbeeld vind je het meest compleet?

9.1.3 conclusies

Het belangrijkste resultaat van de test voor cliënten, is dat het prototype duidelijk als het meer positief wordt ervaren dan voorbeeld A, en het snelst wordt begrepen. Verder klopt de verwachting dat voorbeeld A wordt gezien als meer compleet.

Met betrekking tot het vertrouwen en de motivatie die de respondenten uit de voorbeelden halen, toont de test weinig relevante resultaten. De meningen zijn verdeeld. Het prototype lijkt net iets vaker de voorkeur te krijgen, maar het is te weinig om conclusies op te baseren. Het zou kunnen dat meer inzicht in de informatie niet per definitie leidt tot meer vertrouwen in de behandeling, bijvoorbeeld omdat er meer factoren meespelen die zwaarder wegen. Om hier meer zekerheid over te krijgen, moet de test bij een groter aantal cliënten worden afgenomen.

Suggesties die gegeven worden om het prototype te verbeteren, zijn:

- » meer informatie over waarom de therapeut zijn hand heen en weer beweegt (dat het voor afleiding zorgt)
- » geleidelijke (geanimeerde) overgangen tussen de slides, waardoor verbanden wat duidelijker worden
- » duidelijker maken dat de + voor de EMDR-sessie en therapeut staat
- » het lichtgrijze poppetje
- » komt wat kinderlijk over, misschien omdat de informatie persoonlijker is en minder algemeen
- » verschil tussen een set oogbewegingen en een sessie wat duidelijker maken

Voor de vragenlijst voor artsen zijn tot op heden te weinig respondenten om hier conclusies uit te kunnen trekken. De eerste berichten zijn wel positief over het prototype en zouden het product, als het verder geoptimaliseerd wordt, waarschijnlijk wel aanraden aan cliënten en misschien zelfs gebruiken tijdens voorlichting. Het ontwerp wordt gezien als geschikt voor psycho-educatie.

Er zou ook getest moeten worden hoe het beroepsproduct zich verhoudt tot gesproken uitleg, om een beter beeld te krijgen. De beste manier om dit te doen, is om met verschillende therapeuten samen te werken en te observeren hoe ze te werk gaan zonder en met gebruik van het prototype. Elke therapeut heeft immers zijn of haar eigen manier

van voorlichten.

Door middel van het organiseren van een focusgroep, kan ook worden gekeken hoe op het prototype wordt gereageerd in verhouding tot gesproken uitleg.

9.2 FOCUSGROEP

9.2.1 *aanpak*

De focusgroep wordt georganiseerd via de Angst, Dwang en Fobie Stichting en vindt plaats in de week van 19 augustus 2013. De onderzoeker gaat rond de tafel met een groep van minimaal drie en maximaal acht personen die binnen de doelgroep vallen. Het doel hiervan is te observeren hoe cliënten binnen de doelgroep omgaan met de informatie en de vorm van het beroepsproduct, wat de reacties zijn en hoe ze denken over de manier waarop de informatie vertaald is naar visualisaties. Het voordeel van een focusgroep is de interactie die plaatsvindt tussen de verschillende deelnemers, en de mogelijkheid om daar als onderzoeker direct op te reageren of er vragen over te stellen. Een nadeel kan zijn dat deelnemers het moeilijk vinden om een mening te verkondigen in een groep mensen, waardoor ze niet heerlijk en volledig zullen reageren.

De onderwerpen die tijdens de focusgroepbijeenkomst besproken zullen worden, zijn:
welkom: voorstellen van de deelnemers, wat weten ze al over het onderwerp?

- » uitleg onderwerp
- » eerste indruk, sfeer
- » de inhoud: is het begrijpelijk?
- » de vertaling van de informatie naar visuele elementen
- » persoonlijke laag: spreekt het aan of schrikt het af?
- » ideeën voor toepassingen

10

10.1	DEELVRAGEN	74
10.1.1	DEELVRAAG 1	74
10.1.2	DEELVRAAG 2	74
10.1.3	DEELVRAAG 3	74
10.1.4	DEELVRAAG 4	75
10.1.5	DEELVRAAG 5	76
10.1.6	DEELVRAAG 6	77
10.2	ONDERZOEKSVRAAG & DISCUSSIE	78

CONCLUSIE & DISCUSSIE

10.1 DEELVRAGEN

10.1.1 *Wat is de huidige situatie met betrekking tot communicatie tussen arts en cliënt?*

Informatievisualisatie staat nog in de kinderschoenen in de geestelijke gezondheidszorg. Hier en daar zijn wel initiatieven, maar het is nog weinig.

Er heerst niet perse ontevredenheid over de manier waarop nu gecommuniceerd wordt, maar over het algemeen is de overtuiging wel dat visualisaties deze zeker zouden kunnen verbeteren. Op dit moment wordt vooral tekst en gesproken uitleg gebruikt om met cliënten te communiceren.

E-mental health wordt steeds meer ingezet en er is steeds meer aandacht voor. Voor cliënten is vooral de anonimiteit heel prettig, en er kunnen groepen mee bereikt worden die in het echte leven moeilijk communiceren. Wel wordt er, ook bij online toepassingen, veel met tekst gewerkt en nog weinig met visuele ondersteuning.

10.1.2 *Hoe op dit moment ziet het traject eruit wat een cliënt doorloopt?*

Het traject dat een cliënt doorloopt, is helemaal aangepast op de specifieke situatie van die persoon. Geen twee trajecten zijn daarom hetzelfde. Wel zou je globaal kunnen zeggen dat het altijd begint met een kennismaking of intakegesprek, dan volgt de diagnostische fase, één of meer adviesgesprekken waarin diagnose, behandelmogelijkheden en perspectief worden besproken, en daarna de therapeutische fase. Dit traject verloopt niet altijd op die manier, omdat cliënten bijvoorbeeld halverwege worden doorverwezen of opnieuw gediagnosticeerd worden.

Het adviesgesprek is een belangrijk schakelmoment waarbij vaak veel emoties komen kijken.

10.1.3 *Wat zijn de behoeften en wensen van zowel specialisten als cliënten op het gebied van informatieoverdracht?*

Een psychische aandoening is heel persoonlijk. Ook twee mensen met dezelfde aandoeningen kunnen deze op elk een heel eigen manier ervaren. Daarom is het moeilijk om overeenkomstige behoeften en wensen te ontdekken met betrekking tot de

communicatie met artsen. Er zijn een aantal algemene behoeften die cliënten wel met elkaar lijken te delen.

De cliënt wil

- » dat er naar hem/haar geluisterd wordt
- » klachten verminderen, normaal leven kunnen leiden
- » eerlijke, open en complete informatie die makkelijk te begrijpen is
- » informatie over diagnose, behandeling en verwacht verloop naar herstel
- » visuele ondersteuning bij die informatie
- » zien “wat er in de hersenen gebeurt”
- » relativerend/positief

Ook specialisten delen een paar wensen met betrekking tot communicatie met de cliënt.

De arts wil

- » een vertrouwensband opbouwen
- » communiceren op het niveau van de cliënt
- » veel interactie, eventueel met hulpmiddelen
- » dat de patiënt handelt naar de geleverde informatie en gemotiveerd aan de behandeling begint

10.1.4 Hoe werkt het begrijpen van visuele informatie en welke mogelijkheden en beperkingen biedt dit in de geestelijke gezondheidszorg?

Het begrijpen van visuele informatie is minder afhankelijk van training (aangeleerde betekenis) dan gesproken en geschreven taal, omdat het een meer zintuiglijke taal is. Visuele taal kan dus betekenissen verduidelijken of toevoegen, die in verbale taal moeilijk uit te drukken zijn. Het gebruik van meer abstracte vormen lijkt het makkelijker te maken voor de toeschouwer om de eigen situatie in te vullen. Daarbij geldt wel: hoe abstracter de visuele informatie, hoe meer aangeleerde betekenissen wél een rol gaan spelen. In de vormgeving kan gewerkt worden met eigenschappen van fysieke objecten om abstracte ideeën te visualiseren, bijvoorbeeld grootte, vorm, structuur, lijnen en richtingen. Dit zou ook kunnen worden overgenomen in animatie en interactie. Het is verder belangrijk dat de afbeeldingen goed synchroon lopen met geschreven of gesproken uitleg, om de kans op verkeerde interpretaties te voorkomen.

De link tussen kleur en emotie is een belangrijk aspect om rekening mee te houden tijdens het ontwerpproces. Als ontwerper is het zeker belangrijk om met kleur te werken in informativisualisatie. Het zorgt voor meer nuances en subtiele aanpassingen in sfeer die met alleen grijs tinten moeilijk te realiseren zijn. Zeker bij een gevoelig onderwerp als geestelijke gezondheid draagt kleur veel bij aan het raken van de juiste toon. Het kan ook een hulpmiddel zijn om het onderwerp nog extra neer te zetten: blauw is bijvoorbeeld een kleur die veel gebruikt wordt als het gaat om informatie over gezondheid, en het is een betrouwbare kleur die rust en orde brengt.

10.1.5 Voor welk deel van de geestelijke gezondheidszorg is het interessant om een voorbeeld uit te werken?

Van alle psychische stoornissen komen stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen het meeste voor. De groep angststoornissen veroorzaakt, samen met depressie, de hoogste ziektelast in Nederland. Door te focussen op angststoornissen wordt dus niet alleen een grote groep aangesproken, maar ook een groot probleem aangepakt. EMDR is een interessante behandelmethode om te visualiseren, omdat de uitleg ervan geheimzinnig over kan komen en wat er precies in de hersenen gebeurt, is niet helemaal bekend. Bovendien is het een behandeling die effectief lijkt te zijn bij verschillende psychische stoornissen.

Een interactieve module over EMDR (psycho-educatie) kan inspelen op veel van de wensen van zowel cliënten als artsen, zoals persoonlijke informatie en communiceren op het niveau van de cliënt. Er is veel aandacht voor e-health in de geestelijke gezondheidszorg, wat mogelijkheden biedt om ondersteuning te vinden voor het ontwikkelen en integreren van een dergelijke toepassing.

Het beroepsproduct dat wordt ontworpen ter illustratie van de uitkomsten van dit onderzoek, is een interactieve visualisatie over EMDR, die ingezet kan worden als psycho-educatie aan het begin van het behandeltraject. Dat brengt ons bij het antwoord op de laatste deelvraag:

10.1.6 Waar moet de visualisatie aan voldoen en waar moet rekening mee gehouden worden bij het ontwerpproces?

Aan het begin van het ontwerpproces moet eerst goed worden gekeken of het inzetten van visualisaties überhaupt wel de geschikte manier is om met de beoogde doelgroep te interacteren. Het is dus belangrijk eerst een goed beeld te vormen van deze doelgroep en de belevingswereld van de mensen binnen deze doelgroep.

Als dat zo is, moet de visualisatie vervolgens aan een aantal eisen voldoen, om de communicatie tussen arts en cliënt te verbeteren. Na elk punt volgen suggesties voor het ontwerp.

Informatie op het niveau van de cliënt (de doelgroep).

Voor de uitvoering betekent dat gelaagdheid in informatie, waarbij de eerste laag de meest essentiële informatie zoveel mogelijk versimpeld; geschreven of gesproken tekst moet synchroon lopen met de afbeeldingen om verkeerde interpretaties zoveel mogelijk te voorkomen; vakjargon uit de psychologie vermijden en eventueel met metaforen werken (zowel in taal als beeld) waarbij rekening moet worden gehouden met de belevingswereld van de cliënt;

Interactief.

Heldere en logische navigatie inbouwen; stapsgewijze uitleg waarbij de gebruiker zijn eigen tempo kan bepalen; animaties en beweging van interactieve elementen kunnen verbanden of gedrag duidelijk maken (die met statische elementen moeilijk uit te beelden zijn);

Persoonlijk.

Abstracte vormen, simpel ontwerp zonder storende elementen die identificeren in de weg zou kunnen staan; mogelijkheid bieden tot aanpassen van deze vormen; eigen toevoegingen en opmerkingen; vertrekpunt van de uitleg is een herkenbare situatie;

Open en eerlijke informatie geven.

Volledigheid in informatie; transparant zijn; eventueel bronvermelding; ook nadelen benoemen;

Een positieve insteek hebben.

Vriendelijke kleuren; ziektebeeld niet te veel benadrukken maar alle aspecten van de behandeling duidelijk maken;

Optimisme en creativiteit stimuleren.

Mogelijkheid om vormen aan te passen en eigen situatie 'in te kleuren';

Er moet ook rekening gehouden worden met een aantal zaken. Zo moet het eindproduct niet overkomen als een promotiemiddel voor de behandeling. Dat zou de betrouwbaarheid van de informatie schaden en de verkeerde boodschap overbrengen. Verder zou het volproppen van het ontwerp met elementen die positiviteit uitstralen de gebruiker het gevoel kunnen geven dat hij niet serieus genomen wordt, of dat er niet goed naar hem geluisterd wordt.

Persoonlijke informatie moet niet geëist worden van de gebruiker, alleen om de uitleg persoonlijk te kunnen maken. Het persoonlijk maken van informatie kan ook op subtielere wijze in het ontwerp verwerkt worden.

10.2 ONDERZOEKSVRAAG & DISCUSSIE

Hoe kan informatievevisualisatie de communicatie tussen specialist en cliënt binnen de geestelijke gezondheidszorg verbeteren?

Dát het kan, is zeker. De manier waarop hangt echter af van verschillende factoren. Allereerst is het van belang om te beseffen dat informatievevisualisatie absoluut geen wondermiddel is. Zeker niet in een sector waarbij mensen wel wat anders aan het hoofd hebben dan te ontcijferen welk icoontje bij welke gemoedstoestand zou moeten horen. Daarbij zal de manier waarop informatievevisualisatie het beste kan worden toegepast, verschillen per doel en gewenst resultaat, en het is zeker de moeite waard om eerst de vraag te stellen of informatievevisualisatie wel de juiste methode is voor het doel (en de doelgroep) voor ogen.

Informatievisualisatie zou in elk geval kunnen worden ingezet om de volgende resultaten te behalen:

- » aandacht versterken
- » beter onthouden
- » inzichtelijker maken
- » relativeren
- » positiviteit en creativiteit stimuleren
- » onzekerheden wegnemen
- » illustreren wat er in de hersenen gebeurt

Een groter inzicht en meer betrokkenheid van de cliënt bij de informatie, zal leiden tot meer vertrouwen en meer motivatie tegenover het vervolgtraject, meer interactie met de behandelaar en op een gelijkwaardig niveau met elkaar kunnen communiceren. Om dit te kunnen bereiken, dient de visualisatie in elk geval aan een paar algemene punten te voldoen. Het product moet:

ontworpen zijn met een specifieke doelgroep voor ogen (en getest worden bij deze doelgroep)
informatie op het niveau van de cliënt communiceren; een brede en gevarieerde doelgroep vraagt om meer gelaagdheid in informatie
positiviteit uitstralen

Specifiek voor psycho-educatie geldt:

- » informeren vanuit het soort klachten (herkenbare situatie) en de behandeling, niet vanuit de diagnose
- » identificeren mogelijk maken door zo min mogelijk definiërende details toe te voegen en abstracte elementen in de vormgeving te gebruiken
- » informatie moet persoonlijk en interactief zijn

Deze conclusies worden aan Stijlbende gepresenteerd in de vorm van een checklist. Deze checklist kan dan worden geraadpleegd wanneer Stijlbende in de toekomst oprachten binnen de (geestelijke) gezondheidszorg zal uitvoeren. Het lijstje is te vinden in bijlage D.

11

11.1	KWANTITATIEF ONDERZOEK	82
11.2	IN DIALOOG MET DE DOELGROEP	82
11.3	IMPLEMENTEREN	82
11.4	SUGGESTIES VOOR HET BEROEPSPRODUCT	83

AANBEVELINGEN

11.1 KWANTITATIEF ONDERZOEK

Om met volledige zekerheid te kunnen aannemen dat de conclusies uit dit onderzoek kloppen, is het raadzaam om deze te toetsen door middel van een grootschaliger, kwantitatief onderzoek. Bij het onderzoeken wat de behoeften zijn van artsen en patiënten, kunnen bijvoorbeeld online enquêtes ingezet worden, of er kan langer de tijd worden genomen om meer diepte-interviews af te nemen waarin men gerichte vragen stelt.

11.2 IN DIALOOG MET DE DOELGROEP

Na het omschrijven van een doelgroep is geen onderzoek meer gedaan naar de specifieke wensen en behoeften van deze doelgroep in het bijzonder. De eerder gevonden behoeften die voort kwamen uit gesprekken en vragenlijsten zijn wel deels getoetst door het prototype te testen, maar om een goed beeld te hebben van wat de doelgroep wil dat het product doet, moet dit vaker gebeuren en meer cliënten moeten betrokken zijn. Stijlbende zou dit idee kunnen voorleggen bij de toekomstige opdrachtgevers binnen de geestelijke gezondheidszorg, want zonder een dergelijke partij is onderzoek onder cliënten moeilijk te realiseren.

11.3 IMPLEMENTEREN

De manier waarop het product uiteindelijk het beste geïmplementeerd kan worden, zal grotendeels afhankelijk zijn van de zorginstelling of organisatie die het product gaat gebruiken, en met welk doel. Vragen die daarbij gesteld kunnen worden, zijn:

- » Moet de module embed kunnen worden voor gebruik op andere websites, zoals partnerswebsites of websites van overkoepelende organisaties?
- » Moet het mogelijk zijn om de module online te delen, bijvoorbeeld via facebook?
- » Hoe kan het product uitnodigen tot interactie tussen arts en cliënt tijdens een face-to-face gesprek?

Verder kan het inspelen op de prioriteiten van de zorgsector helpen bij een succesvolle implementatie. Wellicht werpt het vruchten af als de interactieve visualisatie tegenover zorginstellingen en specialisten gepresenteerd wordt als een 'vernieuwende vorm van e-mental health', omdat die term meer belletjes doet rinkelen.

11.4 SUGGESTIES VOOR HET BEROEPSPRODUCT

De content van de module kan aangepast worden, waardoor het template ook ingezet zou kunnen worden voor psycho-educatie over andere behandelmethoden. Zo zou er bijvoorbeeld een module ontwikkeld kunnen worden die gaat over cognitieve gedragstherapie; een methode die minder concreet en stapsgewijs te werk gaat, maar wel heel breed wordt toegepast in de geestelijke gezondheidszorg.

Het paarse vlak onderin, tevens de laatste slide (zie figuurtje), kan aangepast worden naar wat voor de therapeut van belang is om te weten over de relatie van de cliënt met het onderwerp.

Een andere mogelijkheid voor de toepassing van informatievisualisatie in de geestelijke gezondheidszorg, kwam naar boven tijdens een brainstorm met Daniël Beetsma. Het idee was om te focussen op de verschillende routes die voor een cliënt mogelijk zijn tussen instellingen, specialisten, klinieken en verenigingen. Het netwerk van verwijzingen kan erg verwarrend zijn voor een cliënt. Telkens opnieuw moeten vertellen wat er aan de hand is, zonder dat de cliënt aan een behandeling kan beginnen, kan erg demotiverend werken. Uiteindelijk is besloten om dit links te laten liggen omdat voor dit idee een ander soort vooronderzoek geschikter zou zijn geweest, en de probleemstelling waarschijnlijk vraagt om een meer conceptuele oplossing.

REFERENTIES

LITERATUUR

- » Alleyne, R. (2011). *Welcome to the information age – 174 newspapers a day*. The Telegraph, Verenigde Staten. Ontleend aan <http://www.telegraph.co.uk/science/science-news/8316534/Welcome-to-the-information-age-174-newspapers-a-day.html>.
- » Arheim, R. (1969). *Visual thinking*. Berkeley: University of California Press.
- » Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek: handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Noordhof
- » Chandler, D. (1994). *Semiotics for beginners*. Ontleend aan <http://www.aber.ac.uk/media/Documents/S4B/semiotic.html>.
- » Dombrowe, I. C. (2011). *Bottom-up and top-down selection in time*. Amsterdam: Vrije Universiteit. Ontleend aan http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/32380/abstract_dutch.pdf;jsessionid=B68A86A856584E5131C44387BD95C115?sequence=4.
- » GGZ Nederland (2010). *Zorg op waarde geschat, update: sectorrapport ggz 2010*. Amersfoort. Ontleend aan <http://www.ggz nederland.nl/feiten-en-cijfers/sectorrapport-2010.pdf>.
- » Houts, P. S., Doak, C. C., Doak, L. G. & Loscalzo, M. J. (2005). *The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence*. Elsevier Ireland Ltd. doi:10.1016/j.pec.2005.05.004.
- » Huson, A., Nordeman, L. (2008). *Technologische ontwikkelingen in de GGZ: e-mental health en substituties nader bekeken*. Stichting Pandora. Ontleend aan [http://www.stichtingpandora.nl/jcms/images/stories/pandora/bijlagen/Rapport%20Technologische%20ontwikkelingen%20in%20de%20GGZ%20\(2008\).pdf](http://www.stichtingpandora.nl/jcms/images/stories/pandora/bijlagen/Rapport%20Technologische%20ontwikkelingen%20in%20de%20GGZ%20(2008).pdf).
- » Lucassen, M. P., Gevers, T. & Gijzen, A. (2010). *Texture affects color emotion*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Ontleend aan http://www.lucr.nl/Publications/LucassenGeversGijzen_CRA_2011.pdf.
- » Marieb, E. N. & Hoehn, K. (2012). *Human anatomy & physiology, 9th edition*. Verenigde Staten: Pearson Education, Inc.
- » Maurer, J. & Westermann, G. (2007). *Beter communiceren in de hulpverlening: Het Dialoogmodel als leidraad*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- » O'Connor, Z. (2011). *Colour psychology and colour therapy: caveat emptor*. Sydney: Wiley Periodicals Inc. Ontleend aan http://www.academia.edu/590819/Colour_psychology_and_colour_therapy_Caveat_emptor_2011.
- » Ware, C. (2004). *Information visualization: Perception for design, 2nd edition*. San Francisco: Morgan Kaufmann Publishers.
- » Westermann, G. (2010). *Ouders adviseren in de jeugd-GGZ: het ontwerp van een gestructureerd adviesgesprek*. Sittard: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- » Vereniging EMDR Nederland (2011, folder). *EMDR: informatie voor cliënten*.

DIGITAAL

- » Connection with color (2012). Ontleend aan <http://www.lyquix.com/blog-and-news/connecting-with-color> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Fonds Psychische Gezondheid. Posttraumatische stressstoornis. Ontleend aan <http://www.psychischegezondheid.nl/ptss> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Google Trends. 'Infographics', interesse in de loop der tijd in Nederland. Ontleend aan <http://www.google.com/trends/explore#q=%22infographic%22&geo=NL&cmpt=q> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Lanir, L. (2012). Ferdinand de Saussure: The Linguistic Unit – sign, signified and signifier explained. Ontleend aan <http://www.decodedscience.com/ferdinand-de-saussure-the-linguistic-unit-sign-signified-and-signifier-explained/20876> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » McSweeney, J. (2013). M150 Data, computing and Information: Differences between data and information. Ontleend aan <http://jmcsweney.co.uk/computing/m150/differences.php> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Nationaal Kompas Volksgezondheid. Hoeveel mensen roken? Ontleend aan <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/hoeveel-mensen-roken/> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Nationaal Kompas Volksgezondheid. Ziektelast in DALY's. Ontleend aan <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-ziektelast-en-hoe-wordt-deze-berekend/> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » NVEH. Ontleend aan <http://www.nveh.nl/> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Panteia (2012). E-health - Face-to-facebook. Ontleend aan <http://www.panteia.nl/nl/Projecten-AZW/Oplossingen-discrepancies/Bedrijfsvoering-Innovatie/Ehealth-Face-to-facebook.aspx> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Relationship between Color and Emotion: A Study of College Students. Ontleend aan <http://www.questia.com/library/1G1-123321897/relationship-between-color-and-emotion-a-study-of> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Rijksoverheid. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), vraag & antwoord. Ontleend aan <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/vraag-en-antwoord/waar-vind-ik-hulp-bij-psychische-problemen.html> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Rijksoverheid (2012). Ggz effectiever en betaalbarer. Ontleend aan <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/zorgaanbieders-ggz-en-zorgverzekeraars> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Trimbos Instituut. E-mental health. Ontleend aan <http://ambulantisering.nl/onderwerpen/e-mental-health> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Trimbos Instituut (2010). Alle stoornissen op een rij. Ontleend aan <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/feiten-cijfers-en-beleid/psychische-stoornissen/psychische-stoornissen-in-nederland/alle-stoornissen-op-een-rij> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Trimbos Instituut. Psych-educatie bij depressie. Ontleend aan http://www.trimbos.nl/~media/Themas/5_Implementatie/Doorbraak/Depressie/B5%20Psychoeducatie.ashx (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Vereniging EMDR Nederland. Ontleend aan <http://www.emdr.nl/index-clienten.htm> (laatst bekeken op 14-08-2013).
- » Wilkins, S. (2013). If you build a patient portal, why won't they come? Ontleend aan <http://www.kevinmd.com/blog/2013/04/build-patient-portal.html> (laatst bekeken op 14-08-2013).



BIJLAGEN

INDEX

A.	Vergelijkend onderzoek	blz. 89
A.1	Resultaten	blz. 89
A.1.1	Consciousness	blz. 89
A.1.2	Het Dialoogmodel	blz. 90
A.1.3	Patrick Smith: visualisaties & discussie	blz. 91
A.2	Conclusies	blz. 96
B.	Voorbeeld analyse kwalitatief onderzoek	blz. 97
C.	Schetsen en feedback	blz. 98
D.	Checklist	blz. 106

BIJLAGE USB

E.	Gespreksdocumentatie (PDF)	
E.1	Sanne Duhoux	blz. 1
E.2	George Westermann	blz. 4
E.3	cliënt: anoniem	blz. 5
E.4	Anniemiek van Eeden	blz. 7
E.5	cliënt: anoniem	blz. 8
E.6	Gerrit-Jan de Ruiter	blz. 10
E.7	cliënt: anoniem	blz. 11
E.8	Daniël Beetsma	blz. 13
E.9	Eva Fischer	blz. 14
E.10	Daniël Beetsma #2	blz. 15
E.11	Eva Fischer #2	blz. 16
F.	Compleet visueel prototype	
G.	Werkend prototype	
H.	Testformulieren	

A. VERGELIJKEND ONDERZOEK

Het onderzoeken van vergelijkbare projecten is zeker niet onbelangrijk. Nu is eerder al vastgesteld dat informatievevisualisatie nog nauwelijks een weg heeft gevonden in de geestelijke gezondheidszorg, dus vergelijkend onderzoek zal daar een beetje omheen moeten plaatsvinden. In dit deel van het onderzoek wordt gekeken naar visualisaties over bepaalde eigenschappen of aspecten van het menselijk brein, want informatie over psychische gezondheid kan wellicht net zoveel opleveren als informatie over psychische stoornissen. Er wordt gekeken naar goede (of slechte) voorbeelden van het makkelijk en beschikbaar maken van ingewikkelde conceptuele informatie, en visualisaties van onderwerpen die gevoelig kunnen liggen bij de ontvanger. Het is interessant om visualisaties van abstracte begrippen te bekijken, want het correct weergeven van deze ideeën vormt een grote uitdaging voor de ontwerper.

A.1 RESULTATEN

A.1.1 *Consciousness*

Er is weinig zo abstract als het concept dat het bewustzijn voorstelt. Probeer maar eens een tekening te maken van wat jij denkt dat bewustzijn betekent. Een onmogelijke taak. Om erachter te komen hoe het grootste deel van de mensen erover denkt, heeft David McCandless de mogelijke definities van bewustzijn al voor ons uitgetekend in een interactieve infographic.



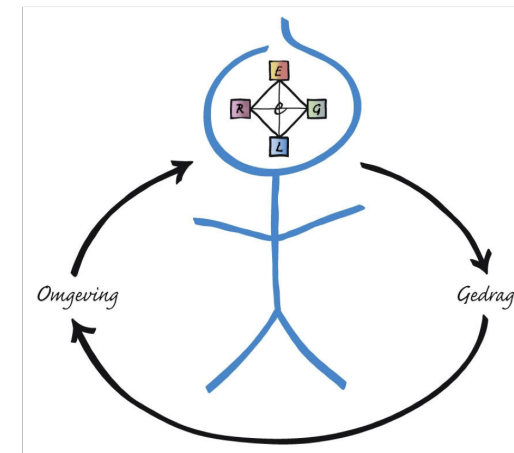
FIGUUR 11 (bron: David McCandless, <http://www.informationisbeautiful.net/play/what-is-consciousness/>)

Wat mooi gedaan is, is het gebruik van dezelfde vormen en kleuren om aan te geven dat elk plaatje over hetzelfde onderwerp gaat, met kleine verschillen. Ze bewegen verder niet, alleen als je met je muis eroverheen gaat (bekijk dit dus vooral ook even online, mooi spul).

Het bewegen van de infographic is toepasselijk; de gedachten, het bewustzijn, ze zijn altijd in beweging. De hersenen staan nooit stil. Als dat zo is, zouden ze dan niet allemaal altijd moeten bewegen? Misschien wel, maar op deze manier werkt het fijner voor de gebruiker. De aandacht is waar de muis is. Het is een goed manier om de gebruiker door de infographic te leiden, deze wel de regie blijft houden.

A.1.2 *Het Dialoogmodel*

Het Dialoogmodel is ontwikkeld door George Westermann en Jac Maurer als visueel hulpmiddel om het definiëren van het probleem en het adviesgesprek op een meer wederzijdse en gestructureerde manier te laten plaatsvinden. Het model gebruiken moet gedaan worden vanuit de gedachte dat de hulpverlener er alles aan moet doen om te zorgen dat hij of zij de cliënt goed begrijpt, en niet andersom. Op die manier zit je vanaf het begin samen op één lijn en komt een diagnose nooit als een verrassing.



FIGUUR 12 (bron: Maurer, J. & Westermann, G. (2007). Beter communiceren in de hulpverlening: Het Dialoogmodel als leidraad.)

“Bij de omgeving gaat het om je gezin, je school/werk, alles wat je in vrije tijd doet en eventuele hulpverlening. Bij gedrag komt te staan wat goed gaat en waarvoor hulp wordt

gevraagd.

Verder wordt nagegaan:

- » hoe jij en je omgeving op elkaar reageren (pijlen);
- » hoe het lichamenlijk met je gaat (L);
- » hoe je met anderen omgaat (relationeel, R);
- » hoe jij je voelt (emoties, E);
- » hoe je over van alles denkt (gedachten, G);”

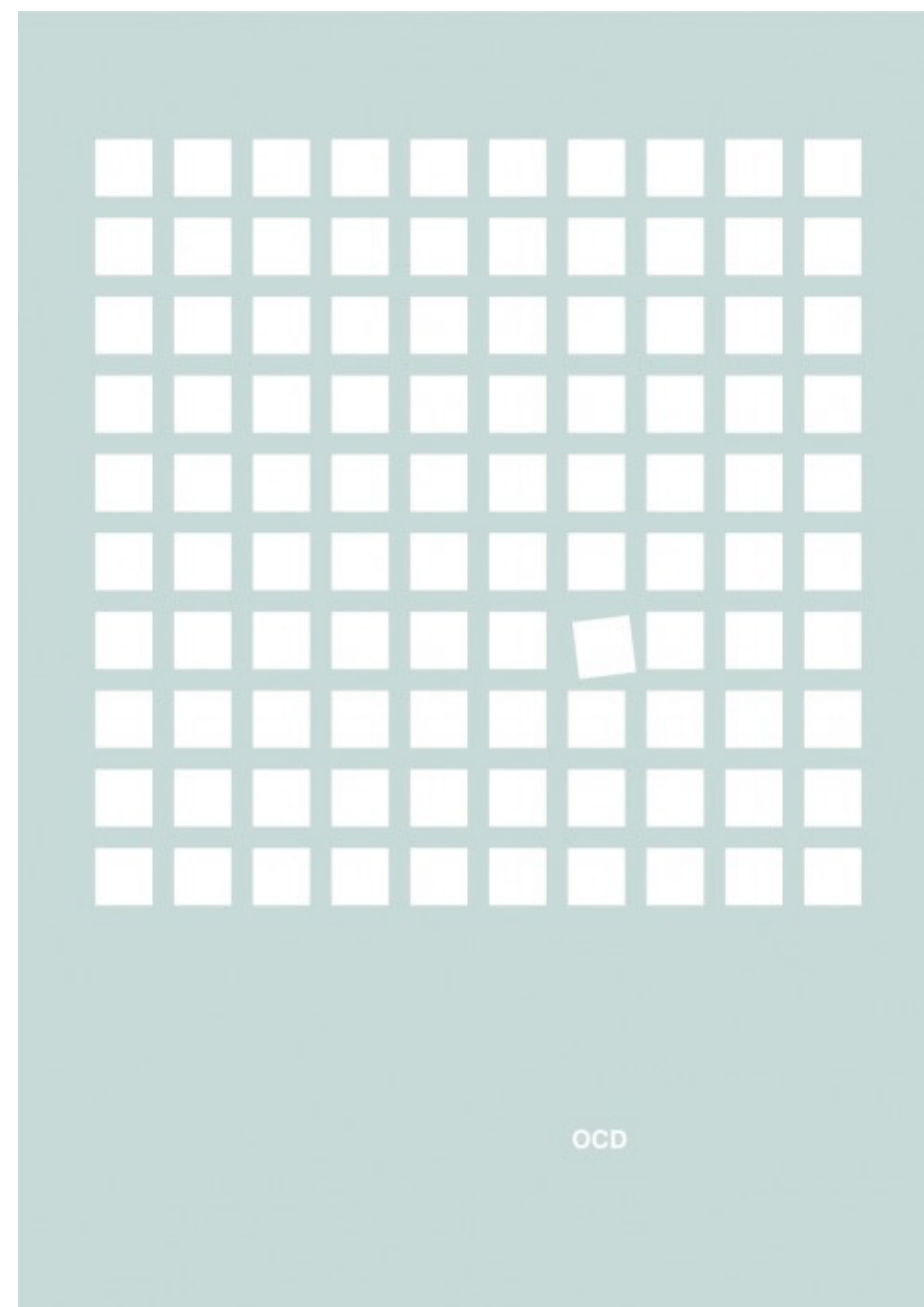
Het model is simpel en duidelijk, en wordt ‘live’ ingevuld door cliënt, hulpverlener en andere betrokkenen. Bij gedrag wordt benoemd welk buitengewoon gedrag de cliënt vertoont, bij omgeving worden relevante factoren in bijvoorbeeld het gezin of de werkomgeving genoteerd. De daarop volgende diagnose en het behandelplan worden ook uitgelegd aan de hand van het ingevulde model, waardoor de cliënt zelf het verband kan leggen tussen dat wat hij of zij zelf gezegd heeft, en onderdelen van de behandeling. Het Dialoogmodel is een goed voorbeeld van het toegankelijk maken van ingewikkelde informatie. Het is een visueel middel om op één niveau te communiceren. Het is niet persé een mooi beeld om naar te kijken, maar nodigt wel uit tot invullen/aanvullen en bewerken. Misschien nog wel meer dan een perfect gestyled model. Dat maakt het persoonlijk en interactief.

A.1.2 Patrick Smith: visualisaties en discussie

Grafisch vormgever Patrick Smith (Groot-Brittannië) is in 2010 op eigen initiatief een project gestart waarbij hij minimalistische weergaven maakte van geestelijke aandoeningen. De motivatie kwam vooral uit hemzelf, nadat hij meer te weten was gekomen over het onderwerp, en het voornaamste doel was om mensen meer bewust te maken van de variatie die bestaat in geestelijke aandoeningen.

De opmerkingen die ik nu ga bespreken werden allen geplaatst in de reacties bij Patrick's blogpost met de serie posters, waarvan de bron op de pagina rechts staat.

Naast het feit dat de reacties over het totaalbeeld en sfeer van de posters bijna alleen maar positief waren, klonk er veel kritiek over de aanpak en de inhoud. Zo werd er fel gereageerd op het feit dat de geslachtsidentiteitsstoornis in het rijtje met psychische stoornissen werd geplaatst. Veel mensen vatte dit op als aanstootgevend, omdat mensen met deze aandoening dit ook zien als een onderdeel van de eigen identiteit.



FIGUUR 13 (bron: Mental Disorder Posters <http://www.adaptcreative.co.uk/2010/08/mental-disorder-posters/>)



Agoraphobia



Dissociative
Identity
Disorder

Het noemen van deze complicatie in de rij van psychische stoornissen zou gelijk zijn aan het definiëren van homosexualiteit als een ziekte^[1] (Nicole Tripp op 19 maart 2011). Het sluitte aan bij de discussie die op grotere schaal plaatsvond, over of de aandoening wel of niet verwijderd moest worden uit de nieuwste versie van de DSM-classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), hét handboek voor psychische aandoeningen, waarvan dit jaar in mei de vijfde versie verscheen^[2]. Voor de nieuwsgierigen, de diagnose is uiteindelijk opnieuw omschreven en het “disorder”-gedeelte is verwijderd uit de naam^[3].

Interessante opmerkingen werden ook gemaakt over specifieke elementen van de vormgeving. Zo werd er genoemd dat over het algemeen de elementen in de posters te gecentreerd zijn en te geordend (MS op 29 april 2011). Stoornissen zouden ongebalanceerd en ongestructureerd aanvoelen, daarom zijn het stoornissen. Het hebben van een psychische aandoening is minder harmonieus dan de posters ze uitbeelden.

Deze reactie is interessant, omdat de stijl die gebruikt wordt, het minimalistische, Swedish design achtige, tegen de essentie van een psychische stoornis in lijkt te gaan. Bovendien is het maar de vraag of verschillende psychische aandoeningen in één stijl, waarin het moeilijk lijkt om veel te variëren vanwege het gebruik van weinig elementen, uit te beelden zijn.

Er werd verder kritiek geleverd over de ogenschijnlijk onverschillige manier waarop Patrick is omgegaan met kleur en vorm (cake op 17 april 2011). Patrick zou beter moeten nadenken over die primaire visuele concepten, net als over het gebruik van lijnen en ruimte.

Waarom zou depressie vertegenwoordigd worden door een wit vierkantje? Wordt dat niet meer geassocieerd met het licht aan het einde van de tunnel? Waarom wordt dissociatieve identiteitsstoornis weergegeven door vier cirkels die allemaal dezelfde grootte en kleur hebben, en ook nog eens op dezelfde horizontale lijn liggen? Hoort daar niet veel meer verschil in te zitten?

De keuze van Patrick om de cirkels op die manier weer te geven, is vanuit het oogpunt van een ontwerper zeer begrijpelijk. Het ziet er mooi en strak uit. Maar de vraag is of er misschien opzettelijk bepaalde onderdelen minder mooi gemaakt moeten worden om de

inhoud beter te laten overkomen. Dat geldt natuurlijk niet alleen voor dit project, die vraag is bij alle visualisatieprojecten van belang.

Over de poster die de obsessieve compulsive stoornis uitbeeldt, wordt nog gezegd dat er slechts één van de uitingen wordt laten zien. Het hart van de aandoening is de angstigheid, de onrust, en die is niet terug te vinden in de afbeelding.

Wat opmerkelijk is bij het lezen van de reacties op de posterserie, is dat mensen op de één of andere manier geneigd zijn om zich te identificeren met de vormpjes in de afbeeldingen. Ze hebben verder niks weg van daadwerkelijke personen; er is geen gezicht of menselijk lichaam in te herkennen. Het zijn alleen vierkanten, cirkels en driehoeken, meer niet. Zo blijkt dat als je de figuren maar goed in de juiste context plaatst, je een situatie al herkenbaar kunt maken voor iemand die je verder niet kent. Het hoeft niet eens op een persoon te lijken om ermee te kunnen identificeren, zolang het maar duidelijk is dat een bepaalde vorm het onderwerp is.

A.2 CONCLUSIES

Het Dialoogmodel is een goed voorbeeld van het toegankelijk maken van ingewikkelde informatie. Moeilijke termen uit de psychologie, zoals ‘congnitie’, zijn versimpeld (naar ‘gedachten’) en de afbeelding is zo gemaakt dat overbodige elementen de cliënt niet hinderen bij het identificeren met het poppetje.

Als uitgelegd moet worden wat een bepaalde stoornis is, klopt het niet om alles strak en netjes te centreren en volgens een grid in te delen, omdat een stoornis zo niet ervaren wordt. Maar omdat ons eindproduct niet perse bedoeld is om anderen uit te leggen hoe iemand met een stoornis zich voelt maar om degene met de stoornis meer inzicht en zekerheid te geven, is dit op het eindproduct minder van toepassing. Toch is het de moeite waard om te onthouden, want het geeft wel aan hoe gevoelig het ligt als je als vormgever doet alsof je weet hoe een psychische stoornis in elkaar steekt.

Goed nadenken over primaire visuele concepten, zoals kleur, vorm, lijnen en ruimte, is essentieel voor een heldere communicatie. Verder moet erop gelet worden dat het vormgeven vanuit het concept niet onder doet aan de duidelijkheid van de informatie. Hetzelfde geldt voor de gekozen vorm en het medium.

1 Mental Disorder Posters. <http://www.adaptcreative.co.uk/2010/08/mental-disorder-posters/>

2 Wikipedia, DSM. <http://bit.ly/p8td4> (laatst bekeken op 14-08-2013)

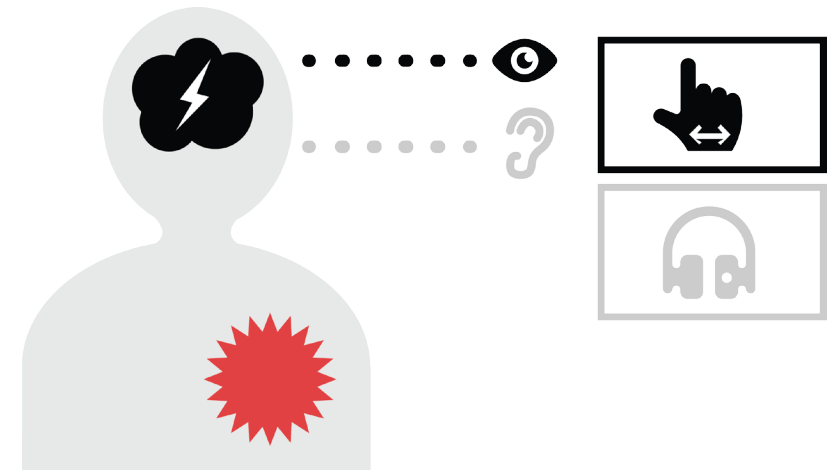
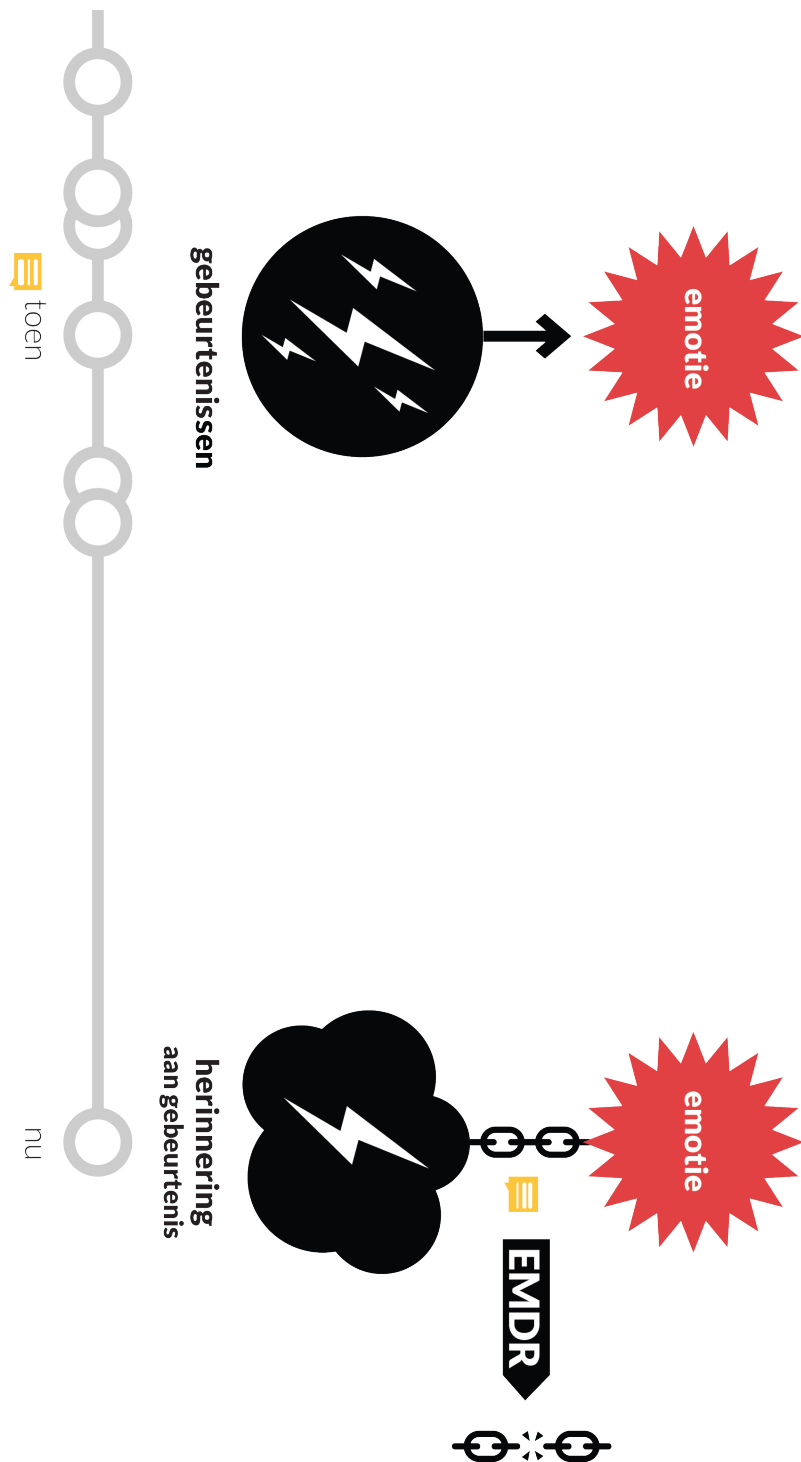
3 Gender Dysphoria Fact Sheet, American Psychiatric Association, 2013. <http://bit.ly/1aiRxdD>

B. VOORBEELD ANALYSE KWALITATIEF ONDERZOEK

vraag/onderwerp	bron	tekst	labels
Hoe ziet globaal het traject er uit wat een cliënt doorloopt?	Anniek	Afwijkend, valt eigenlijk onder behandeling, persoonlijke trainingen, enz.	afwijkend, persoonlijk
	Gerrit-Jan	Heel moeilijk te beschrijven, omdat het heel individueel is. Zelfs mensen met dezelfde ziekte doorlopen een ander, persoonlijk, traject. Globaal is het wel zo dat er eerst een diagnostische fase is, dan een adviesgesprek en behandelplan en dan vindt de behandeling plaats.	persoonlijk, individueel, diagnostische fase, adviesgesprek met behandelplan, behandeling
	George	"een gestelijke aandoening beleeft iedereen heel persoonlijk, zelfs mensen met dezelfde aandoening beleven hun ziekte op een andere manier"... "diagnostische fase - adviesgesprek (schakelmoment) - therapeutische fase"	persoonlijk, diagnostische fase, adviesgesprek, therapeutische fase
		"Een traject is bij ons bij geen van de kinderen gelijk maar globaal gezien begint het altijd bij een intakegesprek met ouders. Afhankelijk van de problematiek wordt er onderzoek ingezet of wordt er meteen gestart met behandeling. Een onderzoek kan maanden in beslag nemen maar kan ook enkelvoudig zijn (een moment)". "De onderzoeksbevindingen worden vastgelegd in een verslag dat met cliënt (bij kinderen in aanwezigheid van ouders) in een adviesgesprek wordt toegelicht."	verschillend, intakegesprek - onderzoek - behandeling, adviesgesprek, onderzoeksverslag
Als alles mogelijk was?	Anniek	"1 op 1, met de mogelijkheid om vragen te stellen van beide kanten."	1 op 1, vragen stellen, interactie
	Gerrit-Jan	x	
	George	Interactieve toepassingen zoals apps, smartboards, dat soort dingen	interactieve toepassingen
	Sanne	x	
Met welke visie ga je te werk? Wat is belangrijk?	Anniek	Communicatie op niveau van cliënt, daarbij speelt leeftijd en fase een grote rol	niveau, leeftijd, fase
	Gerrit-Jan		vertrouwen
		"Wat een trend is in de gezondheidszorg en zelfs daarbuiten, is de term Shared Decision Making. Dit houdt in dat de arts of specialist niet langer autoritair is als het gaat om de diagnose en behandeling van de patiënt. De arts gaat samen met de patiënt kijken naar de mogelijkheden en welke daarvan het meest geschikt zou zijn, maar de patiënt bepaalt uiteindelijk. De arts speelt hierin steeds meer de rol van adviseur en vertrouwenspersoon."	Shared Decision Making, vertrouwen
	George		begrip, symmetrie
	Sanne	x	
Wat gaat niet goed? Wat zou anders kunnen?	Anniek	"Waar meer aandacht aan besteed zou kunnen worden wat betreft communicatie, is de communicatie naar cliënten toe die minder willen. Mensen die niet vinden dat ze iets mankeren en daarom al helemaal geen bladzijdes vol met plaatjes en tekst tot zich gaan nemen."	mensen die het niet willen horen
	Gerrit-Jan		
	George	"Wat nog heel vaak gebeurt binnen de trend, is dat patiënten voorzien worden in een enorme hoeveelheid informatie (dus te cognitief), waarin ze vervolgens een weg moeten vinden en waarna ze de juiste keuze in behandelingen moeten maken. Vaak draait alles om de patiënt en wordt de invloed van zijn of haar omgeving vergeten."	te veel informatie, te veel keuze, omgeving vergeten

C. SCHETSEN + FEEDBACK





Feedback Daniël Beetsma:

Erg academisch. een onderzoeker zou het goedkeuren, een therapeut zou eerder zeggen: we halen het gevoel niet weg, er wordt niks losgekoppeld, de herinnering wordt alleen verwerkt.

“Gevoel” zou misschien ook met meer gevoel kunnen worden afgebeeld, storm of monster, Roald Dahl met monster dat staat voor een nachtmerrie, dat soort metaforen.

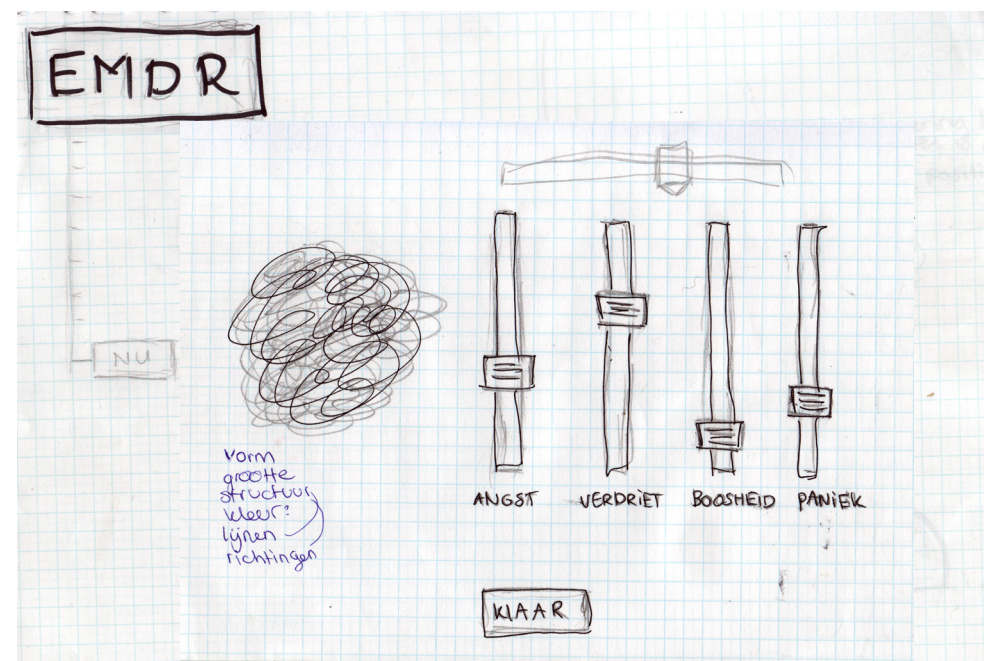
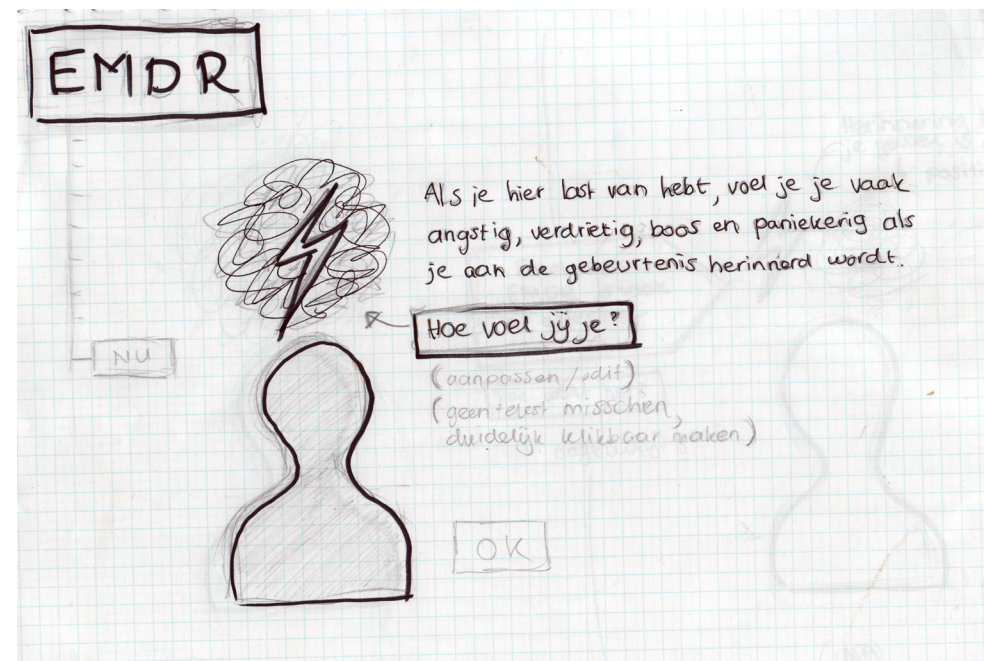
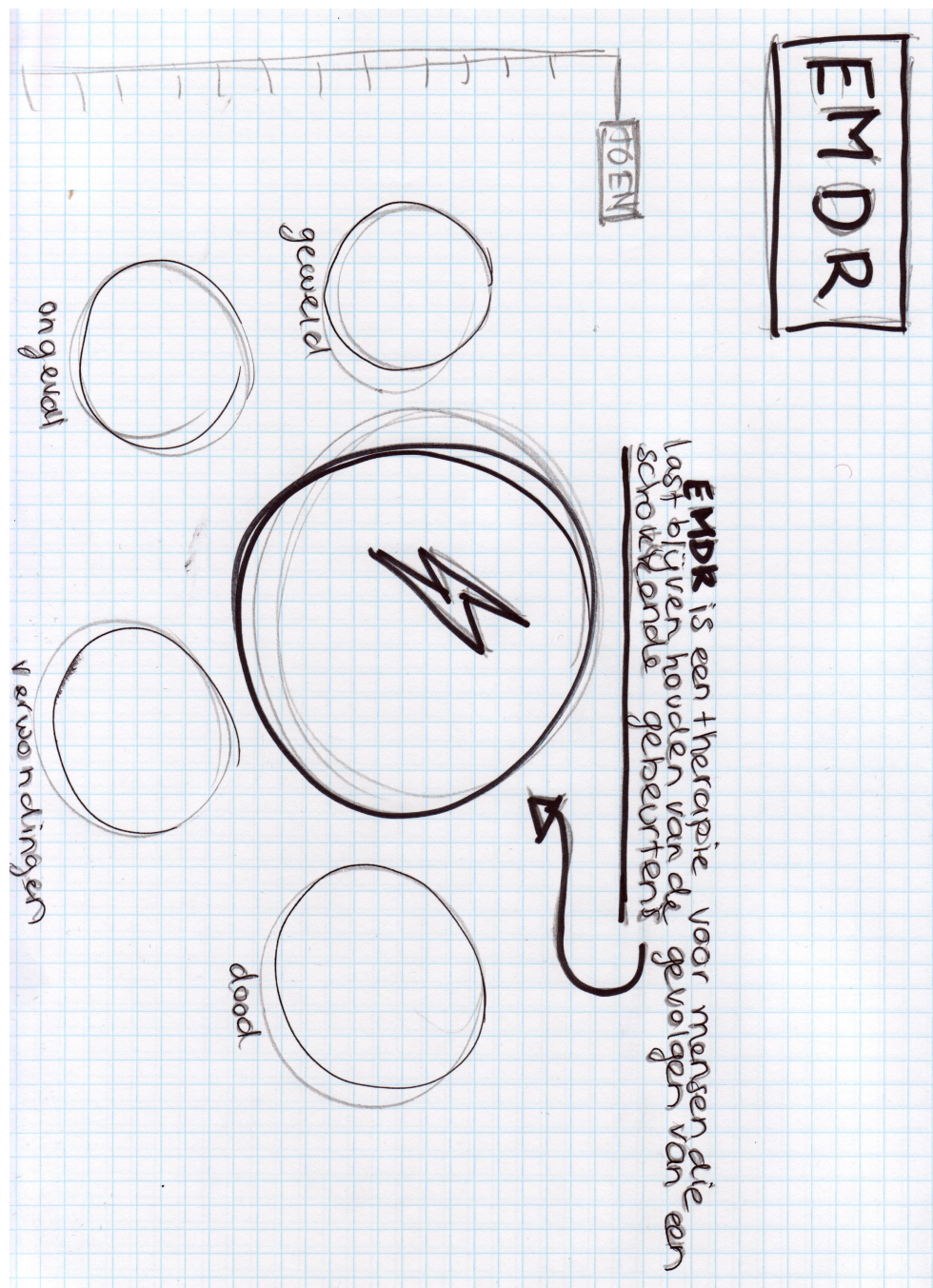
Wat ik vaak doe als ik voorlichting geef over dit soort dingen, is een beeld schetsen (met woorden dan) waar iemand zich in kan herkennen. Dat zou in de visualisatie ook gebruikt kunnen worden om vanaf het begin iemands aandacht vast te houden; herkenbare elementen toevoegen. Op die manier wordt het meer een verhaal dan een puzzel.

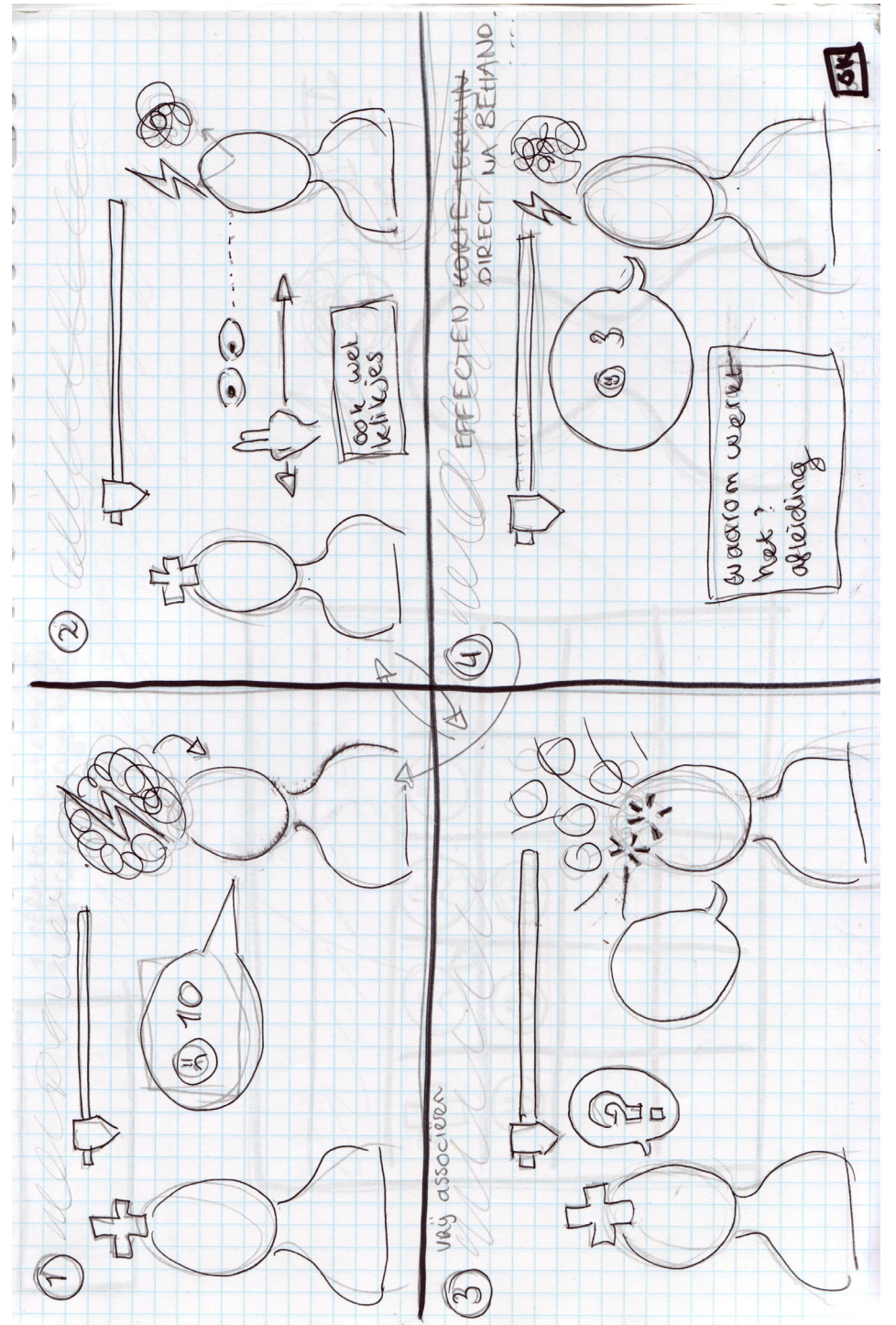
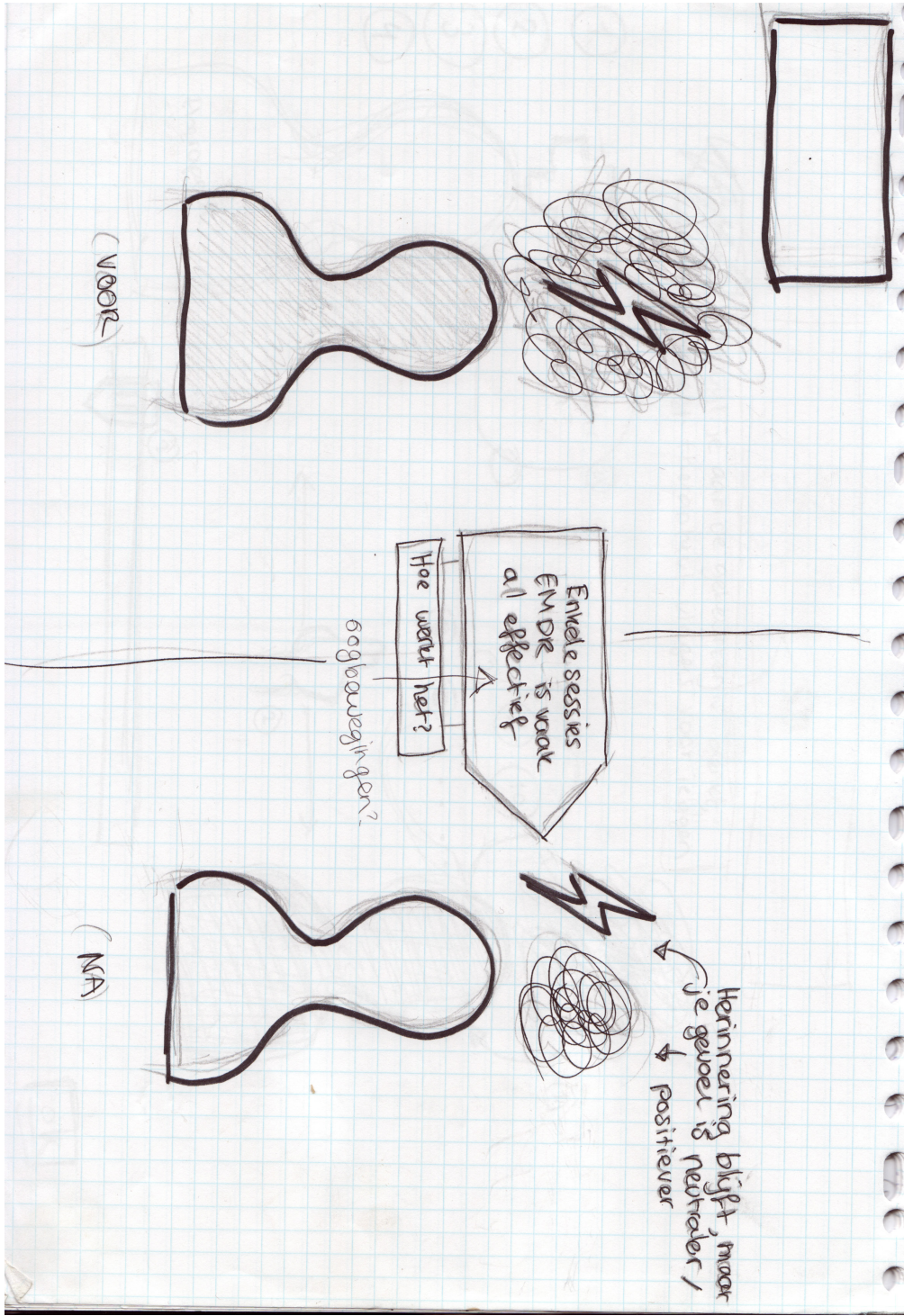
Feedback Stijlbende:

Meer één plaatje van maken, of meer één verhaal door elementen te laten terugkeren die hetzelfde betekenen.

Mogelijkheden verkennen om persoonlijker te maken.

Goed nadenken over het uitbeelden van emotie/gevoel. Misschien ook metaforisch.





Feedback Eva Fischer:

Het zelf kunnen kiezen van het icoontje dat je terug wil zien in de rest van de uitleg, is heel goed bedacht. Patiënten willen dat soort opties graag, omdat ze snel de neiging hebben om te zeggen: “maar bij mij is het anders” en “mijn ervaring klopt niet met wat hier staat”. Om die reden werken meer abstracte vormen ook beter dan bijvoorbeeld foto's. Het maakt het makkelijker om je ermee te identificeren. Het kunnen aanpassen van het gevoel is dus ook een mooie oplossing.

Verder kan het stuk over de sessies zelf misschien wel op een hele simpele manier: puur uitleggen wat er gebeurt, met bij elke stap een optie om meer te weten te komen.

Wat nog een idee is voor het ontwerp, is om nog wat gebruikerservaringen te laten zien. De betrouwbaarheid van informatie hangt vaak samen met wie de afzender is. Dat geldt eigenlijk overal wel. Op de één of andere manier is informatie over psychische gezondheid die van peers komt heel betrouwbaar voor patiënten. Wat je hierbij zou kunnen doen is dezelfde vorm gebruiken voor een persoon/gebruiker als die in het ontwerp terugkomt.

De doelgroep voor het product is inderdaad lastig te formuleren. Er is weinig bekend over de groep die in aanmerking komt voor de behandeling. Wat wel altijd kan (en zeker doen!) is gewoon het ontwerp voorleggen aan mensen in de omgeving, zo doet Trimbos dat ook wel eens. Niet perse mensen met een psychische stoornis, omdat het eigenlijk voor iedereen duidelijk moet zijn. Wel is het verstandig om de visualisatie niet te richten op kinderen, dat vraagt om een hele eigen aanpak, en de uitleg van de behandeling is voor volwassenen al ingewikkeld genoeg.

Het vingertje dat heen en weer gaat zou op de ipad verwacht kunnen worden met een gesture (swipe).

Feedback Stijlbende:

Persoonlijke laag anders aanpakken: nu lijkt het net of je je eigen verhaal móet vertellen om verder te kunnen. Meer verstoppen of pas na de eerste essentiële uitleg laten verschijnen. Nu gebeurt het al voordat je weet waar het over gaat.

Kijken of er een nuttig ding van gemaakt kan worden. Dat de cliënt bijvoorbeeld dingen invult die handig zijn voor de therapeut om te weten.

D.

CHECKLIST

*Het visualiseren van patiëntinformatie
in de geestelijke gezondheidszorg.*

Is informatievevisualisatie als communicatie hulpmiddel geschikt voor de
doelgroep en het doel voor ogen?

JA

Informatievevisualisatie kan ingezet worden
om deze doelen te bereiken:

- ☐ aandacht versterken
- ☐ beter onthouden
- ☐ informatie inzichtelijker maken
- ☐ relativieren
- ☐ positiviteit en creativiteit stimuleren
- ☐ onzekerheden wegnemen
- ☐ illustreren wat er in de hersenen gebeurt

De visualisatie moet:

- ☐ ontworpen zijn met een specifieke doelgroep voor ogen
(en getest worden bij deze doelgroep)
- ☐ informatie op het niveau van de cliënt communiceren; een brede en
gevariëerde doelgroep vraagt om gelaagdheid in informatie
- ☐ positiviteit uitstralen

Wordt de visualisatie toegepast als psycho-educatie?

JA

- ☐ informeren vanuit het soort klachten
(herkenbare situatie) en de behandeling,
niet vanuit de diagnose
- ☐ identificeren mogelijk maken door zo
min mogelijk definiërende details toe
te voegen en abstracte elementen in de
vormgeving te gebruiken
- ☐ informatie moet persoonlijk en interactief
zijn

NEE

Kijk samen met de opdrachtgever naar
andere opties.

NEE

Suggestie: help cliënten bij het begrijpen
van de ingewikkelde diagnostische en
therapeutische trajecten in de Ggz.

Hou verder het bovenstaande in
gedachte en maak er iets mooi's van!

