

Student: Nicky Elfring

S1254677

These-opdracht master Positieve Psychologie en Technologie

Universiteit van Twente

Begeleiders: S. M. Kelders

J. Meijerink

Impact van e-Mental Health op het werk en de rol van de GGZ professional

Samenvatting

Inleiding: Er is een groeiende behoefte aan psychische zorg. De GGZ kan deze druk niet opvangen en de wachttijden worden hierdoor langer (Woittiez, Eggink, Jonker & Sadiraj, 2009). Dit heeft negatieve consequenties voor de cliënten en de maatschappij (Beckers, 2017). eMH in de vorm van blended care zou de groeiende behoefte aan psychische zorg gedeeltelijk kunnen opvangen (Sorbi & Riper, 2009). Zo kan de tijd die de professional kwijt is per cliënt drastisch verlagen door het gebruik van eMH (Kay-Lambkin, Baker, Lewin & Carr, 2009). Voor een goede implementatie van eMH is het van belang dat er onderzoek wordt gedaan naar de impact van eMH op de rol van de GGZ professional. Aangezien technologie de beroepsidentiteit hervormd (Ashkraft, 2013). De beroepsidentiteit is een sociaal construct en is het onderhevig aan de verwachtingen van de professional en zelf en dat van anderen, zoals cliënten (Ashkraft, 2013). Gebaseerd op het onderzoek van Bowen (2016) wordt er verwacht dat de professionals en cliënten de rollen van *Differentiator* en *Enabler* zullen noemen als rollen voor de professional. De professionals zullen ook de rol van *Innovator* benoemen. De rol van *Coordinator* wordt in mindere mate verwacht. Verder wordt er verwacht dat de traditionele taken op zo'n manier worden verdeeld dat de praktische taken worden toebedeeld aan eMH en de proces gerelateerde taken aan de professionals.

Methodes: Aangezien er nog weinig bekend is over de impact van eMH op de rol van de GGZ professional is er gebruik gemaakt van kwalitatief exploratief onderzoek door middel van semi-gestructureerde interviews afgenomen bij zeven professionals en vier cliënten. Alle participanten hebben ervaring in het gebruik van e-Mental Health.

Resultaten: De professionals verwachten taken op zich te nemen passend bij de rol van *Differentiator*, *Innovator* en *Enabler* en in mindere mate taken passend bij de rol van *Coordinator*. De cliënten benoemde ook de rol van *Differentiator*, *Innovator* en *Enabler*. Wanneer naar de traditionele taken van de professional wordt gekeken wordt er een verschuiving waargenomen van de meer praktische componenten naar eMH terwijl de proces gerelateerde componenten bij de professional blijven, maar geen duidelijke verdeling in de taken. Een opvallend resultaat is dat de professionals met een negatieve attitude ten opzichte van eMH geen rolverandering ervaren. De professionals die wel verandering hebben ervaren in hun rol hebben een positieve attitude ten opzichte van eMH. Een ander opvallend resultaat is dat er voornamelijk face-to-face taken worden genoemd waarbij geen gebruik wordt gemaakt van de technologie.

Conclusie & Discussie: eMH speelt maar een kleine rol in de behandeling. Professionals gebruiken de technologie minimaal en ervaren hierdoor geen verandering in hun rol. Het wordt voornamelijk gebruikt als praktische tool. Om de impact van eMH op de rol van de professional volledig te kunnen ervaren zullen professionals de technologie meer moeten toelaten in hun behandeling en echt gaan werken met de technologie. Hierdoor zullen ze de toegevoegde waarde van de technologie mogelijk meer gaan inzien. Dit zal de attitude van de professionals positief beïnvloeden. Deze attitude heeft vervolgens weer een positieve invloed op de rolverandering en implementatie (Wykes & Brown, 2016). Professionals zouden een cursus kunnen volgen met betrekking tot eMH. In deze cursussen zal moeten worden stilgestaan bij de rolverandering van de professional en de taken die met behulp van de technologie kunnen worden uitgevoerd om eMH in zijn volle potentie te gebruiken. Een suggestie voor mogelijk vervolgonderzoek is een longitudinaal onderzoek waarin naast cliënten meer anderen worden betrokken om een vollediger beeld te krijgen van de rol van de professional. Ook maakt longitudinaal onderzoek het mogelijk om het implementatieproces te volgen van begin tot eind en hierdoor een beter zicht te krijgen op het proces van de rolverandering van de professional.

Abstract

Introduction: There is a growing need for mental healthcare. Mental health care institution can not cope with this pressure and as a result clients have to wait longer and longer to receive the care they need (Woittiez, Eggink, Jonker & Sadiraj, 2009). This has negative consequences for clients and the society (Beckers, 2017). eMH in the form of blended care could partly absorb the growing need for mental health care. For a successful implementation of eMH it is necessary to do research into the impact of eMH on the role of the mental healthcare professional. As technology transforms the professional identity (Ashkraft, 2013). Based on the Bowen survey (2016), it is expected that the professionals and clients will name the roles of *Differentiator* and *Enabler* as roles for the professional. The professionals will also mention the role of *Innovator*. The role of *Coordinator* is expected to a lesser degree. Furthermore, it is expected that the traditional tasks will be distributed in such a way that the practical tasks are assigned to eMH and the process related tasks to the professionals.

Methods: Since little is known about the impact of eMH on the role of the mental healthcare professional, qualitative exploratory research has been used by means of semi-structured interviews with seven professionals and four clients. All participants have experience in the use of e-Mental Health.

Results: The professionals expect to take on tasks that suit the role of *Differentiator*, *Innovator* and *Enabler* and, to a lesser extent, tasks that fit the role of *Coordinator*. Clients also named the role of *Differentiator*, *Innovator* and *Enabler*. When looking at the traditional tasks of the professional, a shift is observed from the more practical components to eMH while the process related components remain with the professional, with no clear division in the tasks. A striking result is that the professionals with a negative attitude towards eMH do not experience a change in role. Another striking result is that mainly face-to-face tasks are mentioned that do not require the use of technology.

Conclusion & Discussion: eMH only plays a minor role in the treatment process. Professionals use the technology minimally and therefore experience no change in their role. It is mainly used as a practical tool. In order to fully experience the impact of eMH on the role of the professional, professionals need to allow the technology more in their treatment and really start working with the technology. As a result, they will be able to see the added value of the technology more clearly. This will positively influence the attitude of the professionals. This attitude subsequently has a positive influence on the role change and implementation (Wykes & Brown, 2016). Professionals could take a course with regard to eMH. These courses will have to reflect on the role of the professional and the tasks that can be performed with the help of the technology to use eMH in its full potential. A suggestion for possible follow-up research is a longitudinal study in which, in addition to clients, more people are involved in order to get a more complete picture of the role of the professional. In addition, longitudinal research makes it possible to follow the implementation process from start to finish and thus gain a better insight into the process of the role change of the professional.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 e-Mental Health	5
1.2 eMH als stand alone dienst	6
1.3 Blended care	7
1.4 Implementatie blended care	8
1.5 Huidig onderzoek	8
2. Methoden	11
2.1 Type onderzoek	11
2.2 Inclusiecriteria participanten	11
2.3 Meetinstrumenten	11
2.4 Procedure	12
2.5 Data-analyse	13
3. Resultaten	13
3.1 Demografische gegevens	13
3.2 Resultaten professionals	14
3.2.1 Het gebruik van e-Mental Health	14
3.2.2 De verwachtingen over e-Mental Health	16
3.2.2.1 De rol van Differentiator	16
3.2.2.2 De rol van Innovator	17
3.2.2.3 De rol van Enabler	17
3.2.2.4 De rol van Coordinator	18
3.2.2.5 Verschil in taken bij verschillende populaties en modules	18
3.2.2.6 Verwachtingen van de cliënt volgens de professional in taken	18

3.2.3 De ervaren veranderingen door e-Mental Health	19
3.2.4 Verandering in traditionele taken van de professional	20
3.3 Resultaten cliënten	22
3.3.1 Verwachtingen over taken professional in blended care	22
3.3.2 Verandering in traditionele taken professional volgens cliënten	23
4.Conclusie	24
5.Discussie	27
6. Referenties	28
7. Bijlagen	33

1. Inleiding

Er is een groeiende behoefte aan zorg, dit komt onder meer door de vergrijzing. Volgens de statistieken van het Centraal Bureau van Statistiek komen er steeds meer 65-plussers op steeds minder werkenden in de toekomst (Van Duin & Garssen, 2010). Om deze reden komt er meer druk te liggen op de beroepsbevolking die een steeds groter wordende populatie van 65-plussers zal moeten onderhouden. Het ouder worden gaat vaak gepaard met een toename in lichamelijke maar ook psychische klachten. Hierdoor wordt de druk vooral verhoogd binnen de beroepsbevolking in de gezondheidszorg. Het gaat hierbij om de vraag, het gebruik en de kosten van zorg (Woittiez, Eggink, Jonker & Sadiraj, 2009).

Niet alleen onder de ouderen is er een waarneembare toename in het zoeken van hulp bij psychische problemen. In Nederland groeit het aantal hulpvragers sneller dan in de andere OESO-landen (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling). Het aantal jongeren dat hulp bij psychische klachten krijgt is sinds 2009 jaarlijks met zo'n 8,5 procent gestegen. Ook bij volwassenen is er een toename van vijf procent per jaar sinds 2009 (Mentink, 2013). Hierdoor groeien het aantal behandelingen en cliënten binnen de GGZ (Bijenhof, Folkertsma, Kommer, Slobbe & Polder, 2012). De GGZ kan deze groei moeilijk aan en de wachttijden binnen de GGZ worden hierdoor mogelijk langer. Dit kan schadelijke gevolgen hebben voor de cliënten maar ook voor de maatschappij. Bij cliënten kan het leiden tot een vermindering in de kwaliteit van het leven wat de kans vergroot op het krijgen van een depressie of een zelfmoordpoging. Voor de maatschappij heeft het als consequentie dat de gezondheidskosten hoger zijn doordat er bijvoorbeeld meer spoedeisende hulp nodig is, denk hierbij aan een ziekenhuisopname na een zelfmoordpoging, verder zitten mensen met psychische problemen vaker werkloos thuis (Beckers, 2017).

Niet alleen wordt de druk voor geestelijke gezondheidszorg professionals steeds groter door de toenemende behoefte aan psychische zorg, ook neemt de administratieve last toe als gevolg van de vele veranderingen binnen de GGZ, dit blijkt uit onderzoek van GGZ Nederland uit 2017(a). Deze administratielast gaat mogelijk ten koste van goede zorg en kost bovendien veel geld.

Wanneer naar bovenstaande problemen binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt gekeken (groeiende behoefte aan zorg, lange wachttijden en hoge kosten en administratieve lasten) is het duidelijk dat het noodzakelijk is deze problemen aan te pakken. Eén van de oplossingen kan liggen in het gebruik van eMental Health.

1.1 e-Mental Health

e-Mental Health (eMH) is relatief nieuw maar sterk in opkomst binnen de geestelijke gezondheidszorg en biedt veelbelovende perspectieven met betrekking tot bovenstaande problemen (Sorbi & Riper, 2009). Het begrip e-Mental Health valt onder de overkoepelende term eHealth. eHealth maakt gebruik van informatie en communicatietechnologie (ICT) ter ondersteuning of verbetering van de gezondheidszorg (Eng, 2001). e-Mental health is een onderdeel van eHealth en richt zich op de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat hierbij dus om het gebruik maken van ICT om de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen en verbeteren (Riper, Smit, Van der Zanden, Conijn, Kramer & Mutsaers, 2007).

eMental Health wordt door Chirstensen, Griffiths & Evans in 2002 gedefinieerd als: Geestelijke gezondheidsdiensten en informatie geleverd of verbeterd door het internet en daaraan gerelateerde technologieën. eMH richt zich uitsluitend op het ondersteunen en verbeteren van de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat hierbij niet om het bedrijfsproces en het digitaal delen van informatie of EPD, maar uitsluitend over interventies die direct gefocust zijn op het mentale welzijn van de cliënt, zoals online therapie (GGZnederland, 2013b). Op het moment zijn er veel applicaties beschikbaar met betrekking tot eMH en het aantal blijft groeien (Sarasohn-Kahn, 2012). eMH kent twee verschillende vormen, het kan als stand-alone dienst worden gebruikt of als toevoeging aan traditionele face-to-face therapie.

1.2 eMH als stand-alone dienst

Wanneer eMH als stand-alone dienst wordt gebruikt betekent dit dat er geen face-to-face contact is met een professional, al het contact is online of er wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde feedback (Yager, 2001). Online therapie heeft als voordeel dat het gemakkelijk kan worden aangepast aan de individuele behoeftes van de cliënt, zodat de motivatie om de behandelingen uit te voeren wordt vergroot. Zo kan er op diverse manieren informatie worden gepresenteerd. Voorbeelden zijn: tekst, audio, video of het leren van bepaalde vaardigheden door het spelen van spelletjes (Schalken, Wolters, Tilanus, van Gemert, van Hoogenhuyze, Meijer & Postel, 2010).

De meest effectieve stand-alone behandeling online is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Zo'n stand-alone behandeling bestaat meestal uit vijf à negen sessies. Cliënten krijgen online psycho-educatie en voeren zelfstandig oefeningen uit waarin ze leren hoe hun klachten in stand worden gehouden en hoe ze ermee om moeten gaan. De communicatie met de coach is vaak asynchroon en gebeurt online of via de telefoon en bestaat uit het geven van feedback op de oefeningen (Barack, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008). Feedback wordt meestal binnen 24 uur na het uitvoeren van een oefening of taak gegeven (Andersson, Carlbring, Holström, Sparthan, Furmark, Nilsson-Ihrfelt & Ekselius, 2006). Er zijn ook zelfhulp interventies beschikbaar waarbij er helemaal geen contact is met een professional, cliënten doorlopen deze interventies geheel zelfstandig. Deze interventies zijn vaak gericht op psycho-educatie, self-efficacy en symptoombestrijding. Eventuele feedback bij deze geheel zelfstandige interventies zijn geautomatiseerd (Yager, 2001). Hoewel deze interventies effectief zijn (Spek, 2008) is uit onderzoek gebleken dat interventies met begeleiding vaak effectiever zijn (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper & Hedman, 2014). Online cognitieve gedragstherapie onder begeleiding zorgt bij 50% van de cliënten voor een klachtenreductie in vergelijking met 6% van de wachtlijst conditie (Ruwaard, Schrieken, Schrijver, Broeksteeg, Dekker, Vermeulen & Lange, 2009).

In een zeer uitgebreide meta-analyse (Barak, et al., 2008) naar de effectiviteit van online interventies op het reduceren van klachten kwam een effectgrootte naar voren van 0.53, dit is een medium effect en gelijk aan de gemiddelde effectgrootte van traditionele face-to-face therapie. In het onderzoek zijn meerdere stoornissen opgenomen en verschillende online interventies. Onderzoek naar de efficiëntie van internetinterventies laten zien dat de tijd die de professional nodig heeft per cliënt is gereduceerd in verhouding met face-to-face behandelingen. Bij de behandeling van een depressie was er 50% (Wright, Wright, Albano, Basco, Goldsmith, Raffield & Otto, 2005) tot 79% (Kay-Lambkin, Baker, Lewin & Carr, 2009) minder tijd nodig. Bij paniekstoornissen was er een vermindering van 35% (Kiroopoulos, Klein, Austin, Gilson, Pier, Mitchell & Ciechowski, 2008) tot 70% (Carlbring, Nilsson-Ihrfelt, Waara, Kollenstam, Buhrman, Kaldo & Andersson, 2005). Online therapie is in de meeste gevallen even effectief gebleken als face-to-face therapie in het reduceren van klachten (van Rooijen, Zwikker & van der Vliet, 2014).

De resultaten zien er veelbelovend uit, het gaat hier echter om resultaten uit een research setting. Uit onderzoek in real-life settings komt naar voren dat er een hoger percentage van de cliënten uitvalt bij online therapie in vergelijking tot reguliere face-to-face therapie (Riper, Andersson, Christensen, Cuijpers, Lange & Eysenbach, 2010). Deze uitval van cliënten is mogelijk niet willekeurig, dit kan resulteren in een vertekening in de effectiviteit van online interventies (Blankers, Koeter en Schipper, 2010). Ook blijkt de adherentie bij online interventies in real-life settings laag te zijn (Christensen, Griffiths & Korten, 2002). Adherentie is de mate waarin cliënten de interventie gebruiken zoals deze bedoeld is (Kelders, Kok, Ossebaard, & Van Gemert-Pijnen, 2012). Lage adherentie resulteert in een vermindering van het behandelresultaat (Spijker, van Vliet, Meeuwissen & van Balkom, 2010). De effectiviteit van een behandelprogramma staat in verband met het op de juiste manier afronden ervan (Donkin, Christensen, Naismith, Neal, Hickie & Glozier, 2011). Hoe meer tijd cliënten besteden aan de interventie, hoe gunstiger dit is voor het reduceren van klachten. Een mogelijke oorzaak van het hogere percentage uitval en lage adherentie bij online interventies is de

hoge mate van zelfstandigheid die verwacht wordt bij online behandelingen (van Rooijen, et al., 2014). Ook blijkt dat professionals en cliënten sceptisch zijn over online behandelingen en dat de kosten en baten voor hen onduidelijk zijn. De sceptische houding van de stakeholders is de voornaamste reden dat de implementatie van online behandelingen in Nederland moeizaam verloopt (GGZ Nederland 2013a). In Nederland werden er in 2013 tussen de 1 en 5% van de cliënten binnen GGZ behandeld met eMH (GGZ Nederland 2013a). Dit aantal is weliswaar verdrievoudigd in een periode van drie jaar (Ruwaard & Kok, 2015), maar blijft aan de lage kant. De kloof tussen de stand-alone dienst en reguliere face-to-face therapie kan mogelijk worden overbrugd wanneer gekeken wordt naar de tweede vorm waarin eMH kan worden ingezet. eMH als toevoeging aan traditionele face-to-face therapie (Yager, 2001). Uit onderzoek is gebleken dat een combinatie van de voordelen van online en offline begeleiding en behandeling positieve resultaten opleveren, dit maakt het een goed alternatief voor reguliere face-to-face behandelingen (Månsson, Ruiz, Gervind, Dahlin & Andersson, 2013).

1.3 Blended care

Naast bovengenoemde vorm van eMH, waarbij ofwel online gecommuniceerd wordt met een professional of telefonisch, wordt eMH ook vaak ingezet als een toevoeging aan traditionele face-to-face therapie (Yager, 2001). Wanneer een behandeling bestaat uit een combinatie (blending) van face-to-face behandelingen en internet sessies en het tot één geïntegreerd behandeltraject is gevormd, wordt dit blended care genoemd (Wentzel, van der Vaart, Bohlmeijer & Gemert-Pijnen, 2016). Veel organisaties in Nederland hebben eMH opgenomen in hun diensten in de vorm van blended care. Blended care kan bouwen op de al bestaande face-to-face behandelingsprotocollen, in plaats van een volledige overgang te maken naar een nieuwe online infrastructuur. Op deze manier zou het meer acceptatie opleveren bij GGZ instellingen, therapeuten en cliënten in vergelijking met op zichzelf staande online behandelingen (Kooistra, Wiersma, Ruwaard, van Oppen, Smit, Lokkerbol & Riper, 2014).

Door gebruik te maken van blended care worden cliënten minder afhankelijk van face-to-face sessies. Op deze manier kan de therapietijd worden verkort en geoptimaliseerd. Cliënten hebben 24/7 beschikking tot de online modules en het is onafhankelijk van tijd en ruimte. Niet alleen zijn cliënten hierdoor minder afhankelijk van face-to-face sessies ook ervaren ze meer regie over hun eigen behandeling (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Als de therapietijd kan worden verkort kunnen er meer cliënten worden geholpen in een kortere tijd wat de groeiende behoefte aan zorg gedeeltelijk kan opvangen en zorgt voor een vermindering in kosten, alhoewel het wel noodzakelijk is om te investeren in het opzetten, onderzoeken en ontwikkelen ervan (Eysenbach, 2001; Lal & Adair, 2014). Ter ondersteuning van cliënten kunnen online modules ook worden ingezet om nuttig gebruik te maken van de wachttijden voor reguliere therapie en kunnen cliënten op deze manier al een eerste stap zetten in verandering. Denk hierbij aan online leefstijltips, e-mail begeleiding van een GGZ professional en online therapie (GGZ Nederland, 2017b).

Blended care wordt op verschillende manieren geoperationaliseerd. Zo wordt in sommige gevallen een deel van de behandelings sessies vervangen door online sessies. Hierdoor worden face-to-face sessies korter en minder frequent (Wright, Wright, Salmon, Beck, 2002). Er zijn onbegeleide zelfhulp modules gecombineerd met face-to-face sessies met een GGZ professional waarin voornamelijk wordt gereflecteerd op de vooruitgang van de online behandelprogramma's (Wilhelmsen, Lillevoll, Risør, Høifødt, Johansen, Waterloo & Kolstrup, 2013). Tot slot zijn er nog online modules die gebruikt worden als toevoeging op face-to-face sessies (Krieger, Meyer, Sude, Urech, Maercker & Berger, 2014). Een probleem met blended care is dat online en face-to-face sessies vaak niet goed worden geïntegreerd. Een rationale voor een specifieke blend tussen online componenten en face-to-face componenten wordt vaak niet gegeven (Wentzel, et al., 2016). Uit onderzoek is gebleken dat er een gebrek aan kennis is over waar blended care precies uit bestaat, wie er voordeel uit kunnen halen en

hoe blended care precies moet worden opgezet en uitgevoerd (van der Vaart, Witting, Riper, Kooistra, Bohlmeijer & van Gemert-Pijnen, 2014). Dit maakt het moeilijk om de effectiviteit van deze vorm van behandelen te bepalen en de implementatie ervan in de praktijk te bevorderen (Wentzel, et al., 2016).

1.4 Implementatie blended care

Op het eerste gezicht lijkt de implementatie van blended care goed te verlopen. Nederland wordt gezien als voorloper op het gebied van blended care en als een voorbeeld voor de rest van Europa (Ruwaard & Kok, 2015). Geestelijke gezondheidszorg instellingen verwachten dat binnenkort 50% van hun cliënten zal worden behandeld met behulp van blended care (van Dorresteijn, 2014). GGZ instellingen worden echter gedreven door financiële prikkels van zorgverzekeringsmaatschappijen, die beloningen uitdelen aan GGZ instellingen die eHealth implementeren. In toenemende mate worden nauwelijks geteste eHealth interventies haastig geïmplementeerd binnen geestelijke gezondheidsorganisaties. Dit wordt in het artikel van Ruwaard en Kok (2015) vergeleken met het motto van het oude Wilde Westen '*Shoot first, ask questions later.*' Deze versnelde implementatie en onduidelijkheden over hoe blended care precies moet worden opgezet en uitgevoerd (van der Vaart, et al., 2014) kan resulteren in een verlaging van de kwaliteit van de gegeven zorg (Ruwaard & Kok, 2015).

Implementatie bestaat uit een reeks van activiteiten dat ontworpen is om een bepaald product, in dit geval eMH in de vorm van blended care, in de praktijk te brengen (Fixsen, Naoom, Blase & Friedman, 2005). Of de implementatie een succes is hangt dus niet alleen af van het percentage zorginstellingen dat eMH toepast. Dit wordt ook geconstateerd door Berg in 2001: "*Whether an information system is 'successful' or not is decided on the workfloor..*" (p.144). Voor een goede implementatie is het niet alleen noodzakelijk dat de technologie wordt gebruikt maar ook dat gebruikers weten hoe het moet worden gebruikt en welke mogelijke veranderingen het met zich meebrengt (van Limburg, van Gemert-Pijnen, Nijland, Ossebaard, Hendrix & Seydel, 2011). Om de implementatie van blended care een succes te maken is het nodig om degelijk onderzoek te doen naar de zogenoemde ingrediënten van blended care.

Veel van het onderzoek over eMH is gericht op de cliënten en de maatschappij. Het is opvallend dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar wat voor invloed eMH heeft op de rol van de GGZ professional. Dit gebrek aan aandacht aan de beroepsrol is verrassend aangezien uit literatuur naar voren komt dat technologie de manier van werken transformeert (Nelson & Irwin, 2014). De rol en attitude van de professional kunnen invloed hebben op de implementatie van eMental Health applicaties, zowel positief als negatief (Wykes & Brown, 2016). Om eMH goed te implementeren binnen de GGZ is het dus van belang dat er onderzoek wordt gedaan naar de impact dat eMH heeft op de rol van de GGZ professional. Een goede implementatie van eMH waarbij de gebruikers weten wat er van hen verwacht wordt kan ervoor zorgen dat eMH effectiever kan worden ingezet binnen de GGZ.

1.5 Huidig onderzoek

In het huidige onderzoek wordt de impact dat eMH heeft op de rol van de GGZ professional onderzocht. Volgens de Role theory (Biddle, 1986) wordt menselijk gedrag geleid door de verwachtingen van zowel het individu zelf als anderen. De verwachtingen komen overeen met de verschillende rollen die iemand op zich kan nemen. Een rol bestaat uit een reeks van regels of normen die fungeren als plan om gedrag te begeleiden. Alle beroepen zijn geassocieerd met een beroeps identiteit, dit is de rol die men opneemt tijdens het uitoefenen van zijn of haar beroep. Deze beroeps identiteit is het antwoord op de twee vragen "Wie zijn wij?" (als leden van dit beroep) en "Wat doen we?" (Pratt, Rockmann & Kaufmann, 2006). Voor de komst van eMH was het antwoord op de vraag "Wat doen we?" voor de GGZ professional het uitvoeren van diagnostiek, het geven van psycho-educatie, uitvoeren en evalueren van behandelingen, adviseren en begeleiden van cliënten (Compas & Gotlib, 2002). Door interactie met nieuwe technologieën wordt de beroepsidentiteit hervormd (Ashcraft, 2013). Volgens Ashcraft wordt er te weinig aandacht besteed aan het feit dat

een beroepsidentiteit een sociaal construct is, wat onderhevig is aan veranderingen en verwachtingen die iemand zelf heeft over zijn rol en verwachtingen van anderen. In het geval van de GGZ professional zouden die anderen bijvoorbeeld cliënten kunnen zijn. Ook cliënten hebben bepaalde verwachtingen van de rol van de professional. Het is een groot misverstand om ervan uit te gaan dat de aard van het werk voor zichzelf spreekt. Met de komst van eMH verandert de handelswijze van de professional en om dit te veranderen is het noodzakelijk dat de rol wordt hervormd (Biddle, 1986).

Zoals hierboven al benoemd is zijn er onduidelijkheden over hoe blended care moet worden uitgevoerd (van der Vaart, et al., 2014). Er is weinig onderzoek gedaan naar de precieze inhoud en verhoudingen van face-to-face en online sessies en de rol van de GGZ professional hierin (Wright, et al., 2005). Het is belangrijk dat de impact die eMH heeft op de rol van de professional duidelijk is zodat de rol kan worden aangepast. Er is weinig bekend over de manier waarop technologie impact heeft op de rol van de GGZ professional. Er is echter wel literatuur te vinden wanneer gekeken wordt naar de impact van technologie op beroepsrollen in het algemeen. Brynjolfsson en McAfee (2011) spreken van de '*Race against the machine*' over hoe technologie bijdraagt aan een kleiner wordende rol voor werknemers, veel taken kunnen namelijk worden overgenomen door technologie. De vraag is welke menselijke vaardigheden niet kunnen worden overgenomen door technologie. In het artikel van Bowen uit 2016 worden vier rollen voorgesteld voor werknemers die te maken krijgen met invloeden van technologie. De *Innovator*, de *Differentiator*, de *Enabler* en de *Coordinator*.

De rol van *Innovator* is gericht op creativiteit en innovatie, dit zijn menselijke eigenschappen die niet overgenomen kunnen worden door technologie (Brynjolfsson & McAfee, 2012). Doordat werknemers veel contact hebben met klanten kunnen ze vaak goed lezen wat klanten nodig hebben, dit is de grote drijfveer in het genereren van nieuwe ideeën. Professionals kunnen door face-to-face contact te hebben met hun cliënten de behoeftes van cliënten achterhalen en zo bijvoorbeeld de juiste ratio tussen eMH en face-to-face contact en vorm van behandeling daarvoor kiezen. Uniek en aangepast aan de behoeftes van de cliënt.

De rol van *Differentiator* is gericht op de kleine dingen waar een bedrijf of organisatie zich mee kan onderscheiden van de rest. Het gaat hierbij om authentieke menselijke accenten. Dit kan een zakelijk contact transformeren in een menselijke relatie (Siranni & Bitner, 2011) wat de loyaliteit kan doen vergroten (Yim, Tse & Chan, 2008). Uit onderzoek is gebleken dat menselijke ondersteuning bij online therapie de therapietrouw in grotere mate positief kan beïnvloeden dan wanneer gekeken wordt naar digitale ondersteuning (Tate, Jackvony & Wing, 2006). Uit een onderzoek naar het effect van blended care bij cliënten met een depressie kwam dit ook naar voren. Zowel therapeuten als cliënten vonden online modules bruikbaar voor de praktische componenten van een behandeling (opdrachten, bijhouden van dagboeken en psycho-educatie). De meer proces gerelateerde componenten (introductie, evaluatie en het bespreken van gedachten en gevoelens) werden liever face-to-face ondersteund (van der Vaart, et al., 2014).

De rol van *Enabler* houdt in dat werknemers ervoor moeten zorgen dat zowel de klanten als de technologie hun eigen rol kunnen vervullen, dit om de dienst zo goed mogelijk te leveren en ervaren. Klanten hebben een grotere rol gekregen en het is de taak van de werknemers om deze te ondersteunen. Een van de onderzochte veranderingen die blended care teweeg brengt is een verschuiving van regie, cliënten ervaren meer regie over de behandeling en zijn minder afhankelijk van de face-to-face sessies (Rochlen, et al., 2004). Hierin zullen de cliënten in moeten worden ondersteund. Er zal bijvoorbeeld gekeken moeten worden of de cliënten de technologie begrijpen en ermee kunnen werken (Parasuraman, 2000).

De rol van *Coordinator* houdt in dat de onderlinge afhankelijkheid van werknemers en klanten in een co-creatie zo worden gecoördineerd dat alles goed verloopt (Bowen, 2016). Een coördinator brengt de verschillende actoren (werknemers, producten en klanten) die onderdeel zijn van een proces bij elkaar. Dit aspect richt zich meer op de overkoepelende term eHealth en in mindere mate op eMental Health. Dit houdt voor de professional bijvoorbeeld in dat het elektronische patiëntendossier wordt ingevuld zodat andere hulpverleners dit kunnen inzien. Wanneer gekeken

wordt naar eMental Health zou de professional bijvoorbeeld het systeem bij de blended-care behandeling kunnen betrekken.

In dit onderzoek wordt de vraag: Wat is de impact van eMH op de rol van de GGZ professional? onderzocht op basis van interviews met GGZ professionals en cliënten aangezien niet alleen de verwachtingen van de professionals zelf maar ook de verwachting van anderen een invloed zullen hebben op de rol (Biddle, 1986).

Gebaseerd op voorgaande assumpties over technologie en de rol van de werknemer, zijn er een aantal aannames opgesteld:

Aanname 1:

Uit de interviews met de professionals wordt verwacht dat ze taken zullen noemen die vallen onder de rol van *Differentiator*, *Innovator* en *Enabler*. Taken met betrekking tot de *Innovator* en *Enabler* rol worden verwacht aangezien het gebruik van eMH vaak nieuw is voor de cliënten, waarin ze moeten worden begeleid en ondersteund. Taken met betrekking tot de *Differentiator* rol worden verwacht aangezien professionals net als cliënten de behoefte hebben aan persoonlijk contact met betrekking tot bijvoorbeeld procesgerelateerde componenten (van der Vaart, et al., 2014). Er wordt verwacht dat de rol van *Coordinator* in minder mate wordt benoemd omdat deze rol voornamelijk gericht is op de overkoepelende term eHealth en minder toepasbaar is op eMental Health.

Aanname 2:

Uit de interviews met de cliënten wordt verwacht dat ze voor de professional voornamelijk taken zullen noemen die vallen onder de rol van *Differentiator* en *Enabler*. Dit wordt verwacht aangezien beide rollen gericht zijn op het persoonlijke aspect van een relatie, namelijk begeleiding en ondersteuning, wat belangrijk is voor de cliënt (van der Vaart, et al., 2014; Parasuraman, 2000). De rol van *Innovator* en *Coordinator* zal voornamelijk door de professional worden vervuld buiten de sessies om en zijn daardoor minder voor de hand liggend voor cliënten om te benoemen.

Aanname 3:

Uit de interviews met zowel de professionals als cliënten wordt verwacht dat er naast het ontstaan van nieuwe rollen ook een verandering zal plaatsvinden in de verwachting van de traditionele taken van een GGZ professional. Die taken waren het uitvoeren van diagnostiek, het geven van psycho-educatie, uitvoeren en evalueren van behandelingen, adviseren en begeleiden van cliënten (Compas & Gotlib, 2002). In tabel 1 staan deze taken uiteen gezet naar verwachting van zowel de professionals als de cliënten. Er wordt verwacht dat zowel professionals als cliënten onderstaande verdeling zullen geven aangezien het uitvoeren van diagnostiek, evalueren, adviseren en begeleiden van cliënten meer proces gerelateerde componenten zijn en dit volgens zowel cliënten als professionals liever face-to-face wordt ondersteund. Psycho-educatie is een meer praktisch component en kan volgens cliënten en therapeuten worden overgenomen door eMH (van der Vaart, et al., 2014). De taak 'Uitvoering van de behandeling' staat er zowel bij de professional in als bij eMH. Bij de professional gaat het dan meer om extra toelichting op bijvoorbeeld opdrachten, dus meer het proces gerelateerde component ervan, de meer praktische kant dus het maken van opdrachten en huiswerk kan via eMH.

Tabel 1

Weergave van de rollen en taken

Traditionele rol GGZ professional	Verwachte rol GGZ professional in blended care	Verwachte rol eMH
Uitvoeren van diagnostiek	Uitvoeren van diagnostiek	
Geven van psycho-educatie		Geven van psycho-educatie
Uitvoeren van behandelingen	Uitvoeren van behandelingen	Uitvoeren van behandelingen
Evaluëren van behandelingen	Evaluëren van behandelingen en bespreken van gedachten en gevoelens	
Adviseren van cliënten	Adviseren van cliënten en behandelplan opstellen	
Begeleiden van cliënten	Begeleiden en motiveren van cliënten m.b.t. de behandeling	
	Begeleiden van cliënten m.b.t. de technologie	

2. Methoden

2.1 Type onderzoek

Er werd gebruik gemaakt van een kwalitatief exploratief onderzoek, deze vorm van onderzoek werd gebruikt omdat er geprobeerd werd meer inzicht te verwerven in de impact van eMH op de rol van de GGZ professional. Een tweede reden waarom er was gekozen voor een kwalitatief exploratief onderzoek is het feit dat rollen sociaal geconstrueerd zijn. Dit houdt in dat de inhoud van een rol wordt gevormd door opvattingen en verwachtingen over die rol (Ashcraft, 2013). Er was gekozen voor kwalitatief exploratief onderzoek omdat het onderzoek was gericht op de ervaringen van de participanten met betrekking tot eMH en omdat er nog relatief weinig bekend is over het onderwerp.

2.2 Inclusiecriteria participanten

Voor het onderzoek waren er participanten nodig die werkzaam zijn als professional binnen de geestelijke gezondheidszorg en ook participanten die cliënt zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg. Er worden ook cliënten geïnterviewd aangezien ook de verwachtingen van anderen een invloed hebben op de rol van de professional (Biddle, 1986).

De professionals die deelnemen aan het onderzoek worden geworven bij de GGZ instellingen Mindfit Hardenberg-Ommen of Mindfit Apeldoorn. Mindfit is een organisatie die o.a. werkt met eMH in de blended vorm, om deze reden was dit een goede plek om participanten te werven.

De inclusiecriteria voor het deelnemen aan het onderzoek waren als volgt:

- De participant moest werkzaam zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dit konden dus o.a. psychiaters, psychologen en verpleegkundig specialisten zijn.
- De participant moest al enig ervaring hebben met eMH in de blended vorm (minimaal vijf behandelingen uitgevoerd met behulp van eMH).

Een ander deel van de participanten waren cliënten die op het moment van het onderzoek in behandeling waren bij GGZ professionals werkzaam bij Mindfit Hardenberg-Ommen. De inclusiecriteria voor het deelnemen aan het onderzoek waren als volgt:

- De participanten moesten behandeld of nog in behandeling zijn met behulp van eMH.

2.3 Meetinstrumenten

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview bij de GGZ professionals. Het interview nam ongeveer een half uur in beslag en bestond uit negentien vragen, waarvan vier algemene vragen en vijftien vragen gericht op het gebruik, de verwachtingen en ervaringen in het gebruik van eMH door de professional. De hoofdonderwerpen staan schematisch weergegeven in tabel 2. De inhoud van de algemene vragen waren gericht op de leeftijd, het beroep en werkervaring van de participanten.

De definitie die gebruikt werd in dit onderzoek over e-Mental Health werd medegedeeld aan de participant om antwoorden te krijgen die gericht zijn op dit onderzoek. Nadat de definitie was gegeven begonnen de onderzoeksvragen. De vragen gericht op het onderzoek begonnen eerst verkennend. De onderwerpen hierbij waren hoe lang de participanten al met eMH werken, hoe vaak ze ervan gebruik maken en op welke manier en met welk doel. De verkennende vragen zijn van belang voor het onderzoek om de huidige situatie in beeld te brengen van het gebruik van eMH en wat voor invloed dit heeft op de rol van de professional.

Vervolgens werd er ingegaan op de verwachtingen die de professionals hadden over de taken die moeten worden uitgevoerd en het verschil hierin bij verschillende patiëntenpopulatie en applicaties ook werd er gevraagd naar de te verwachten verwachtingen die een cliënt hierover heeft. Hierna werd er ingegaan op de ervaringen die professionals hadden met blended care en waarin ze veranderingen hadden opgemerkt, ook werd er ingaan op de verandering in de relatie met de cliënt. Tot slot werden de verwachting over de traditionele taken van een GGZ professional uitgevraagd door middel van het invullen van een tabel, hieronder weergegeven als tabel 1.

Gedurende het gehele interview werd er indien nodig doorgevraagd bij de gegeven antwoorden om meer informatie te vergaren en een compleet beeld te krijgen. Het volledige interview is terug te vinden in de bijlage (1).

Tabel 2

Schematische weergave onderwerpen

Onderwerpen	Vraag nummers
Algemene vragen	1-4
Het gebruik van eMH	5-10
De verwachtingen over eMH	11-14
De ervaren veranderingen door eMH	15-18
De te verwachten veranderingen in traditionele taken	19

Bij de cliënten die hebben geparticipeerd aan het onderzoek werd een minder uitgebreid interview afgenomen. Het interview bestond uit twee algemene vragen, vervolgens werden er vier vragen gericht op de verwachtingen van de cliënten over de professional, eMH en de verdeling van de traditionele taken gesteld waarbij eventueel nog kon worden doorgevraagd bij de gegeven antwoorden. Het interview nam ongeveer tien minuten in beslag. Er werd gefocust op wat de cliënt verwacht van de GGZ professional in een behandeling met blended care, wat de cliënt nodig heeft van de professional in een blended care behandeling en wat kan worden overgenomen door eMH. De cliënten kregen tot slot ook de vraag om de tabel in te vullen met betrekking tot de traditionele taken van de GGZ professional en hun verwachtingen daarover. Het volledige interview is terug te vinden in de bijlage (2).

2.4 Procedure

Voorafgaand aan het onderzoek is er ethische toestemming verleend door de Commissie Ethiek (CE) van de Faculteit gedragswetenschappen van de Universiteit van Twente. Aangezien Mindfit onderdeel is van Dimence is er ook toestemming verleend door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van de Dimence groep. De participanten werden geworven binnen Mindfit Hardenberg-Ommen en Apeldoorn op vrijwillige basis. Het werven van de professionals gebeurde ofwel mondeling, in het geval van de professionals binnen Mindfit Hardenberg of per e-mail, in het geval van Mindfit Apeldoorn. Cliënten werden geworven door middel van een e-mail. In de e-mail werd gevraagd of de cliënten kort de tijd hadden (ongeveer tien minuten) om een aantal vragen te beantwoorden over de rol van de GGZ professional binnen blended care aan het einde van hun volgende sessie, als bijlage aan de e-mail wordt een informatiebrief toegevoegd die is terug te vinden in de bijlage (3). Bij de professionals wordt de informatiebrief voorafgaand aan het interview op papier aangereikt. De interviews werden afzonderlijk in een afgesloten kamer

afgenomen om eventuele storings van buitenaf uit te sluiten. Een toestemmingsformulier werd ondertekend door de participanten voorafgaand aan het interview, deze brief is terug te vinden in de bijlage (4). Voorafgaand aan het interview werd er mondeling een korte introductie gehouden, vervolgens werd het interview afgenomen. De introductie staat uitgeschreven op het format voor het interview, terug te vinden in de bijlagen (1) en (2). Na twee interviews met professionals te hebben gecodeerd is de vraag “Welke applicaties gebruikt u van e-Mental Health?” veranderd na “Welke modules van Minddistrict gebruikt u het meest?” aangezien beide professionals het antwoord gaven dat ze Minddistrict als applicatie gebruikte en geen modules noemde. Vervolgens zijn de resterende participanten geïnterviewd met de aangepaste vragenlijst. De semigestructureerde interviews werden opgenomen en op een later moment verbatim uitgewerkt. Om de leesbaarheid te vergroten zijn de gegevens uit de interviews grammaticaal gecorrigeerd. Inhoudelijk zijn de interviews niet aangepast. De uitgeschreven interviews zijn na de hand voorgelegd aan de participanten ter verificatie.

2.5 Data-analyse

Om de gegevens uit de interviews kwalitatief te kunnen analyseren is er een coderingssysteem opgesteld. Voorafgaand aan de interviews zijn er een aantal onderwerpen opgesteld die gebaseerd zijn op de vragenlijsten voor de professionals en de cliënten. De onderwerpen zijn als volgt: Het gebruik van eMH, de verwachtingen over eMH, de ervaren veranderingen door eMH en tot slot de te verwachten veranderingen in de traditionele taken. De gegevens die verzameld zijn uit de interviews zullen binnen deze onderwerpen worden gecodeerd in verschillende thema's en subthema's. De thema's zijn gebaseerd op de te verwachten rollen vanuit de theorie van Bowen (2016): *Innovator, Differentiator, Enabler en Coordinator*. De taken genoemd door de participanten worden onderverdeeld in verschillende subthema's door middel van open codering en vervolgens geplaatst onder een passende rol. Alle belangrijke en relevante informatie dat inzicht geeft op de hoofdvraag van het onderzoek uit de interviews is gecodeerd. Deze informatie heeft betrekking op de rol en taken van de professional. Binnen de verschillende onderwerpen zijn gegevens met dezelfde code samengebracht. Van elk thema en/of subthema is een samenvatting gemaakt van de gegeven antwoorden weergegeven in de resultatensectie.

3. Resultaten

3.1 Demografische gegevens

De demografische gegevens van de professionals en cliënten staan weergegeven in tabel 3. Van de professionals waren er vier basispsycholoog van beroep, twee GZ-psycholoog en één verpleegkundig specialist. De professionals voeren gemiddeld al 7,7 jaar hun beroep uit. Dit varieert tussen een half jaar en 18 jaar. Gemiddeld werken ze al 2,7 jaar met e-Mental Health. Dit varieert tussen de vier maanden en acht jaar. Het gebruik maken van e-Mental Health door de professionals varieert tussen weinig en dagelijks.

Tabel 3
Demografische gegevens van de participanten

	Professionals	Cliënten
Aantal participanten	7	4
Waarvan vrouw	6	2
Gemiddelde leeftijd in jaren	33,9	34,5

3.2 Resultaten Professionals

Als eerst wordt er gekeken naar de resultaten verkregen uit de interviews met de professionals. De resultaten zijn onderverdeeld in de onderwerpen gebaseerd op de vragenlijst.

3.2.1 Het gebruik van e-Mental Health

Uit de gegevens over de manier van het gebruik van eMH en de beoogde doelen kwamen verschillende rollen naar voren.

Alle zeven de professionals gaven aan dat ze eMH als ondersteuning van de behandeling te gebruiken. De ondersteuning houdt volgens de zeven professionals in dat e-Mental Health wordt gebruikt voor het maken van opdrachten. Zes professionals gaven aan dat cliënten door middel van eMH informatie in hun eigen tijd nog een keer kunnen doorlezen of alvast kunnen inlezen voor de volgende behandelsessie. Ook wordt e-Mental door drie professionals gebruikt als protocol voor de professional en eenmalig wordt door een professional genoemd dat e-Mental Health wordt gebruikt als protocol voor de cliënt. Eén van de professionals zag e-Mental Health ook als protocol voor de behandeling maar door gebrek aan ervaring met angststoornissen en e-Mental Health gebruikt ze het niet op die manier: *“Misschien dat e-Mental Health daarin juist een goede ondersteuning kan zijn, maar ik ben er dan zelf al druk mee en dan voelt het als een soort van extra stap om dat er ook nog bij te betrekken. Terwijl het misschien juist zou kunnen werken als een rode draad waar ik me vast aan kan houden.”* De ondersteuning en het geprotocolleerd werken hebben betrekking op de praktische componenten van de behandeling. Hierdoor is er voor de professional meer ruimte over voor de proces gerelateerde componenten passend bij de rol van *Differentiator* tijdens de face-to-face sessies. Zo legt één van de professionals uit: *“Dan laat ik cliënten het huiswerk doen via de module en dan gebruik ik de sessies verder om het protocol verder uit te diepen. Bij CGT bijvoorbeeld de gedachtenschema’s verder uitwerken. (...) Ik gebruik de modules als aanvulling op de sessies hier, dus informatie kunnen ze bijvoorbeeld thuis doorlezen en die verduidelijk ik dan in de sessies.”*

Zes professionals gaven aan complete modules te gebruiken. De modules lopen parallel aan de behandeling ter ondersteuning door middel van huiswerk en het verschaffen van informatie. Eén van de professionals gaf aan weinig complete modules te gebruiken en alleen maar losse onderdelen. Op de vraag waarom de participant dit deed gaf ze het volgende antwoord: *“Ik denk dat ik zelf weinig bekend ben met e-Mental Health en dat dat wel een drempel is voor mij. (...) Ik weet zelf nog niet helemaal precies wat voor toevoeging eMental daarop heeft. Misschien is het wel puur uit te weinig ervaring, ik gebruik het weinig. Die losse onderdelen doe ik wel omdat ik daarbij denk dat het handige tools zijn, bijvoorbeeld extra uitleg of psycho-educatie.”*

Naast de manier waarop eMH wordt gebruikt zijn de doelen ook voornamelijk praktisch van aard. Drie maal wordt het actief maken van de cliënt benoemd als doel in het gebruik van eMH, tweemaal wordt het doel de cliënt meer zelfstandig te maken genoemd. Eén van de professionals legt het uit: *“Ik denk dat het belangrijkste doel waarom ik e-Mental Health gebruik het versterken is van de autonomie van de cliënt. Dat de cliënt zelf dingen kan lezen en oefeningen doen. Het wordt op die manier meer zijn of haar proces. In plaats van dat iemand alleen iets komt halen en daardoor eigenlijk passiever wordt.”* Uit de gegevens van de interviews komt naar voren dat de cliënten actiever en zelfstandiger worden doordat de cliënten beschikking hebben over de praktische componenten van de behandeling door het gebruik van de modules. Het geven van psycho-educatie voor meer erkenning voor de cliënt en het oefenen met opdrachten worden beide eenmalig genoemd als doel in het gebruik van e-Mental Health. Voor de professional wordt de rol van *Differentiator* hierdoor belangrijker zoals het geven van online feedback op de opdrachten zodat de cliënt actief blijft en zo het beoogde doel van het gebruik van eMH wordt behaald. Het belang van de rol van *Differentiator* om de beoogde doelen te behalen wordt duidelijk gemaakt door één van de professionals. Hoewel het actief maken van de cliënt het doel van de professional is, gaf de participant aan dat het meestal niet lukt: *“Misschien komt dat ook wel omdat ik geen feedback geef, ik weet het eigenlijk niet zo goed. Ik ben er niet alert genoeg op tijdens de sessies. Ik laat mensen er vrij in om het wel of niet te*

doen.” Hieruit komt naar voren dat de rol van *Differentiator* van belang is om de cliënt actief te houden in het gebruik van eMH.

De rol van *Innovator* komt ook naar voren in de manier waarop e-Mental Health wordt gebruikt. Twee professionals gebruiken modules om naast de hoofd behandeling een andere behandeling aan te kunnen bieden. Zo vertelt één van de professionals: *“Ik zet modules vaak open als cliënten naast hun klachten nog een ander item hebben waar ze tegenaan lopen en er binnen de behandeling bijvoorbeeld niet zoveel tijd voor is, maar ze er wel aandacht aan willen besteden.”* Door één van de professionals wordt eMH gebruikt als manier om de behandeling te verlengen: *“Ik heb het gebruikt wanneer het behandeltraject niet voldoende was maar de klachten ook niet meer zo ernstig waren dat ik een nieuw pakket kon openen. Dan overleg ik of ze het goed vinden dat ze zelfstandig met een module aan de slag gaan en ik dan op afstand contact houd.”* Het verlengen van de behandeling of een toevoegen van een extra behandeling zijn taken passend bij de rol van *Innovator*. De behandeling wordt op deze manier aangepast aan de behoeftes van de cliënt.

De rol van *Coordinator* komt eenmalig terug in het doel van het gebruik van e-Mental Health: *“Dan zet ik een module open zodat ze het met hun partner kunnen doornemen. Er staat namelijk ook vaak een stukje in voor de partner. Op die manier kan iemand het thuis wat beter laten zien.”* aldus de professional.

Naast de beoogde doelen waarvoor e-Mental Health wordt gebruikt gaf één van de professionals ook aan dat het voelt als een verplichting om e-Mental Health te gebruiken en het niet natuurlijk aanvoelt. Op de vraag waarom het onnatuurlijk aanvoelt kwam het volgende antwoord: *“(…) het is voor mij nog redelijk onbekend. Ik ben er niet echt in opgeleid. Misschien vind ik het zelf ook wel een beetje onpersoonlijk. Ik houd juist meer van het contact. Ik vind dat lastig om via tekst op een computerscherm te doen.”*

In tabel 4 staat een schematische weergave van het gebruik van eMH en de rollen die hierdoor belangrijk worden voor de professional. Het gebruik is onderverdeeld in de manier waarop eMH wordt gebruikt en de beoogde doelen in het gebruik van eMH.

Tabel 4

Overzicht van het gebruik van eMH en de rollen

Vraag	Het gebruik	f	Rol van professional
Manier van gebruik	Ondersteuning	7	Differentiator
	Protocol voor de professional	3	Differentiator
	Protocol voor de cliënt	1	Differentiator
	Verlenging van behandeling	1	Innovator
	Twee behandelingen tegelijk	2	Innovator
Beoogd doel	Cliënt actiever maken	3	Differentiator
	Cliënt zelfstandig maken	2	Differentiator
	Geven van psycho-educatie	1	Differentiator
	Oefenen met CGT voor de cliënt	1	Differentiator
	Partner betrekken	1	Coordinator

Notie. De f staat voor de frequentie van het gegeven antwoord door de participanten.

eMH wordt door de professionals niet bij alle cliënten gebruikt. Uit de gegevens blijkt dat het al dan niet gebruiken van eMH voornamelijk wordt gebaseerd op persoonskenmerken van de cliënten en in mindere mate in verschillende stoornissen. Zo benoemd één van de professionals: *“Als iemand wat meer achterover in de stoel zit dan denk ik, dat wordt hem niet.”* Het observeren van cliënt om te beoordelen of de cliënt geschikt is voor eMH past bij de rol van *Differentiator*.

Twee professionals gaven aan eMH voornamelijk te gebruiken bij mensen met een hoog intelligentieniveau. Hetzelfde geldt voor cliënten met een behoefte aan meer informatie en mensen met een burn-out. Eenmalig werden cliënten met een hoge motivatie of leefstijl vragen, jongeren, ouderen en cliënten met rouwverwerking genoemd.

eMH wordt door drie professionals het minst gebruikt bij passieve cliënten. Mensen met een laag intelligentieniveau wordt twee keer genoemd. Eenmalig worden jongeren, chronische cliënten en mensen met een angststoornis of comorbiditeit genoemd. Cliënten met ziektevrees worden eenmalig genoemd als doelgroep waarvoor geen module beschikbaar is.

3.2.2 De verwachtingen over e-Mental Health

De gegevens die verkregen zijn uit de interviews met betrekking tot de te verwachten taken voor de professional in het gebruik van e-Mental Health staan weergegeven in tabel 5. De taken zijn onderverdeeld in rollen voor de professional. Eén van de professionals gaf aan dat ze verwacht dat e-Mental Health extra tijd kost door de taken die erbij komen kijken: *“Ik denk dat mijn verwachtingen het gebruik ervan een beetje tegenhoudt.”* aldus de professional.

Tabel 5

Overzicht rollen en taken professional

Rol professional	Taken professional	f
Differentiator	Online feedback geven	7
	Motiveren	6
	Persoonlijk contact	4
	Observeren emoties	1
Innovator	Personaliseren	5
	Extra behandelmethode toevoegen	1
Enabler	Uitleg behandeling	6
	Monitoren	5
	Klaarzetten module	2
	Uitleg gebruik module	1
Coördinator	Omgeving betrekken	1

Notie. De f staat voor de frequentie van het gegeven antwoord door de participanten.

3.2.2.1 De rol van Differentiator

Wanneer gekeken wordt naar de *Differentiator* rol, is dit in de interviews terug te vinden in het online feedback geven op de gemaakte modules door de cliënten. Alle zeven professionals noemen dit als een te verwachten belangrijke taak voor de professional. Eén van de professionals legt uit waarom: *“Je moet er natuurlijk wel op reageren, als ze niet het idee hebben dat ze contact met je*

hebben dan loopt het niet. Je moet als behandelaar wel actief zijn. Mensen moeten wel het idee hebben dat je er iets mee doet en dat je het ziet. Dat persoonlijke element moet je er wel inbrengen anders dan werkt het niet, merk ik. Dat is hetzelfde met zelfhulpboeken waarbij mensen alles zelf moeten doen, dat levert ook vaak niets op. Je moet daar als behandelaar toch iets in doen.” Eén van de professionals gaf aan geen online feedback te geven maar verwacht wel dat het een belangrijke taak is om online feedback te geven: *“Ik merk wel dat het vaak niet wordt ingevuld, maar ik moet wel toegeven dat ik zelf ook slecht ben in reageren en feedback geven. Dat doe ik tijdens de sessie en niet via het programma zelf, maar gewoon mondeling.”*

Het motiveren van de cliënt is ook een belangrijke verwachte taak genoemd door zes professionals. Zo legt één van de professionals het belang hiervan uit: *“Voor cliënten denk ik dat het heel belangrijk is dat je ze blijft motiveren om het in te vullen. (...) Niet dat je het zelf ook vergeet want dan verzand het.”*

Het persoonlijk contact wordt door vier professionals ook als belangrijke taak gezien. Het kunnen aankijken van iemand en hardop ventileren vallen onder persoonlijk contact.

Eenmalig wordt het observeren als taak genoemd door één van de professionals. Door het observeren van de cliënt komt de professional aan waardevolle informatie voor de behandeling. Zo legt de professional uit: *“Face-to-face contact is mijn manier om te checken Wat is er? Wat doe je? Hoe zit je erin? Dat lukt beter voor mij als ik mensen zie. Ik ben niet iemand die cliënten alleen bij de intake ziet en dan een module opent en dan zie ik je over zes modules weer en over twaalf modules ben je beter. Zo doe ik dat niet. Het face-to-face contact is om te kijken hoe het met mensen gaat.”*

3.2.2.2 De rol van Innovator

Het persoonlijk maken van informatie, aangepast aan context en leefwereld van de cliënt is een belangrijke taak voor de professional, verwacht door vijf professionals. Het op maat maken van de informatie is een taak passend bij de *Innovator* rol. *“(....), mensen hebben vaak zelf ook al informatie gezocht. Die komen op gesprek en die hebben heel internet al afgezocht naar informatie. Mensen willen vaak persoonlijke informatie die is afgestemd op hun zelf. Dan is zo’n module niet voldoende.”* volgens één van de professionals. Het personaliseren van de behandeling gebeurt tijdens de face-to-face sessies. De professionals gebruiken de sessies om dieper op de materie in te gaan en het aan te passen aan de cliënt. Naast het personaliseren van informatie wordt eenmalig het toevoegen van een extra behandelmethode genoemd als taak voor de professional. *“In individueel contact doe je ook andere dingen. Bijvoorbeeld andere behandelmethodes zoals interpersoonlijke therapie (...) Dit komt niet echt aan de orde in een module. In die zin is zo’n module dan niet onuitputtelijk genoeg (...)”* aldus de professional. Op deze manier wordt een behandeling op maat gemaakt naar de behoeftes van de cliënt.

3.2.2.3 De rol van Enabler

Passend bij de *Enabler* rol zijn de volgende taken verwacht, benoemd door de professionals. Door twee professionals wordt het klaarzetten van de module genoemd. Door het klaarzetten van de module wordt het toegankelijk voor de cliënt en kan diegene ermee beginnen. Het uitleggen over hoe een module werkt wordt door één van de professionals genoemd: *“Ik heb wel eens iemand gehad die snapte helemaal niks van de module en raakte er helemaal van in de stress (...) Ik pak hem [module] wanneer ik hem opent erbij. Dan laat ik zien wat het is, wat er te verwachten valt. Dus ik laat het wel een keer zien en ik leg het kort uit, maar meestal zijn het wel mensen die goed overweg kunnen met een computer dus heb ik er wel vertrouwen in dat het goed komt”*

Naast de taken van de professional om de technologie beschikbaar te maken voor de cliënt en de technologie uit te leggen is het voor de cliënten ook van belang dat de behandeling zelf wordt begrepen. Zo wordt het uitleggen van opdrachten, de behandeling en informatie door zes professionals genoemd als belangrijke taak. *“Dat ik ook meedenk met de cliënt en dingen verduidelijk. (...) Soms snappen ze een opdracht niet, wanneer ze bijvoorbeeld in een gedachtenschema gedachten*

door elkaar halen. Dan stuur ik ze een beetje of verduidelijk ik de opdracht.” aldus één van de professionals.

Het monitoren van het proces wordt door vijf professionals genoemd. Zo noemt één van de professionals: *“De informatie in een module is ook duidelijk, maar ik bespreek het tijdens de sessie ook nog om te peilen of de informatie goed is overgekomen en iemand het echt heeft gelezen. Zo’n module bestaat soms uit een grote lap tekst waar sommigen gewoon snel doorheen scrollen. Dat is prima, maar het is goed om de basiskennis te hebben voor er verder wordt gegaan met de behandeling.”*

3.2.2.4 De rol van Coordinator

Eenmalig wordt het betrekken van het systeem bij de behandeling verwacht als taak van de professional binnen e-Mental Health. *“In individueel contact doe je ook andere dingen. Bijvoorbeeld (...) de omgeving erbij betrekken (...) Dit komt niet echt aan de orde in een module. In die zin is zo’n module dan niet onuitputtelijk genoeg (...)”* aldus de professional.

3.2.2.5 Verschil in taken bij verschillende populaties en modules

Wanneer er naar bepaalde patiëntenpopulaties en modules wordt gekeken wordt verwacht dat sommige taken en rollen soms belangrijker voor de professional zijn dan bij andere patiënten of modules. Zo is er bij mensen met een laag IQ volgens drie professionals meer uitleg nodig over zowel de modules als de behandeling zelf. Voor cliënten met weinig ervaring in PC gebruik en ouderen is er ook meer uitleg nodig volgens één professional. De rol van *Enabler* zou hierbij dan een grotere rol spelen.

Cliënten met een burn-out moeten meer worden afgeremd in de module en cliënten met een depressie moeten juist meer worden gemotiveerd volgens één van de participanten. Hier speelt de rol van *Differentiator* een grotere rol om de cliënten tot het juiste niveau te motiveren voor de behandeling. Volgens één van de professionals zit er een verschil in benadering van mensen met een stemming of angststoornis. De benadering van de cliënten gaat om het contact en past bij de rol van *Differentiator*.

De rol van *Innovator* is belangrijk om de juiste manier van de behandelingsaanpak te vinden voor mensen met een depressie. Soms gaat het meer richting gedragsactivatie en soms richting het uitdagen van cognities aldus één van de professionals.

Wanneer er naar de verschillende modules wordt gekeken is bij de meer passieve modules zoals psycho-educatie en registratie modules de rol van *Enabler* groter. Er moet volgens drie professionals meer worden gecontroleerd en één professional gaf aan meer uit te leggen bij passieve modules. Bij de actiegerichte modules speelt de rol van *Differentiator* een grotere rol zoals het geven van feedback volgens één van de professionals en het motiveren van de cliënt volgens een andere professional. Eén van de professionals gaf aan geen verschil in taken te ondervinden bij verschillende modules. Ze neemt de modules door met de cliënt en legt het doel uit. Dit is bij elke module hetzelfde.

3.2.2.6 Verwachtingen van de cliënt volgens de professional in de taken

Uit de gegevens van de interviews blijkt dat professionals verwachten dat de rol van *Differentiator* het belangrijkste is voor de cliënten. Vijf professionals verwachten dat cliënten het belangrijk zullen vinden dat er feedback wordt gegeven in de modules, drie professionals gaven aan dat het persoonlijk contact belangrijk is voor de cliënten. *“Het is heel koud als je alleen via een module communiceert. (...) Dat de dingen die ze meemaken en waar ze tegenaan lopen op een plek kunnen ventileren, dat is juist ook heel belangrijk. Dit hardop zeggen tegen iemand. Dat blijft sowieso wel je taak als psycholoog, los van de interventies die je doet via internet.”* aldus één van de professionals. Het motiveren en monitoren van de cliënt worden eenmalig genoemd.

Vijf professionals gaven aan dat uitleg geven aan de cliënt een belangrijke taak is. Het gaat hierbij om uitleg geven over de modules en het doel van de behandeling. Dit past binnen de rol van *Enabler*.

Ook uitleg over de module wordt twee keer genoemd als taak voor de professional.

De rol van *Innovator* komt éénmalig terug uit de gegevens. Het persoonlijk maken van de informatie door het in de juiste context te zetten wordt hierbij als taak genoemd door de professional. Een overzicht staat weergegeven in tabel 6.

Rol professional	Verwachtingen van de cliënten volgens professionals	f
Differentiator	Online feedback geven	5
	Persoonlijk contact	3
	Motiveren	1
	Monitoren	1
Enabler	Uitleg behandeling en opdrachten	4
	Uitleg module	2
Innovator	Personaliseren informatie	1

Notie. De f staat voor de frequentie van het gegeven antwoord door de participanten.

3.2.3 De ervaren veranderingen door e-Mental Health

Dat de rol van *Differentiator* van belang is voor de professional komt terug wanneer gevraagd wordt naar het verschil tussen blended care en face-to-face behandelingen. Vijf professionals gaven aan dat blended care geprotocolleerde is dan e-Mental Health. Dat e-Mental Health wordt gebruikt als protocol komt ook terug in de manier waarop eMH wordt gebruikt. Eén van de professionals gaf hierbij aan dat dit een valkuil kan zijn: *“Ik denk dat het risico daarvan is dat e-Mental Health wat onpersoonlijk is. Blended care is een combinatie van beiden [modules en face-to-face contact] en dat is iets waar je wel echt op moet letten dat dat ook gebeurt.”* Dat de rol van *Differentiator* wordt opgenomen door de professional is dus van belang volgens de professionals. Drie professionals gaven aan dat er meer contactmomenten zijn buiten de sessies om. De rol van *Differentiator* is dus niet alleen van belang tijdens de sessies maar ook online. Eén van de professionals gaf hierbij aan dat blended care daardoor meer werk is.

Er worden veel praktische verschillen genoemd door de professionals. Zo gaven twee professionals aan dat er meer informatie is voor de cliënt door het gebruik van eMH. De cliënt wordt er ook sneller actief door volgens twee professionals. Eén van de professionals gaf aan dat de professional zelf minder hoeft uit te leggen in het gebruik van eMH en een andere gaf aan dat de cliënt meer controle heeft. Doordat de cliënt zelf makkelijker informatie kan lezen en actief bezig kan gaan is er voor de professional mogelijk meer ruimte om de meer proces gerelateerde componenten op zich te nemen passend bij de rol van *Differentiator*.

Andere verschillen die eenmalig genoemd werden zijn dat blended care flexibel is in tijdsindeling en het beter aansluit bij de cliënt. Eén negatief verschil is dat het niveau van de behandeling niet is aan te passen in het gebruik van eMH. Dit wordt door één professional benoemd.

Uit de gegevens van de interviews komt naar voren dat vier professionals geen verandering hebben ervaren in hun taken sinds de komst van eMH. Alle vier de professionals hadden tijdens het interview een negatieve mening richting het gebruik van eMH. Twee professionals hiervan gaven aan het te weinig te gebruiken om veranderingen waar te nemen. Een andere professional werkt sinds het begin met eMH en heeft hierdoor geen verandering waargenomen. Twee professionals gaven aan te

hebben ervaren dat er meer contactmomenten zijn door online feedback. Dit past bij de rol van *Differentiator*. Een andere professional gaf aan te hebben ervaren dat de behandeling sneller richting actie gaat en de participant minder tijd kwijt is aan de psycho-educatie. Deze ervaren veranderingen hebben betrekking op de praktische componenten waardoor er voor de professional meer ruimte is voor de procesgerelateerde componenten passend bij de rol van *Differentiator*.

De meningen over de verandering in de relatie met de cliënt verschillen en lijkt samen te hangen met de ervaren veranderingen in taken. De drie participanten die verandering hebben ervaren in hun taken sinds de komst van eMH gaven aan dat de relatie persoonlijker is geworden. Eén van de professionals gaf hierbij wel aan dat de relatie is veranderd naar een leraar/leerling relatie maar dit niet afdoet aan de betrokkenheid. De vier professionals die aangaven de relatie onpersoonlijk te vinden of de afstand groter door de komst van eMH gaven aan geen veranderingen in taken te hebben ervaren door de komst van eMH.

Vijf professionals gaven aan dat de cliënt meer verantwoordelijk wordt voor de behandeling. *“Als e-Mental Health goed aansluit dan merk ik dat de cliënt ook echt meer verantwoordelijkheid krijgt. Ze zeggen dan bijvoorbeeld in de sessie dat ze iets al hebben gelezen of geven aan dat ze met een bepaald onderdeel nog meer willen oefenen. Als het goed werkt dan neemt de cliënt meer verantwoordelijkheid.”* volgens één van de professionals. Eén van de professionals legt uit dat cliënten behoefte hebben aan persoonlijk contact, aan het gevoel gezien en begrepen te worden. Deze taak passend bij de *Differentiator* wordt belangrijker voor de professional wanneer de cliënt meer verantwoordelijkheid krijgt en de praktische componenten zelfstandig uit kan voeren. Bij de professionals ontstaan door het gebruik van blended care nieuwe verantwoordelijkheden volgens drie professionals. Zo moet de professional de verantwoordelijkheid nemen om meer beschikbaar te zijn voor de cliënt. De rol van *Differentiator* is hierdoor ook van belang buiten de sessies om. De rol van *Differentiator* is ook van belang in het motiveren van de cliënten, zo moeten niet ingevulde opdrachten bespreekbaar worden gemaakt, aldus één van de professionals. Professionals moeten ook digitaal kunnen werken om de rol van *Enabler* te kunnen vervullen volgen één van de participanten. Twee professionals gaven aan geen verandering in verantwoordelijkheid op te merken. Zo beargumenteert één van de professionals over de verantwoordelijkheid van de cliënt: *“Nee, die blijft hetzelfde. De cliënt is altijd verantwoordelijk voor zijn eigen leven, in die zin ook voor de inbreng in een behandeling.”*

3.2.4 Verandering in traditionele taken van professional

Professionals konden bij deze vraag aangegeven of de traditionele taken bij de professional moesten blijven of overgenomen konden worden door e-Mental Health. Ook kon de taak bij beiden worden neergezet. Hierbij werd gevraagd naar het verschil tussen wat de professional erin deed en wat e-Mental Health erin deed. Bijna alle taken werden ingevuld bij zowel de professional als e-Mental Health. Een overzicht van de gegeven antwoorden staan weergegeven in tabel 7. De frequenties van de genoemde antwoorden staan tussen de haakjes weergegeven. De taken die door e-Mental Health kunnen worden overgenomen staan onderaan de tabel weergegeven.

Tabel 7

Overzicht verandering in traditionele rollen volgens de professionals

Rol	Traditionele taken					
	Diagnostiek	Psycho-educatie	Behandeling	Evalueren	Adviseren	Begeleiden
Diff	Persoonlijk contact (1)		Motiveren (3)	Persoonlijk contact (3)	Persoonlijk contact (1)	Persoonlijk contact (3)
	Diagnostisch observeren (7)		Monitoren (2)	Monitoren (3)	Observeren emoties (1)	
Inn	Personaliseren (1)	Personaliseren (6)	Personaliseren (1)		Personaliseren (4)	Personaliseren (3)
Ena		Klaarzetten module (1)	Klaarzetten module (1)	Klaarzetten module (1)		
			Uitleg Behandeling (5)			
Coo					Systeem betrekken (1)	
eMH	Screenen (6)	Lezen (7)	Huiswerk (6)	Screenen (6)	Lezen (2)	Online feedback (3)
					Info verzamelen (2)	Info verzamelen (1)
						Monitoren (2)

De rol van *Differentiator* komt terug in alle traditionele taken, met als uitzondering de taak psycho-educatie. Het geven van psycho-educatie is een praktisch component van de behandeling. Alle professionals gaven dan ook aan dat het kan worden gelezen in de module. Het persoonlijk contact komt het meest voor als taak voor de *Differentiator*. Bij het uitvoeren van diagnostiek is het observeren een belangrijke taak om de juiste diagnose te stellen, volgens alle professionals. Dit kan niet worden overgenomen door een module. *“Iemand kan bijvoorbeeld wel zelf een KOP-module invullen en bijvoorbeeld voornamelijk angstklachten in opschrijven, maar als professional merk je dan bijvoorbeeld op dat iemand zich ook somber presenteert in het gesprek.”* aldus één van de professionals. Het motiveren is een belangrijke taak voor de professional tijdens de behandeling volgens drie professionals. Zo legt één van de professionals uit: *“Als psycholoog kan je in de face-to-face gesprekken cliënten meer uitdagen om verder te kijken dan bij modules online.”*

De rol van *Innovator* is terug te vinden in alle traditionele taken behalve bij het evalueren. Het gaat hierbij om het personaliseren van de informatie en de behandeling. Volgens zes professionals is het personaliseren van de psycho-educatie een taak voor de professional om de informatie beter aan te laten sluiten.

De *Enabler* rol is voornamelijk van belang tijdens de uitvoering van de behandeling. Het gaat hierbij om aanvullende uitleg over de opdrachten door de professional. Het maken van de opdrachten kan volgens zes professionals via een module. Bij de psycho-educatie, behandeling en evalueren wordt nog eenmalig het klaarzetten van de module genoemd als taak voor de *Enabler*.

De *Coordinator* rol is nauwelijks aanwezig. Eenmalig wordt het betrekken van het systeem als taak genoemd door één van de professionals bij het adviseren. *“Tijdens sessies voer ik ook gesprekken met iemand erbij, bijvoorbeeld een partner om diegene te adviseren of helpen de cliënt te ondersteunen.”*

De taken die volgens de professionals kunnen worden overgenomen door e-Mental Health zijn praktische componenten van de behandeling. Zoals het lezen van informatie en het maken van opdrachten of het verzamelen van informatie. Ook kan via e-Mental Health screenen voor de diagnostiek en het evalueren. Het eindoordeel blijft een taak voor de professional. *“Zo’n vragenlijst moet je dan zien als een eerste stap, een soort voormeting of screening.”* aldus één van de professionals.

3.3 Resultaten cliënten

De resultaten afkomstig uit de interviews met de cliënten staan hieronder beschreven. De gegevens zijn onderverdeeld in de verschillende onderwerpen van de vragenlijst afgenomen bij de cliënten. Vragen met hetzelfde onderwerp zijn samen genomen.

3.3.1 Verwachtingen over taken professional in blended care

In tabel 8 staat een overzicht van de te verwachten taken voor de professional in het gebruik van e-Mental Health volgens cliënten.

De rol van *Differentiator* komt het meest naar voren vanuit de gegevens. Taken die hierbij genoemd worden zijn: Het persoonlijk contact, het motiveren van de cliënten en het geven van online feedback. Cliënten gaven aan het persoonlijk contact erg belangrijk te vinden. Zo voelt één van de cliënten zich door persoonlijke aandacht meer serieus genomen. Eén van de cliënten legt het belang van motiveren uit: *Ik ben thuis wel eens bezig geweest met een zelfhulpboek voor mensen met een depressie, maar het was voor mij heel moeilijk om er mee aan de slag te gaan. Ik schoof het steeds op. In het begin van deze behandeling was ik bang dat ik een beetje aan mijn lot zou worden overgelaten en er zelf helemaal alleen mee aan de slag moest gaan. Ik heb het wel echt nodig dat iemand mij blijft motiveren om bezig te gaan met de module en mij ondersteunt. Echt iemand die achter mijn kont aan zit en continu checkt of ik er wel mee bezig ben geweest, anders laat ik het snel links liggen. Het is niet dat ik niet beter wil worden maar ik vind het gewoon echt moeilijk om er actief mee bezig te gaan.”*

Het personaliseren van informatie wordt door twee cliënten genoemd als belangrijke taak. Passend bij de rol van *Innovator*. *“De informatie in zo’n module klopt niet altijd met hoe ik het voel of hoe het bij mij is. Dan is het wel fijn dat je ook kan praten met de psycholoog en dat zij dan kan vertellen hoe het bij mij zit.”* aldus één van de cliënten.

De rol van *Enabler* komt terug bij alle vier de cliënten in het geven van uitleg over de behandeling of opdrachten aan cliënten. Eenmalig wordt het uitleggen van de module benoemd.

Tabel 8
Overzicht taken professional

Rol professional	Taak professional	f
Differentiator	Persoonlijk contact	4
	Motiveren	2
	Online feedback geven	1
Innovator	Personaliseren	2
Enabler	Uitleg behandeling	4
	Uitleg module	1

Notie. De f staat voor de frequentie van het gegeven antwoord door de participanten.

De taken die kunnen worden overgenomen door e-Mental Health zijn volgens de cliënten: het maken van huiswerk, psycho-educatie lezen en screenen. Drie cliënten gaven aan dat het maken van huiswerk via e-Mental Health kan worden gedaan. Eén van de cliënten benoemde het volgende: *“Het maken van opdrachten kan denk ik wel helemaal via de modules. Er staat daar ook uitleg bij over hoe je ermee bezig moet gaan en dat is voor mij voldoende. Ik heb dan niet nog eens extra uitleg nodig van de psycholoog.”* Het lezen van psycho-educatie wordt door twee cliënten benoemd als onderdeel dat via e-Mental Health kan. Eenmalig wordt het screenen voor een intake genoemd als taak dat kan worden overgenomen door e-Mental Health: *“De vragen waarom je hier terecht komt, zeg maar het intakegesprek. Die kun je denk ik wel invullen via een module. Vervolgens ga je er dan samen met de psycholoog over in gesprek en wordt er nog even goed gekeken naar de ingevulde vragen en eventuele aanpassingen gedaan.”* De praktische componenten en de eerste stap in het diagnostisch proces kunnen volgens de participanten worden overgenomen door eMH.

3.3.2 Verandering in traditionele taken van professional volgens cliënten

Volgens de cliënten is de rol van *Differentiator* belangrijk bij het uitvoeren van alle traditionele taken. Het persoonlijk contact komt het meest voor als taak voor de professional. Het diagnostisch observeren wordt als belangrijke taak genoemd voor de professional bij het diagnosticeren. *“Het uitvoeren van de diagnostiek moet sowieso bij de professional blijven. Zij zijn er niet voor niets voor opgeleid en hebben meer inzicht in de verschillende stoornissen en ziektes denk ik. Wanneer dat via een module zou moeten gebeuren gaan mensen denk ik de verkeerde diagnose krijgen.”* aldus één van de cliënten.

De rol van *Innovator* speelt een rol tijdens de diagnostiek, het geven van psycho-educatie, evalueren en adviseren. Het gaat hierbij om het personaliseren van de informatie en behandeling. De cliënten gaven aan het prettig te vinden wanneer de informatie is aangepast aan hun eigen context.

De *Enabler* rol komt terug tijdens de psycho-educatie en behandeling. Het gaat hierbij aanvullende uitleg bij de informatie of de behandeling: *“Bij het begin wil ik graag wat uitleg krijgen van de psycholoog en er samen naar kijken, vervolgens kan via een module bezig gaan met de praktische uitvoering zeg maar.”*

De *Coordinator* rol wordt niet genoemd door de cliënten.

De praktische componenten worden toebedeeld aan eMH. Het gaat hierbij om het lezen van de psycho-educatie of het bekijken van video's en het maken van huiswerk. Ook het tussendoor evalueren, adviseren of begeleiden wordt genoemd door cliënten evenals het screenen bij de intake. Het eindoordeel blijft bij de professional volgens de cliënten. In tabel 9 staat een overzicht van de verdeling van de traditionele taken tussen de professionals en eMH. De frequenties van de gegeven antwoorden staat tussen de haakjes weergegeven.

Tabel 9

Overzicht verandering in traditionele taken volgens de cliënten

Rol	Traditionele taken					
	Diagnostiek	Psycho-educatie	Behandeling	Evalueren	Adviseren	Begeleiden
Diff	Persoonlijk contact (2)	Persoonlijk contact (2)	Online feedback (1)	Persoonlijk contact (3)	Persoonlijk contact (3)	Persoonlijk contact (2)
	Diagnostisch observeren (3)		Monitoren (1)			Motiveren (2)
Inn	Personaliseren (1)	Personaliseren (2)		Personaliseren (1)	Personaliseren (1)	
Ena		Uitleg psycho-educatie (1)	Uitleg behandeling (2)			
eMH	Screenen (1)	Lezen (4)	Huiswerk (3)	Tussendoor evalueren (2)	Tussendoor adviseren (1)	Tussendoor begeleiden (1)
		Video's (1)	Reminder (1)		Lezen (1)	

4. Conclusie

De hoofdvraag van het onderzoek was: Wat is de impact van eMH op de rol van de GGZ professional? Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag zijn er interviews afgenomen bij professionals en cliënten.

Uit de gegevens blijkt dat professionals eMH voornamelijk als praktische tool inzetten. eMH speelt hierdoor maar een kleine rol in de behandeling. Dit komt ook terug in de verdeling in traditionele taken. Mogelijk zou het kleiner worden van de rol voor de professional door gebruik te maken van de technologie en de hieraan gerelateerde angst om vervangen te worden door de technologie hieraan bijdragen (Brynjolsson & McAfee, 2011). eMH wordt door alle professionals gebruikt ter ondersteuning van de behandeling, voor het maken van huiswerk en lezen van informatie. De professional heeft hierdoor de ruimte om de rol van *Differentiator* op zich te nemen in de face-to-face gesprekken. Sommige professionals gebruiken eMH als protocol voor de cliënt of de professional zelf, zodat de cliënt over alle informatie beschikt. De meest gebruikte modules zijn dan ook complete (CGT) modules. Dat eMH wordt gebruikt voor de praktische componenten werd verwacht vanuit de literatuur (van der Vaart, et al. 2014). Het doel van het gebruik van eMH heeft ook betrekking op de praktische componenten doordat de cliënt zelf opdrachten kan maken en dingen na kan lezen wordt de cliënt actiever en zelfstandiger.

Enkele keren komt de rol van *Innovator* naar voren in het verlengen van of het toevoegen van een extra behandeling. Door middel van eMH laten de professionals de behandeling beter aansluiten bij de behoeftes van de cliënt. Eenmalig werd het betrekken van de partner bij de behandeling genoemd met behulp van een module als doel van eMH. Dit is passend bij de rol van *Coordinator*.

Volgens de professionals zijn de modules niet voor iedereen geschikt. Dit ligt voornamelijk aan persoonskenmerken zoals een laag intelligentieniveau of passiviteit. Door de cliënten te observeren kunnen de professionals een inschatting maken van de geschiktheid voor blended care.

Veel professionals gaven aan een negatieve mening te hebben met betrekking tot eMH. eMH werd als onpersoonlijk gezien door een deel van de professionals en ze zagen de toegevoegde waarde ervan niet in. Dit zou mogelijk kunnen hebben bijgedragen aan de kleine rol wat eMH inneemt.

De resultaten met betrekking tot de verwachtingen over het gebruik van eMH komen overeen met de aanname over de professionals. Er werden taken genoemd met betrekking tot de rol van *Differentiator* en *Innovator* en *Enabler* en in mindere mate met betrekking tot de rol van *Coordinator*. Er werd verwacht dat de cliënten taken zouden noemen die vielen onder de rol van *Differentiator* en *Enabler*. Uit de resultaten van de cliënten kwam naast deze rollen ook de rol van *Innovator* naar voren.

De rol van *Differentiator* komt het sterkst naar voren uit de gegevens van zowel de professionals als de cliënten. Er worden hierbij veel taken genoemd die de professional in de face-to-face sessies uitvoert, zoals het persoonlijk contact en het motiveren en observeren van de cliënt. Het geven van online feedback is een uitzondering op de genoemde face-to-face taken en wordt uitgevoerd met behulp van eMH. De rol van *Differentiator* gaat bij GGZ professionals verder dan omschreven is door Bowen (2016). De menselijke accenten zijn niet alleen van belang voor de cliënt om zich serieus genomen te voelen en gemotiveerd te blijven maar ook voor de professional zelf. De professional moet de cliënt kunnen observeren om emoties te kunnen peilen en de juiste diagnose te kunnen stellen.

De rol van *Innovator* is gericht op creativiteit en innovatie (Brynjolfsson & McAfee, 2011). Uit de gegevens van zowel de professionals als de cliënten kwam dit terug in het aanpassen van de informatie en behandeling naar de context van de cliënt. Hieruit blijkt dat ook cliënten behoefte hebben aan een gepersonaliseerde behandeling. Blijkbaar staat deze rol niet zo op de achtergrond als werd aangenomen. Het personaliseren van de behandeling vergt creativiteit en innovatie van de professionals. Dit zijn menselijke eigenschappen die niet kunnen worden overgenomen door de technologie (Brynjolfsson & McAfee, 2012). De participanten gaven aan dat ze het personaliseren tijdens de face-to-face sessies uitvoeren zonder gebruik te maken van eMH. Het is opvallend dat hierbij geen gebruik wordt gemaakt van de technologie aangezien modules makkelijk kunnen worden aangepast aan de individuele behoeftes van de cliënt (Schalken, et al. 2010). Mogelijk houdt de negatieve mening ten opzichte van eMH het gebruik ervan tegen. Zoals bij het gebruik van eMH naar voren kwam zijn er wel een aantal professionals die extra modules toevoegen aan een behandeling. Er wordt hierbij echter niks aangepast. De technologie wordt dus niet gebruikt in zijn volle potentie. De rol van *Enabler* zoals omschreven door Bowen (2016) heeft betrekking op werknemers die ervoor moeten zorgen dat zowel de klanten als de technologie hun eigen rol kunnen vervullen. De meeste genoemde taken met betrekking tot de rol van *Enabler* spelen zich binnen de face-to-face sessies af zoals het uitleggen van de behandeling en opdrachten en het monitoren van de cliënten. Ook alle cliënten gaven aan te verwachten dat de professional uitleg geeft over de behandeling. Het klaarzetten van de module en het uitleggen ervan waren genoemde taken met betrekking tot het gebruik van eMH en werden slechts enkele keer genoemd door de participanten. De rol van *Enabler* gaat voor GGZ professionals verder dan ervoor zorgen dat de cliënt op de juiste manier om kan gaan met de technologie, ook moet er aandacht worden besteedt aan de behandeling zelf. Aangezien de cliënt zelfstandiger wordt gemaakt door het gebruik van eMH moet de professional er niet alleen voor zorgen dat de cliënt de technologie begrijpt maar ook de behandeling en de daarbij horende opdrachten. Op deze manier zorgt de professional ervoor dat de cliënt zijn rol in de behandeling zo goed mogelijk uit kan voeren.

De rol van *Coordinator* kwam zoals werd aangenomen in mindere mate voor in de gegevens van de professionals en niet bij de cliënten. Een *Coordinator* brengt verschillende actoren bij elkaar die onderdeel zijn van het proces (Bowen, 2016) en heeft meer betrekking op de overkoepelende term eHealth. Bij de te verwachten taken voor de professional werd eenmalig het betrekken van het systeem bij de behandeling genoemd door ze uit te nodigen bij een face-to-face sessie. Het gebruik van eMH om de rol van *Coordinator* te vervullen wordt hierbij niet genoemd. Dit is opvallend aangezien modules zijn voorzien van een onderdeel specifiek gericht op de naasten van de cliënt zoals een van de professionals aangaf.

De verwachtingen die de professionals hadden over wat de cliënten belangrijk zouden vinden als taken voor de professional komen sterk overeen. Hier valt aan af te leiden dat de professionals goed weten wat de behoeftes zijn van de cliënt. Uit de gegevens komt ook naar voren dat de professionals wel enige flexibiliteit in hun rollen verwachten. Sommige rollen zullen een groter rol spelen bij een bepaalde diagnose of persoonskenmerk. Het is de taak aan de professional en zijn deskundige blik om de rollen ten behoeve van de cliënt aan te passen. Dat de mate waarin een rol belangrijk is onderhevig is aan veranderingen wordt ondersteund vanuit de literatuur (Ashkraft, 2013). Niet alleen de verwachtingen van de professionals zelf maar ook de verwachtingen van anderen hebben invloed op de rol. Binnen de GGZ is er een grote diversiteit aan cliënten wanneer er gekeken wordt naar stoornissen maar ook persoonlijke kenmerken. Zo is de rol van *Enabler* volgens sommige professionals belangrijker bij mensen met een laag IQ, cliënten met weinig ervaring in PC gebruik en ouderen. De rol van *Differentiator* speelt een grotere rol in het motiveren van mensen met een depressie of demotiveren van cliënten met een burn-out volgens één van de professionals. De rol van *Innovator* is van belang om de juiste behandelingsaanpak te vinden voor mensen met een depressie. Bij de meer passieve modules is de *Enabler* rol groter. Er moet meer worden gecontroleerd en uitgelegd. Bij de actieve modules is de *Differentiator* rol groter. Taken hierbij zijn feedback geven en motiveren.

De professionals gaven ook aan de eMH niet geschikt is voor elke cliënt aangezien het instapniveau van een module niet is aan te passen of de cliënt te gedemotiveerd is.

Wat opvallend is aan de genoemde taken is dat het voornamelijk face-to-face taken zijn. Enkele keren worden er taken genoemd met betrekking tot het gebruik van de technologie. Aangezien eMH maar een kleine rol in de behandeling speelt en de professionals weinig taken noemen met betrekking tot de technologie heeft het gebruik van de technologie weinig invloed op de rol van de professional. Mogelijk houdt de negatieve mening ten opzichte van eMH het gebruik ervan tegen. eMH wordt niet in zijn volle potentie gebruikt. Ook gaven een aantal professionals aan weinig bekend te zijn in het gebruik van eMH. Wanneer gekeken wordt naar de gegevens met betrekking tot de verdeling van de traditionele taken tussen de professionals en eMH valt hier de kleine rol van eMH ook op. Hoewel alle taken onderverdeeld werden bij zowel de professional als eMH is te zien dat eMH voornamelijk wordt gebruikt als praktische ondersteuning van de taken en dat de meer proces gerelateerde componenten bij de professional liggen. Er worden hierbij ook voornamelijk face-to-face taken genoemd. Het verschil ligt hierbij dus wat genuanceerder dan een duidelijke taakverdeling zoals was verwacht.

Hoewel alle professionals hadden aangegeven verwachtingen te hebben over het gebruik van eMH waren er maar weinig professionals die daadwerkelijk veranderingen hadden waargenomen in hun taken of rol. Wat opvallend was dat de professionals die aangegeven hadden weinig verandering te hebben ervaren ook een negatieve mening over eMH hadden. Uit de gegevens blijkt dat de professionals die vonden dat de relatie met de cliënt onpersoonlijk was geworden door het gebruik van eMH geen ervaren veranderingen in hun taken hebben ondervonden sinds de komst van eMH. De professionals die wel een verandering in taken hebben ervaren gaven aan dat de relatie persoonlijker is geworden door de komst van eMH en hadden geen negatieve mening. Mogelijk houdt de negatieve attitude ten opzichte van het gebruik van eMH de professionals tegen in het veranderen van hun rol. Het wordt ondersteund vanuit de literatuur dat de attitude van een professional invloed kan hebben op de implementatie van eMH (Wykes & Brown, 2016). In dit geval beïnvloedt de negatieve attitude ten opzichte van eMH het implementatieproces. De professionals zien het belang van het gebruik van eMH niet in hierdoor blijft de rol van de technologie klein en de rol van de professional onveranderd. Wanneer professionals meer gaan werken met de technologie en het een grotere rol gaan laten spelen in hun behandeling zullen ze waarschijnlijk meer verandering in hun rol gaan ervaren. Wanneer eMH een grotere rol gaat spelen in de behandeling zouden professionals de toegevoegde waarde van de technologie meer gaan ondervinden wat hun

attitude mogelijk zal veranderen. In figuur 1 staat een schematische weergave van de resultaten met betrekking tot de ervaren rolverandering. Om de impact van eMH op de rol van de GGZ professional in zijn volledigheid te kunnen ervaren zullen professionals eMH meer moeten toelaten in hun behandeling en meer taken met betrekking tot de technologie op zich moeten nemen. Hierdoor wordt het nut van het gebruik van eMH positief beïnvloed wat op zijn beurt de attitude van de professional positief beïnvloed. Wanneer professionals een positieve attitude hebben ten opzichte van eMH zal dit weer effect hebben op de ervaren rolverandering.

figuur 1. Schematische weergave van de gevonden factoren die betrekking hebben op de ervaren rolverandering.

5. Discussie

Eén van de dingen die opviel uit de gegevens was dat veel professionals hadden aangegeven weinig bekend te zijn met e-Mental Health en de toegevoegde waarde ervan niet te kennen. Dit zou eventueel van invloed kunnen zijn geweest op de gegeven antwoorden. Professionals worden er niet voor opgeleid, maar er wordt wel verwacht dat ze gebruik maken van e-Mental Health. Dit is verrassend aangezien uit de literatuur blijkt dat voor goede implementatie het niet alleen noodzakelijk is dat e-Mental Health wordt gebruikt maar ook dat gebruikers weten hoe het moet worden gebruikt en de mogelijke veranderingen dat het met zich meebrengt (van Limburg, et al., 2011). Een van de taken die moet gebeuren voor een goede implementatie van technologie is *reflexive monitoring*. Dit is het werk wat komt kijken bij het beoordelen en aanpassen van de technologie. Dit is inclusief de evaluatie met betrekking op de impact van de technologie en het aantonen van de waarde ervan voor anderen (May & Finch, 2009). Uit de gegevens komt naar voren dat de professionals geen rol zien in het aanpassen van de technologie. Er worden geen taken genoemd met betrekking tot het aanpassen van de technologie. Wanneer de professionals hun rol veranderen zullen ze de toegevoegde waarde van de technologie waarschijnlijk meer gaan inzien en zal dit hun attitude positief beïnvloeden. Een ander opvallend resultaat vanuit de gegevens van de professionals is dat de taken die genoemd werden voornamelijk betrekking hadden op de face-to-face sessies. Taken die de professionals kunnen uitvoeren door gebruik te maken van eMH werden in mindere mate genoemd. Het geven van online feedback, het klaarzetten van de module en eenmalig het systeem betrekken bij de behandeling via een module waren taken genoemd door de professionals die worden uitgevoerd door middel van eMH. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat is de negatieve attitude en dat sommige professionals weinig bekend zijn met e-Mental Health en hierdoor de opties binnen eMH minder goed kennen.

Voor een goede implementatie is het nodig dat de professionals meer bekend worden in het gebruik van eMH. Dit kan bijvoorbeeld door middel van cursussen met betrekking tot e-Mental Health. Zo kunnen professionals voldoende kennis opdoen en worden er handvatten gegeven in het gebruik van e-Mental Health. In de cursus zal er moeten worden ingegaan op de verschillende rollen die de

professional op zich moet nemen met betrekking tot blended care. Het is hierbij van belang dat er ook aandacht wordt besteed aan de taken die professionals kunnen uitvoeren binnen de modules. Het gaat hierbij om het actief werken met de technologie. Wanneer de professionals weten wat de rolverandering precies inhoudt en hier ook actief mee bezig gaan zal dit een positieve invloed hebben op de toegevoegde waarde van eMH wat op zijn beurt de attitude positief zal beïnvloeden. De positieve attitude zal dan weer op zijn beurt de implementatie van eMH positief beïnvloeden (Wykes & Brown, 2016).

Dit onderzoek kan mogelijk dienen als eerste stap in een betere implementatie van e-Mental Health. Uit het onderzoek blijkt dat de professionals over enige kennis beschikken met betrekking tot eMH maar de taken en daardoor rollen nog voornamelijk beperkt blijven tot de face-to-face sessies en nog weinig verandering in hun rol ervaren. Voor een goede implementatie is een positieve attitude nodig. Dit kan worden verwezenlijkt door actief bezig te gaan met eMH. Het huidige onderzoek betreft een momentopname binnen het implementatieproces. Implementatie bestaat uit meerdere activiteiten en is een proces waar enig tijd overheengaat (Fixsen, et al., 2005). Aan de hand van de resultaten kan er longitudinaal onderzoek worden gedaan om het implementatieproces beter in beeld te krijgen. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen zou het onderzoek vanaf het begin van de ontwikkeling moeten starten tot er een succesvolle implementatie is bereikt. Zo kunnen de ervaringen van een rolverandering door meer taken op te nemen met betrekking tot de technologie meer uitgebreid worden onderzocht.

Een tekortkoming van het onderzoek is dat het is uitgevoerd door één onderzoeker en daardoor gevoelig is voor subjectiviteit. Het onderzoek is exploratief van aard. Om deze reden kunnen de resultaten verkregen uit dit interview niet worden beschouwd als een vast gegeven. Het kan wel dienen als eerste stap in het onderzoek naar de impact van e-Mental Health op de GGZ professional. Mogelijk vervolg onderzoek kan informatie verkregen uit dit onderzoek gebruiken om richting te geven aan nieuw onderzoek, zoals hierboven genoemd.

Een andere tekortkoming van het onderzoek is dat er alleen gebruik is gemaakt van professionals en cliënten als participanten. Volgens Ashkraft (2013) is een rol een sociaal construct wat gebaseerd is op de verwachtingen die iemand zelf heeft over de rol en de verwachtingen van anderen. Mogelijk zijn er naast cliënten nog anderen die een invloed hebben op de rol van de GGZ professional. Denk hierbij bijvoorbeeld aan managers en de ontwerpers van de modules. Bij mogelijk vervolgonderzoek kunnen andere participanten bij de onderzoek worden betrokken om zo een meer volledig beeld te krijgen van de impact van eMH op de rol van de GGZ professional. De verwachtingen van managers, ontwerpers en mogelijk anderen die invloed kunnen hebben op de rol van de GGZ professional kunnen worden meegenomen in longitudinaal onderzoek om het effect ervan te kunnen onderzoeken.

6. Referentielijst

- Ashcraft, K. (2013). The glass slipper: 'incorporating' occupational identity in management studies. *Academy of Management Review*, 38, 6-31.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., ... & Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 677.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295.

- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. A. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human services*, 26(2-4), 109-160.
- Beckers, J. (2017). Hoe we gezamenlijk de wachttijden in de zorg kunnen verkorten: Passende en tijdige zorg voor alle patiënten. *HEADline*, 34(3), 17-17.
- Berg, M. (2001). Implementing information systems in healthcare organizations: myths and challenges. *International Journal of Medical Informatics*. 64, 143-56.
- Biddle, B. J. (1986). Recent developments in role theory. *Annual review of sociology*, 12(1), 67-92.
- Bijenhof, A. M., Folkertsma, M. A., Kommer, G. J., Slobbe, L. C. J., & Polder, J. J. (2012). Kostenontwikkeling GGZ. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*.
- Blankers, M., Koeter, M. W., & Schippers, G. M. (2010). Missing data approaches in eHealth research: simulation study and a tutorial for non mathematically inclined researchers. *Journal of medical Internet research*, 12(5).
- Bowen, D. E. (2016). The changing role of employees in service theory and practice: An interdisciplinary view. *Human Resource Management Review*, 26(1), 4-13.
- Brynjolfsson, E., & McAfee, A. (2012). *Race against the machine: How the digital revolution is accelerating innovation, driving productivity, and irreversibly transforming employment and the economy*.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., ... & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1321-1333.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Evans, K. (2002). E-Mental health in Australia: implications of the internet and related technologies for policy. *ISC discussion paper*, 3, 1-84.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Korten, A. (2002). Web-based cognitive behavior therapy: analysis of site usage and changes in depression and anxiety scores. *Journal of medical Internet research*, 4(1).
- Compas, B. E., & Gotlib, I. H. (2002). *Introduction to clinical psychology: Science and practice*. McGraw-Hill Humanities, Social Sciences & World Languages.
- Donkin, L., Christensen, H., Naismith, S. L., Neal, B., Hickie, I. B., & Glozier, N. (2011). A systematic review of the impact of adherence on the effectiveness of e-therapies. *Journal of medical Internet research*, 13(3).
- van Dorresteijn, M. (2014, September 8). E-health in minimaal helpt ggz-behandelingen. Geraadpleegd van <http://www.zorgvisie.nl/ICT/Nieuws/2014/9/Minimaal-helpt-ggz-behandelingen-wordt-blend-ed-1592483W/>
- Van Duin, C., & Garssen, J. (2010). Bevolkingsprognose 2010-2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur. *Centraal Bureau van Statistiek*.
- Eng, T. R. (2001). *The eHealth landscape: a terrain map of emerging information and communication technologies in health and health care*. Princeton NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.

- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), 20.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., & Friedman, R. M. (2005). Implementation research: a synthesis of the literature.
- GGZ Nederland (2013a). Een Analyse van de Verwachte Kosten en Baten van eHealth, Blended Behandelen en Begeleiden. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZNederland (2013b). Factsheet E-Mental Health: E-Mental Health in the Netherlands. GGZNederland.
- GGZ Nederland (2017a). Het roer moet om: Onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg. GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2017b). Persbericht-Wachten is geen optie. GGZ Nederland.
- Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., & Carr, V. J. (2009). Computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction*, 104(3), 378-388.
- Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & Van Gemert-Pijnen, J. E. (2012). Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of medical Internet research*, 14(6).
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechomski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT?. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1273-1284.
- Kooistra, L. C., Wiersma, J. E., Ruwaard, J., van Oppen, P., Smit, F., Lokkerbol, J., ... & Riper, H. (2014). Blended vs. face-to-face cognitive behavioural treatment for major depression in specialized mental health care: study protocol of a randomized controlled cost-effectiveness trial. *Bmc psychiatry*, 14(1), 290.
- Krieger, T., Meyer, B., Sude, K., Urech, A., Maercker, A., & Berger, T. (2014). Evaluating an e-mental health program ("deprexis") as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: design of a pragmatic randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 14(1), 285.
- Lal, S., & Adair, C. E. (2014). E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services*, 65(1), 24-32.
- van Limburg, M., van Gemert-Pijnen, J. E., Nijland, N., Ossebaard, H. C., Hendrix, R. M., & Seydel, E. R. (2011). Why business modeling is crucial in the development of eHealth technologies. *Journal of medical Internet research*, 13(4).
- Månsson, K. N., Ruiz, E. S., Gervind, E., Dahlin, M., & Andersson, G. (2013). Development and initial evaluation of an Internet-based support system for face-to-face cognitive behavior therapy: a proof of concept study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(12).
- May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory. *Sociology*, 43(3), 535-554.
- Mentink, A (2013). Jongeren ziek van keuzestress. *Algemeen Dagblad*.

- Nelson, A. J., & Irwin, J. (2014). "Defining what we do—all over again": Occupational identity, technological change, and the librarian/Internet-search relationship. *Academy of Management Journal*, 57(3), 892-928.
- Parasuraman, A. (2000). Technology Readiness Index (TRI) a multiple-item scale to measure readiness to embrace new technologies. *Journal of service research*, 2(4), 307-320.
- Pratt, G., Rockmann, K. W., & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of management journal*, 49(2), 235-262.
- Riper, H., Andersson, G., Christensen, H., Cuijpers, P., Lange, A., & Eysenbach, G. (2010). Theme issue on e-mental health: a growing field in internet research. *Journal of medical Internet research*, 12(5).
- Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). E-mental health. High tech, high touch, high trust. *Trimbos Instituut*.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269-283.
- van Rooijen, K., Zwikker, N. & van der Vliet, E. (2014). Wat werkt bij online hulpverlening? Nederlands jeugd instituut. Geraadpleegd van http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Wat_werkt_Online_hulp.pdf
- Ruwaard, J., & Kok, R. (2015). Wild West eHealth: Time to hold our horses?. *European Health Psychologist*, 17(1), 45-49.
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H., & Lange, A. (2009). Standardized Web-Based Cognitive Behavioural Therapy of Mild to Moderate Depression: A Randomized Controlled Trial with a Long-Term Follow-Up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 206-221.
- Sarasohn-Kahn, J. (2012). The online couch: Mental health care on the Web. *California HealthCare Foundation*, 7.
- Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., van Gemert, M., van Hoogenhuyze, C., Meijer, E., & Postel, M. (2010). Handboek online hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt.
- Spek, V. (2008). Kleur Je Leven: Een Internetinterventie Voor Depressieve Klachten Bij Vijftigplussers. *Sociale Interventie*, 17(2), 41-45.
- Spijker, J., van Vliet, I. M., Meeuwissen, J. A. C., & van Balkom, L. M. (2010). Herziening van de multidisciplinaire richtlijnen angst en depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52(10), 715-718.
- Sirianni, N. J., & Bitner, M. J. (2011). Understanding consumer perceptions of service employee authenticity. *QUIS*, 12, 2-5.
- Sorbi, M. J., & Riper, H. (2009). e-Health—gezondheidszorg via internet. *Psychologie en Gezondheid*, 37(4), 191-201.
- Tate, D. F., Jackvony, E. H., & Wing, R. R. (2006). A randomized trial comparing human e-mail counseling, computer-automated tailored counseling, and no counseling in an Internet weight loss program. *Archives of internal medicine*, 166(15), 1620-1625.

- van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, L. J. (2014). Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study. *BMC psychiatry*, *14*(1), 355.
- Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, J. E. (2016). Mixing online and face-to-face therapy: how to benefit from blended care in mental health care. *JMIR mental health*, *3*(1).
- Wilhelmsen, M., Lillevoll, K., Risør, M. B., Høifødt, R., Johansen, M. L., Waterloo, K., ... & Kolstrup, N. (2013). Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study. *BMC psychiatry*, *13*(1), 296.
- Woittiez, I., Eggink, E., Jonker, J. J., & Sadiraj, K. (2009). Vergrijzing, verpleging en verzorging.
- Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry*, *162*(6), 1158-1164.
- Wright, J. H., Wright, A. S., Salmon, P., & Beck, A. T. (2002). Development and initial testing of a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *56*(1), 76.
- Wykes, T., & Brown, M. (2016). Over promised, over-sold and underperforming?—e-health in mental health. *Journal of Mental Health*, *25*(1), 1-4.
- Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, *29*(2), 125-138.
- Yim, C. K., Tse, D. K., & Chan, K. W. (2008). Strengthening customer loyalty through intimacy and passion: Roles of customer–firm affection and customer–staff relationships in services. *Journal of marketing research*, *45*(6), 741-756.

7. Bijlagen

Bijlage 1: Format interview GGZ professionals

Introductie

“Ik ben Nicky Elfring en bezig met afstuderen aan de Universiteit van Twente. Momenteel ben ik bezig met mijn thesis met als onderwerp: De impact van eMental Health op de rol van de GGZ professional. Ik ben benieuwd naar de ervaringen die u heeft met betrekking tot eMental Health en wat voor effect eMental Health heeft op uw rol als GGZ professional. Hiervoor neem ik binnen Mindfit interviews af onder GGZ professionals en cliënten. Wat belangrijk is om te weten is dat alle informatie vertrouwelijk wordt behandeld. Gegevens worden niet gedeeld met anderen buiten het onderzoek en de gegevens worden anoniem verwerkt. Verder zal ik gebruik maken van opnameapparatuur om het interview op te nemen, hierna worden de interview uitgewerkt. Ter verificatie wordt het uitgewerkte interview op een later tijdstip nog een keer voorgelegd om te kijken of het correct is verwerkt. Ik wou graag beginnen met wat algemene vragen en het gesprek daarna meer richten op eMH en uw rol daarin.”

Algemene vragen

1. Wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw geslacht?
3. Wat is uw beroep?
4. Hoe lang voert u uw beroep al uit?

Onderzoeksvragen

“Voor mijn onderzoek gebruik ik de definitie van Christensen en zijn collega’s uit 2002 over eMH die is als volgt: eMental Health zijn Geestelijke gezondheidsdiensten en informatie geleverd of verbeterd door het internet en daaraan gerelateerde technologieën. eMH richt zich uitsluitend op het ondersteunen en verbeteren van de geestelijke gezondheidszorg. Het is dus belangrijk om te weten dat het hierbij dus niet gaat om het bedrijfsproces of het elektronisch patiënten dossier.”

5. Hoe lang werkt u al met eMental Health?
6. Hoe vaak gebruikt u eMental Health?
7. Kunt u me vertellen op welke manier u eMental Health gebruikt?
8. Welke applicaties gebruikt u van eMental Health?
9. Met welk doel gebruikt u eMental Health?
10. Bij welke doelgroepen gebruikt u eMental Health vooral? Bij welke doelgroepen juist niet?
11. Welke taken verwacht u op zich te moeten nemen als professional door de komst van eMH?
12. Op wat voor manier verschillen deze verwachtingen bij verschillende patiëntenpopulaties?
13. Op wat voor manier verschillen deze verwachtingen voor verschillende eMH applicaties?
14. Wat denkt u dat de cliënt van u verwacht wanneer er *blended care* wordt geboden?
15. In welke aspecten verschilt een *blended care* behandeling met een reguliere face-to-face behandeling wanneer gekeken wordt naar de behandelvorm?
16. Heeft u veranderingen waargenomen in uw taken als professional door het gebruik van eMental Health?
17. Welke veranderingen in verantwoordelijkheid merkt u op door het gebruik van emh?
18. Op welke manier verandert uw relatie ten opzichte van de cliënt?
19. Wanneer gekeken wordt naar de traditionele taken van een professional in een behandeltraject wat verwacht u dat een taak blijft voor professionals en wat kan worden overgenomen door eMH? Je kunt het in de tabel aangegeven. Taken mogen ook bij zowel de professional als eMH worden ingevuld.

Tabel 1Weergave van de rollen en taken

Traditionele taken GGZ professional	Verwachte taken GGZ professional in <i>blended care</i>	Verwachte taken eMH
Uitvoeren van diagnostiek		
Geven van psycho-educatie		
Uitvoeren van behandelingen		
Evalueren van behandelingen		
Adviseren van cliënten		
Begeleiden van cliënten		

Bijlage 2: Format interview cliënten

Introductie

“Ik ben Nicky Elfring en bezig met afstuderen aan de Universiteit van Twente. Momenteel ben ik bezig met mijn thesis met als onderwerp: De impact van eMental Health op de rol van de GGZ professional. Hiervoor neem ik binnen Mindfit bij de kring Hardenberg-Ommen n interviews af onder GGZ professionals en cliënten. Ik ben dus ook benieuwd naar de verwachtingen die cliënten hebben over deze rol. Wat belangrijk is om te weten is dat alle informatie vertrouwelijk wordt behandeld. Gegevens worden niet gedeeld met anderen buiten het onderzoek en de gegevens worden anoniem verwerkt (niet tot de persoon herleidbaar). Verder zal ik gebruik maken van opnameapparatuur om het interview op te nemen, hierna wordt het uitgewerkt. Ter verificatie wordt het uitgewerkte interview op een later tijdstip nog een keer voorgelegd om te kijken of het correct is verwerkt.”

“Op het moment volgt u een behandeling binnen Mindfit waarbij ook gebruik wordt gemaakt van online modules. Het gebruik maken van zowel online modules als face-to-face sessies wordt *blended care* genoemd.”

Algemene vragen

1. Wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw geslacht?

Onderzoeksvragen

3. Wat verwacht u van de GGZ professional in een behandeling met *blended care*?
4. Wat heeft u nodig of behoefte aan van de GGZ professional dat u niet uit online modules kunt halen?
5. Wat zou naar uw mening kunnen worden vervangen door online modules?
6. Wanneer gekeken wordt naar de traditionele taken van een professional in een behandeltraject wat verwacht u dat een taak blijft voor professionals en wat kan worden overgenomen door eMH? Je kunt het in de tabel aangegeven. Taken mogen ook bij zowel de professional als eMH worden ingevuld.

Tabel 1

Weergave van de rollen en taken

Traditionele taken GGZ professional	Verwachte taken GGZ professional in <i>blended care</i>	Verwachte taken eMH
Uitvoeren van diagnostiek		
Geven van psycho-educatie		
Uitvoeren van behandelingen		
Evalueren van behandelingen		
Adviseren van cliënten		
Begeleiden van cliënten		

Bijlage 3: informatiebrief

De impact van e-Mental Health op de rol van de professional.

Geachte heer/mevrouw,

Voor mijn afstuderen aan de universiteit van Twente in Enschede ben ik bezig met een onderzoek binnen Mindfit. Ik vraag u om deze reden vriendelijk om mee te doen aan dit wetenschappelijk onderzoek. U beslist zelf of u mee wilt doen. Voordat u de beslissing neemt is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door, als u na het lezen van de informatie nog vragen heeft dan hoor ik dat graag. U kunt mij na de hand ook nog bereiken voor eventueel vragen op het volgende mailadres: nicky.elfring@mindfit.nl

Het onderzoek gaat over de impact dat e-mental health heeft op de rol van de professional. Met e-mental health worden de online modules bedoeld die worden gebruikt binnen een behandeltraject. Over deze impact op de rol van de professional is nog weinig bekend en het is de bedoeling om met dit onderzoek hier meer inzicht in te krijgen. Voor het onderzoek worden zowel professionals als cliënten geïnterviewd. De interviews met de professionals zijn wat uitgebreider dan die van de cliënten. De interviews met de professionals zullen ongeveer dertig minuten in beslag nemen, de interviews met de cliënten ongeveer tien minuten. Het interview bestaat uit een aantal vaste vragen en ik zal indien nodig vragen om extra toelichting bij een gegeven antwoord. Het interview zal door mij worden afgenomen in een kamer binnen Mindfit, waar het ook wordt opgenomen door middel van audio apparatuur. Ik zal het interview op een later tijdstip uitwerken en naar u toesturen ter verificatie. Alle informatie wordt vertrouwelijk behandeld. Gegevens worden niet gedeeld met anderen buiten het onderzoek en de gegevens worden anoniem verwerkt.

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Indien u cliënt bent binnen Mindfit krijgt u gewoon de behandeling die u anders ook zou krijgen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd nog bedenken en toch stoppen.

Indien u besluit deel te nemen aan dit wetenschappelijk onderzoek dan vraag ik u om het toestemmingsformulier te ondertekenen en dateren.

Met vriendelijke groeten,
Nicky Elfring

Bijlage 4: Toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: De impact van eMH op de rol van de GGZ professional

Verantwoordelijke onderzoeker: Nicky Elfring

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens worden niet gedeeld met anderen buiten het onderzoek en gegevens worden anoniem verwerkt, dus niet tot de persoon herleidbaar. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik begrijp dat audiomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker: