

Een interviewstudie naar de bruikbaarheid en kwaliteit van een blended  
aanmeldprocedure voor de basis ggz

**Master Thesis**  
**Psychology**

Naam: Jean-Paul Klein

Studentnummer: s1888196

Datum: 25-03-2019

Masterthesis Positieve Psychologie & Technologie

Universiteit Twente, Enschede

Eerste beoordelaar: Dr. V. v. Bruggen

Tweede beoordelaar: Prof. Dr. G. J. Westerhof

## Samenvatting

**Doel:** Dit onderzoek richt zich op de ervaringen van behandelaren in de generalistische basis ggz met een blended aanmeldprocedure die in de afgelopen jaren is ontwikkeld en geïmplementeerd.

**Methode:** Het onderzoeksdesign van de studie was een 'interview survey design' met een exploratief karakter. Er zijn in totaal tien semigestructureerde interviews afgenomen.

**Resultaten:** Uit dit onderzoek komt een aantal positieve en negatieve aspecten met betrekking tot de bruikbaarheid van de online welkomstmodule naar voren. Positief is dat het voorinformatie oplevert en het efficiënt werkt. Merendeel van de behandelaren gebruikt de welkomstmodule ter ondersteuning en als voorbereiding op het intakegesprek. Negatief is dat deze module niet door iedere cliënt volledig wordt ingevuld. Behandelaren geven verschillende verklaringen hiervoor.

**Conclusie:** De welkomstmodule wordt voornamelijk ter ondersteuning gebruikt. Uitkomsten van dit onderzoek geven aanbevelingen voor vervolg onderzoek en verbetering in de praktijk.

## **Abstract**

**Objective:** This study focuses on the experience of therapists in the General Mental Health Care (BGGZ) with a blended enter procedure which is developed and implemented only recently.

**Methods:** The design of the study was an interview survey design. Ten semi-structured interviews were held.

**Results:** This study shows different positive and negative aspects of the usability of the online ‘welkomstmodule’. Positive is that most of the therapists are using the ‘welkomstmodule’ as preparation of an intake. However, not every client completes the entire ‘welkomstmodule’. Therapists provide different potential explanations about the causes.

**Conclusion:** The ‘welkomstmodule’ is mainly used for support or for preparation for an intake. Results of this study provide recommendations to follow-up research and improvements in daily practice.

## **Inleiding**

In de komende jaren zijn er verschillende uitdagingen in de geestelijke gezondheidszorg. Dit komt onder andere door de demografische trends. De levensverwachting wordt hoger wat betekent dat mensen ouder worden. Er zullen meer mensen zijn die zorg nodig hebben (Van Gemert-Pijnen, Peters en Ossebaad, 2013). De maatschappij wordt ook complexer waardoor mensen meer stress ervaren. In 2016 waren er 1.1 miljoen nieuwe aanmeldingen in de geestelijke gezondheidszorg wat 3,97 miljard euro gekost heeft (Vektis, 2016). Het behouden van de hoge standaard van de patiëntgerichte zorg zal een uitdaging zijn voor de nabije toekomst. Om kwalitatief goede zorg aan iedereen die het nodig heeft te blijven bieden moeten er kosten bespaard worden, maar de zorg moet zich ook aanpassen. Een van de aanpassingen is dat behandelingen online in combinatie met face-to-face behandelingen gedaan worden. Deze verandering in de zorg brengt ook een verandering met zich mee voor de werkkrelatie tussen behandelaren en patiënten. Dit onderzoek richt zich op de ervaringen van behandelaren in de generalistische basis ggz met een blended aanmeldprocedure die in de afgelopen jaren is ontwikkeld en geïmplementeerd. Maar nu eerst de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg.

## **Geestelijke gezondheid**

De geestelijke gezondheidszorg richtte zich tot voor kort vooral op stoornissen en deficiënties. Dit betekent dat er eerst een analyse werd gemaakt van factoren die de klachten konden verklaren en op welke manier disfunctionele gedachten en gedragingen konden worden gereduceerd. Dit werd gedaan om zo de functionele tekortkomingen voor het individu te beperken. Tegenwoordig wordt er steeds meer de nadruk gelegd op het welbevinden en optimaal functioneren (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2016). Naast de klachten wordt er ook gekeken naar de krachten, motivatie en waarden van het individu. Deze nieuwe benadering sluit aan bij de optiek van positieve psychologie waar men naast deficiënties zich ook richt op het optimaal functioneren van de cliënt zodat deze een betekenisvol leven kan leiden. Geestelijke gezondheid is namelijk meer dan alleen de afwezigheid van klachten en psychische stoornissen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Ook de WHO (2005) beperkt zich niet alleen tot de absentie van psychopathologie. De WHO definieert geestelijke gezondheid als volgt: *“a state of well-being in which the individual*

*realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”* (WHO, 2005, p. 2).

Volgens Deci & Ryan (2008) refereert welbevinden aan optimale psychologische ervaringen en functioneren. De hierboven genoemde definitie van de WHO (2005) omvat drie componenten van welbevinden: de subjectieve ervaring van welbevinden (emotioneel welbevinden), persoonlijke ontwikkeling en zelfrealisatie (psychologisch welbevinden) en effectief functioneren in de maatschappij (sociaal welbevinden) (Keyes, 2002). Nu het concept van positieve mentale gezondheid beschreven is, wordt er ingegaan op deze drie componenten van welbevinden.

### *Emotioneel welbevinden*

Emotioneel welbevinden heeft drie aspecten, de aanwezigheid van positieve emoties, de afwezigheid van negatieve emoties en de tevredenheid over het leven (Diener, 1984). Volgens de broaden and build theory van Fredrickson (1998, 2001, 2004) leiden positieve emoties tot optimaal functioneren. Deze theorie stelt dat positieve emoties bijdragen tot een verbreding van het gedachte- en handelingsrepertoire (broaden-effect). De verbreding gaat samen met het opbouwen van langdurige hulpbronnen (build-effect). Deze langdurige hulpbronnen kunnen van intellectuele, sociale en fysieke aard zijn (Fredrickson, 1998, 2004).

Verskillende onderzoeken tonen aan dat positieve emoties gunstige effecten op korte- en lange termijn hebben. Zo zorgen positieve emoties voor verruiming van het visuele aandachtsveld en het handelingsrepertoire (Fredrickson & Branigan, 2005). Volgens Waugh & Fredrickson (2006) zorgen positieve emoties dat men minder gericht is op zichzelf en een grotere verbondenheid met anderen ervaart. Daarnaast zijn positieve emoties gerelateerd aan een toename van onder andere veerkracht, levenstevredenheid, optimisme en creativiteit (Cohn et al., 2009; Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003). Positieve psychologie interventies verbeteren emotioneel en psychologisch welbevinden en reduceren depressieve symptomen (Bolier, et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009).

Emotioneel welbevinden is belangrijk voor het functioneren van mensen. Mensen met een hogere mate van emotioneel welbevinden zijn gezonder en leven langer (Diener & Chan, 2011). Daarnaast heeft emotioneel welbevinden positief effect op herstel en overleven van mensen met een lichamelijke aandoening (Lamers et al., 2012).

### *Psychologisch welbevinden*

Het psychologisch welbevinden staat voor een goed leven, psychologisch gezien. Het gaat om optimaal individueel functioneren waarbij persoonlijke groei en ontwikkeling centraal staat. Dit wordt ook wel zelfrealisatie genoemd. Ryff (1989) en Ryff & Singer (1998) hebben onderzoek gedaan naar psychologisch welbevinden en hebben een model ontwikkeld. Dit model bestaat uit de volgende zes dimensies van psychologisch welbevinden en speelt een belangrijke rol bij het optimaal functioneren in de zin van zelfrealisatie:

1. Zelfacceptatie: een positieve en accepterende houding ten opzichte van zichzelf.
2. Persoonlijke groei: inzicht hebben in eigen potentie voor zelfontwikkeling.
3. Doelgerichtheid: doelen en overtuigingen hebben die een richting geven aan het leven.
4. Autonomie: de mate waarin een persoon eigen keuzes kan maken.
5. Positieve relaties: het hebben van warme, vertrouwensvolle relaties met anderen.
6. Omgevingsbeheersing: de competentie en beheersing van de situaties in de omgeving.

### *Sociaal welbevinden*

Om het optimale functioneren van mensen volledig te begrijpen is het sociale aspect van welbevinden ook van belang. Volgens Keyes (1998) is sociaal welbevinden de beoordeling van het effectief functioneren van een individu in de maatschappij. Daarbij kunnen vijf dimensies worden onderscheiden. Deze dimensies beschrijven een persoon die een positieve kijk heeft op andere mensen, die gelooft in maatschappelijke progressie, die de samenleving begrijpt, er aan deelneemt en die zich thuis voelt in de maatschappij (Bohlmeijer, Bolier, Lamers & Westerhof, 2017). Het inzicht dat het in de geestelijke gezondheidszorg niet alleen gaat om de afwezigheid van stoornissen en deficiënties maar ook om welbevinden komt ook terug in het twee continua model (Keyes, 2005; Westerhof & Keyes, 2009; Lamers et al., 2011). Dit wordt in de volgende paragraaf uitgelegd.

#### **Twee continua model**

Een belangrijke vraag is hoe welbevinden gerelateerd is aan psychopathologie. Keyes (2005) heeft onderzoek gedaan naar deze relatie. Daaruit kwam naar voren dat welbevinden en psychopathologie twee gerelateerde maar afzonderlijke factoren van elkaar zijn. Zo kan iemand die veel psychopathologie ervaart ook een hoge mate van welbevinden ervaren. Tevens staat de afwezigheid van psychopathologische klachten niet garant voor een hoge mate van welbevinden.

Dit heeft implicaties voor de gezondheidszorg. Het twee continua model bevestigt namelijk dat men zich niet alleen moet richten op psychopathologie maar dat er ook aandacht geschonken moet worden aan welbevinden en optimaal functioneren. Waar voorheen de nadruk op klachtenreductie lag, is het ook van belang om te focussen op krachten en positieve emoties. Om geestelijke gezondheid te meten is het dus belangrijk om te kijken naar zowel psychopathologie als de positieve aspecten van gezondheid (Bohlmeijer et al., 2016). Om de effecten van interventies te meten is het ook essentieel om een goed beeld te krijgen van de totale geestelijke gezondheid. Er zijn daarom ook meetinstrumenten nodig om deze aspecten te meten. Zoals de Mental Health Continuum (MHC-SF) (Keyes, 2005; Lamers et al., 2011; 2012).

Het twee continua model dient als basis voor het recent ontwikkelde Sustainable Mental Health model (SMH-model) van Kleijn, Westerhof en Bohlmeijer (2017). Naast de aandacht voor zowel de negatieve en positieve aspecten van geestelijke gezondheid, staat het vermogen tot adaptatie en zelfregie centraal. Binnen het SMH-model wordt adaptatie beschouwd als processen van hoe men omgaat met tegenslagen en veranderingen. Met zelfregie wordt bedoeld dat iemand in staat is om zijn om eigen keuzes te maken. Op die manier kan er richting worden gegeven aan de geestelijke gezondheid van de cliënt. Het SMH-Model dient als werkmodel en kader om de veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg op een wetenschappelijke manier te kunnen onderbouwen (Bohlmeijer, Westerhof & Kleijn, 2017).

## **eHealth**

Naast de ontwikkeling omtrent positieve psychologie, aandacht voor welbevinden en de daarbij behorende verschuiving in de geestelijke gezondheidszorg, is er ook meer aandacht voor online hulpverlening, ook wel eHealth genoemd.

eHealth kan omschreven worden als het gebruik van informatieve of communicatieve technologieën, internet-technologie in het bijzonder, om de gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013). eHealth kent drie verschillende dimensies: de gebruiker, de technologie zelf en de context van het gebruik. Er zijn op dit moment veel applicaties met betrekking tot eHealth en het aantal blijft groeien (Sarasohn-Kahn, 2012).

Er zijn een aantal voordelen te noemen met betrekking tot eHealth. Het heeft de potentie om de toegankelijkheid voor patiënten te vergroten (Van-Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013). Wat daaraan bijdraagt is dat bijna 97% van de Nederlandse bevolking toegang tot internet heeft (CBS, 2018). Doordat eHealth minder tijdsgebonden en plaatsgebonden is kan er ook

efficiënter gewerkt worden. Daarnaast kan de behandelaar gelijktijdig meerdere mensen effectief en efficiënt helpen. Zo biedt eHealth de mogelijkheid voor zelfmanagement en continuïteit van de zorg (Van Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013). Daarnaast kan er makkelijker met de patiënt gecommuniceerd worden en kan er nog beter patiëntgecentreerde zorg aangeboden worden (Granja, Janssen & Johansen, 2018; Van Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013; Wouters et al., 2017).

Er zijn ook een aantal nadelen te noemen voor eHealth. Zo zijn er onder andere hoge kosten verbonden aan het ontwikkelen en implementeren van eHealth (Granja, Janssen, Johansen, 2018; Ariens, et al., 2017). Het ontbreken van non-verbale signalen en lichaamstaal is een ander veelgenoemde beperking van online hulpverlening (Barak, et al., 2008). Daarnaast heeft eHealth nog een lage adherentie (Kelders, Kok, Ossebaard, van Gemert-Pijnen, 2012; Van Gemert-Pijnen, Peters, Ossebaard, 2013; Van Beugen, Middendorp, van der Vaart, Ferwerda & Evers, 2015).

De meta analyse van Barak et al. (2008) laat zien dat webbased interventies doorgaans effectief zijn. Volgens de meta-analyse van Richards & Richardson (2012) geeft een vorm van ondersteuning bij online interventies betere resultaten. Onduidelijk is de invloed van een therapeut bij dit alles. Richards & Richardson (2012) komen in de zelfde meta-analyse dat een vorm van ondersteuning die niet gedaan wordt door een behandelaar en die niet het doel heeft om therapeutisch te zijn, evenveel effect heeft als wanneer therapeuten ondersteuning geven.

Ook het onderzoek van Kelders et al. (2012) toont aan dat begeleiding door middel van geautomatiseerde feedback ook effectief is. In dit onderzoek is echter niet onderzocht of begeleiding van een therapeut even effectief is als geautomatiseerde feedback als begeleiding. Als er gekeken wordt naar adherentie en effectiviteit hebben geautomatiseerde webbased interventies voor behandeling van depressie met persuasieve technologie ongeveer dezelfde resultaten als ondersteunende begeleiding met behulp van een therapeut (Kelders, Bohlmeijer, Pots & van Gemert-Pijnen 2015).

Wanneer een behandeltraject gevormd wordt door een combinatie van face-to-face behandelingen en internet sessies wordt dit blended care genoemd (Wentzel, van der Vaart, Bohlmeijer, van Gemert-Pijnen, 2016). Blended care biedt nieuwe mogelijkheden op het gebied van gepersonaliseerde behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg. Technologie kan gedeeltelijk de face-to-face contacten vervangen. Blended care nodigt patiënten en therapeuten



uit om na te denken over de persoonlijke behoefte en voorkeuren voor een optimale gepersonaliseerde behandeling (Wentzel et al., 2016). Hieruit vloeit logischer wijze voort dat de regie meer bij de patiënt komt. Dit wordt ‘shared decision-making’ genoemd (van Gemert-Pijnen, Peters, Ossebaard, 2013). Er zijn niet alleen onderzoeken naar de ervaringen van cliënten uitgevoerd maar ook naar behandelaren.

Verschillende studies onder andere die van Van der Vaart et al. (2014) en Feijt, de Kort, Bongers en IJsselsteijn (2018) zijn uitgevoerd om te onderzoeken wat de houding is van therapeuten en cliënten ten opzichte van eHealth waarbij verschillende beperkingen en mogelijkheden in kaart zijn gebracht.

Beide onderzoeken geven aan als voordeel voor cliënten aan dat heeft dat toegankelijker is en dat het ook tijd efficiënt is. Daarnaast nodigt cliënten uit om meer verantwoordelijkheid te nemen voor eigen behandeling. Dat bevordert het behandelproces. Het nadeel van eHealth is dat het niet voor iedere cliënt geschikt. Volgens Feijt et al. (2018) is dit sterk afhankelijk van persoonlijke behoeften, mogelijkheden en voorkeuren van de cliënt. Daarnaast hebben de aard en de complexiteit van de psychische stoornis, leeftijd, computervaardigheid en intelligentie van de cliënt invloed of er al of niet gebruik gemaakt wordt van eHealth.

Naast deze cliënt factoren, noemen Feijt et al. (2018) ook een aantal kenmerken van behandelaren die van invloed zijn op het gebruik maken van eHealth. Dit zijn de computervaardigheden van de behandelaar, de affiniteit met technologie, leeftijd en de therapeutische benadering van de behandelaar. Feijt et al. (2018) en Van der Vaart et al. (2014) geven beiden aan dat behandelaren positief staan tegenover het gebruik van blended care. Onderzoek van Feijt et al. (2018) laat zien dat wanneer een instelling behandelaren eHealth wil laten gebruiken, de behandelaren eerst overtuigd moeten worden van de meerwaarde van het gebruik van daarvan. Wanneer ze bewust zijn van de voordelen van het inzetten van eHealth, zal bij de behandelaren de weerstand ten opzichte van eHealth verlagen en de intrinsieke motivatie om er gebruik van te maken verhogen.

Uit beide onderzoeken komt naar voren dat blended care als voordeel heeft dat zowel cliënten als behandelaren minder hoeven te reizen omdat ze thuis aan de slag kunnen. Van der Vaart et al. (2014) vullen aan dat door een online voorbereiding van de behandeling een face-to-face sessie optimaal benut kan worden. Beide onderzoeken tonen aan dat door het ontbreken van non-verbale communicatie er problemen kunnen optreden voor zowel behandelaren als cliënten

bij het interpreteren van de informatie.

Er is een verschil tussen beide onderzoeken met betrekking tot de therapeutische relatie bij het gebruik maken van eHealth. Uit het onderzoek van Van der Vaart et al. (2014) komt naar voren dat het merendeel van de participanten (zowel cliënten als behandelaren) eHealth niet als te onpersoonlijk beschouwt. Echter verschillen de meningen over de vraag of online behandelingen de therapeutische relatie tussen cliënt en behandelaar kunnen verslechteren. Uit de resultaten van Feijt et al. (2018) blijkt dat eHealth contact tussen de face-to-face behandeling een meer intieme en persoonlijke therapeutische relatie tussen cliënt en behandelaar oplevert. Dit komt omdat het de frequentie van contact verhoogt tussen cliënt en behandelaar waardoor het gevoel van continuïteit bevorderd wordt.

### **Diffusion of Innovation Model**

Of een eHealth programma succesvol blijkt is ook afhankelijk van de implementatie en de omvang van het gebruik daarvan. Doordat de zorg zich ontwikkelt en zich meer gaat richten op blended care wordt het werk voor een psycholoog ook anders. Een model dat geschikt is om het proces van gedragswijziging tot innovatieve technologie te beschrijven is het Diffusion of Innovation model van Rogers (2003). Dit model beschrijft het proces van gedragsverandering dat leidt tot het aannemen van innovatieve technologie. Er zijn drie clusters die correleren met verspreiding van innovaties: de opvattingen over de innovatie, de kenmerken van mensen die de innovatie eigen maken of hierin falen en contextuele factoren met betrekking tot communicatie, leiderschap en management. Als er gekeken wordt naar de verschillende kenmerken van mensen en de houding ten opzichte van een innovatie onderscheidt Rogers (2003) vijf verschillende niveaus van adoptie. Allereerst zijn er de ‘innovators’ dit zijn mensen die het eerst een nieuwe innovatie willen toepassen, deze zijn nieuwsgierig en zijn op zoek naar nieuwe dingen. De volgende groep worden ‘early adopters’ genoemd. Dit zijn mensen met aanzien, een hoge sociale status en die openstaan voor nieuwe dingen en deze ook willen uitproberen. Mensen die naar de ‘early adopters’ kijken worden ‘early majority’ genoemd. Daarna volgt de ‘late majority en als laatst zijn er nog de ‘laggards’. Deze laatste groep zijn traditionele mensen die als laatst gebruik maken van een innovatie. Zij stappen alleen in als alles probleemloos werkt.

Feijt et al. (2018) komen in hun onderzoek met een nieuw model: ‘the Levels of Adoption of eMental Health Model (LAHM)’. Dit model richt zich op de adaptatie van eHealth onder

klinische psychologen, wat overeenkomt met het diffusion of innovation model. Feijt et al (2018) heeft de volgende vijf niveaus omschreven.

Niveau 1: Op dit niveau wordt eHealth niet gebruikt. Psychologen zijn in deze groep niet overtuigd en zelfs sceptisch over het gebruik maken van eHealth en hebben hier een sterke afkeer van. Indien ze er volgens het management gebruik moeten maken van eHealth zullen ze weerstand vertonen. Deze groep op dit niveau zijn verder gekenmerkt door weinig kennis van computers en eHealth. Dit is vergelijkbaar met wat Rogers (2003) ‘laggards’ noemt.

Niveau 2: Psychologen op dit niveau kennen enkele voordelen van eHealth. Ze weten echter niet hoe ze dit moeten toepassen tijdens hun dagelijkse werkzaamheden. Daarnaast is de intrinsieke motivatie voor het gebruik laag. Ze willen hierdoor ook geen energie steken in het leren hoe men eHealth kan toepassen in de praktijk. Dit lijkt op de ‘late majority’ van Rogers (2003).

Niveau 3: Psychologen op dit niveau gebruiken alleen eHealth hulpmiddelen als onderdeel van hun dagelijkse routines. Over het algemeen zijn professionals op dit niveau wel gemotiveerd om gebruik te maken van eHealth maar hebben de neiging om zich vast te houden aan toepassingen die beschikbaar en bekend zijn. Ze zijn niet op zoek naar andere mogelijkheden. Deze groep is te vergelijken met wat Rogers (2003) ‘early majority’ noemt.

Niveau 4: Op dit niveau laten psychologen een hoge mate van persoonlijke interesse zien, hebben een hoge intrinsieke motivatie om actief de ontwikkeling op het gebied van eHealth te volgen. Nieuwe behandelmogelijkheden willen ze graag gebruiken. De meeste psychologen van deze groep zijn expert op het gebied van het gebruik van eHealth en een van de weinige die heel actief bezig is met eHealth. Dit overlapt wat Rogers (2003) ‘early adopters’ noemt.

Niveau 5: De kenmerken op dit niveau zijn voor een groot deel het zelfde als op niveau vier. Het grote verschil wordt omschreven als ‘ondernemers’ die nieuwe projecten ontwikkelen en testen van eHealth toepassingen of om bestaande toepassingen in nieuwe contexten te gebruiken. Deze groep heeft een duidelijke visie over de positieve veranderingen die zij verwachten die eHealth zal brengen in de samenleving. Deze groep is te vergelijken met wat Rogers (2003) ‘innovators’ noemt.

### **Mindfit**

eHealth in de vorm van blended care wordt aangeboden bij verschillende geestelijke gezondheidsinstellingen in Nederland. Een van de organisaties die hier gebruik van maakt is

Mindfit. Mindfit is een stichting die kortdurende zorg biedt binnen de basis ggz voor volwassenen, gericht op het voorkomen en behandelen van psychische klachten. Naast kortdurende behandelingen kunnen volwassenen, die een chronische mentale aandoening hebben en stabiel zijn, laag frequente begeleiding krijgen bij Mindfit. Naast klachtenreductie besteedt Mindfit ook aandacht aan de positieve aspecten van de geestelijke gezondheid. Ze willen positieve geestelijke gezondheid bewerkstelligen door middel van het versterken van veerkracht die nodig is om tegenslag en uitdagingen in het leven te doorstaan. Ze zetten zich actief in om het welbevinden van cliënten te versterken waarbij ze een beroep doen op de regie van de cliënt zelf. Dit doen ze door middel van online hulp en persoonlijk contact of een combinatie daarvan.

### **Onderzoek**

Mindfit wil zijn behandelmodel optimaliseren. Beginnend met de evaluatie van het eHealth startprogramma. Deze studie richt zich daarom ook op de evaluatie van de eerste drie stappen van het behandelmodel van Mindfit. Er wordt onderzoek gedaan naar de ervaring van behandelaren die gebruik maken van de eHealth welkomstmodule in combinatie met het eerste gesprek bij Mindfit. Er wordt gekeken hoe behandelaren de bruikbaarheid en de kwaliteit ervaren. De onderzoeksvraag luidt als volgt:

Hoe ervaren behandelaren de bruikbaarheid en de kwaliteit van het eHealth startprogramma in combinatie met het eerste gesprek bij Mindfit?

Om deze vraag te beantwoorden zijn een aantal deelvragen opgesteld:

- Wat is de houding van behandelaren in het algemeen ten aanzien van eHealth?
- Wat is de bruikbaarheid van de welkomstmodule voor behandelaren?
- Hoe gebruiken behandelaren de welkomstmodule in het eerste gesprek?

## Methode

### Design

Het onderzoeksdesign van de studie was een interview survey design met een exploratief karakter. Ter beantwoording van de onderzoeksvraag zijn er in totaal tien semigestructureerde interviews afgenomen. Semigestructureerde interviews bieden de gelegenheid om dieper in te gaan op de beleving en de mening van een participant. Hierdoor krijgt men een uitgebreide en gedetailleerde verzameling gegevens (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2011). In de semigestructureerde interviews zijn behandelaren gevraagd naar de ervaringen met de eerste drie stappen van het behandelmodel van Mindfit. Er is gevraagd naar de ervaring met betrekking tot de bruikbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en de kwaliteit van de welkomstmodule in combinatie met het eerste gesprek.

### Participanten

Participanten zijn per e-mail benaderd door Romy Kleijn, onderzoeker en psycholoog bij Mindfit, om mee te werken aan het onderzoek. De eerste tien participanten die deel wilde nemen zijn door Romy Kleijn geïnterviewd. De inclusiecriteria waren dat participanten werkzaam zijn bij Mindfit, ervaring en gebruik maken van de welkomstmodule en het KOP-schema. In onderstaande tabel (tabel 1) zijn de demografische gegevens te vinden van de participanten.

Tabel 1. *Demografisch Gegevens van Participanten in Onderzoek en hun Functie (n=10).*

| Categorie                 | Aantal |
|---------------------------|--------|
| Geslacht                  |        |
| Man                       | 1      |
| Vrouw                     | 9      |
| Functie                   |        |
| Basis Psycholoog          | 2      |
| GZ-Psycholoog             | 4      |
| Verpleegkundig Specialist | 2      |
| Behandelaar BGGZ*         | 2      |

(\* = Pedagogiek of maatschappelijk werk als achtergrond)

De range waarin de participanten hun huidige beroep uitoefenen varieert tussen een jaar en 43 jaar. De variatie waarin ze werkzaam zijn bij Mindfit varieert tussen drie maanden en vijf jaar (start van Mindfit). Gemiddeld waren de participanten twee jaar en drie maanden in dienst.

### **Procedure**

In totaal zijn er tien semigestructureerde interviews met behandelaren afgenomen. De interviews hebben plaats gevonden op drie verschillende locaties van Mindfit namelijk: Apeldoorn, Almelo en Zwolle. Interviews zijn met een USB voice recorder opgenomen. De gemiddelde duur van een interview was 42 minuten (SD=8.41). Nadat alle tien interviews waren afgenomen werd deze data overgedragen. De opnames zijn met het programma ‘Amber script’ in het BMS lab van de Universiteit Twente voor een groot deel getranscribeerd. Daarna is de getranscribeerde tekst gecontroleerd en de rest van de tekst handmatig getranscribeerd. Nadat alles getranscribeerd was, werd de data geanonimiseerd. Nummer van het interview en demografische gegevens (zoals functie, aantal jaar werkzaam bij Mindfit en beroepsveld) bleven onveranderd. Het coderen en analyseren is handmatig gedaan.

### *Behandelmodel*

Het gehele behandelmodel van Mindfit bestaat uit vijf stappen. De eerste stap bestaat uit een zelfdiagnose. Cliënten krijgen een digitale welkomstmodule toegestuurd waarbij de cliënt zijn of haar eigen situatie in kaart brengt aan de hand van het KOP-model van Rijnders (Rijnders & Heene, 2015). Met behulp van het KOP-model worden de klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl door de cliënt zelfstandig in kaart en in verband gebracht. Het doel van het invullen van de welkomstmodule is dat cliënten inzicht krijgen waar ze in vastlopen.

In de tweede stap van het behandelmodel worden met behulp van de eHealth module “de schrijf van 5” vijf verschillende levensgebieden van de cliënt in kaart gebracht. In deze eerste twee stappen krijgen cliënten extra informatie, uitleg en ondersteunend beeldmateriaal om antwoord te geven op de verschillende vragen in de welkomstmodule. Deze twee stappen worden samen de welkomstmodule genoemd.

De derde stap van het behandelmodel bestaat uit het eerste gesprek met de behandelaar bij Mindfit. In dit gesprek wordt samen met de cliënt het KOP-schema en de schijf van 5 doorgenomen en waar nodig aangevuld. Op basis van de verkregen informatie uit de welkomstmodule en het eerste gesprek wordt er een DSM-5 classificatie gesteld. Indien er een

classificatie gesteld kan worden, worden de zorgzwaarte, behandeldoel en behandelvorm bepaald.

De behandeling staat centraal in stap vier en de afronding van de behandeling staat centraal in stap vijf.

### *Interview*

Het interview ging in op de visie en beleving van de startfase van het behandelmodel bij Mindfit. Het interview bestond uit drie verschillende onderdelen; eHealth in het algemeen, de welkomstmodule met de onderdelen KOP-schema, schijf van vijf en speerpunten en het eerste gesprek. Kortom, de eerste drie fasen van het behandelmodel van Mindfit. De deelvragen komen overeen met de verschillende onderdelen. Eerst werd er onderzocht wat de houding van behandelaren ten aanzien van eHealth in het algemeen is. Het tweede onderdeel van het interview, waarbij er gekeken werd naar de bruikbaarheid van de welkomstmodule, sluit aan bij de tweede onderzoeksvraag. Het derde onderdeel van het interview waarbij er onderzocht werd hoe behandelaren de welkomstmodule gebruiken in het eerste gesprek gaat in op de derde onderzoeksvraag. In tabel 2 zijn verschillende thema's met bijbehorende voorbeeldvragen van het interview te vinden.

Tabel 2. *Thema's en Voorbeeldvragen van het semigestructureerde Interview*

| Domein                                 | Voorbeeldvraag   |
|--|--|
| <i>eHealth</i>                         |  |
| Tevredenheid                           | <p>Wat vind je van de verschillende onderdelen van de welkomstmodule?</p> <p>Zou je deze module aanraden bij mensen met psychische klachten?</p>                                 |
| Gebruiksvriendelijkheid/ bruikbaarheid | <p>Wat vind je van de gebruiksvriendelijkheid van de welkomstmodule voor jou als behandelaar?</p> <p>Op welke manier maak jij als behandelaar gebruik van de welkomstmodule?</p> |
| Werkzaamheid                           | Helpt de welkomstmodule jou als behandelaar?   |
| <i>Eerste gesprek</i>                  |  |
| Intake                                 | Wat staat centraal bij jou tijdens het eerste gesprek?   |
| Doelen                                 | Wat wil je bereiken in het eerste gesprek met je cliënt?   |
| Welkomstmodule                         | Maak je gebruik van de output van de welkomstmodule tijdens het eerste gesprek?  |

### **Data-analyse**

Een thematische inhoudsanalyse is gemaakt om de bruikbaarheid en de kwaliteit in kaart te brengen. Dit is op een inductieve manier gedaan volgens de stappen van Baarda, de Goede en



Teunissen (2001). In de eerste stap werden alle interviews doorgelezen en de fragmenten geselecteerd die relevant waren voor dit onderzoek. Alle niet-relevante informatie werd er uitgehaald. Daarna werd de relevante tekst opgesplitst in fragmenten. Vervolgens werden de verschillende fragmenten gelabeld (open coderen). Nadat alle fragmenten een of meerdere labels hadden, werd er een mindmap gemaakt om een goed beeld te krijgen van thema's en overlappende codes. Overlappende (sub)codes zijn samengevoegd tot een definitief coderingschema (axiaal coderen). Zo werd bijvoorbeeld 'te veel' en 'lengte van de welkomstmodule' met betrekking tot de verschillende onderdelen samengevoegd tot 'hoeveelheid'. Het zelfde geldt voor 'te veel gevraagd' en 'belasting voor cliënt'. Dit werd samengevoegd tot 'belasting'. Daarna werd door een onafhankelijke onderzoeker het coderingschema doorgenomen. Nadat het aangepast was, kreeg een onafhankelijke onderzoeker een interview om de intersubjectiviteit (Cohen's kappa) te onderzoeken. De Cohen's kappa is .63. Volgens Landis & Koch (1977) is dit een goede overeenstemming.

In totaal zijn er vier codegroepen ontwikkeld: eHealth algemeen, bruikbaarheid, gebruiksvriendelijkheid, eerste gesprek. Hieronder worden de codes met bijbehorende subcodes beschreven. In tabel 3 is het coderingsschema te vinden.

### **eHealth Algemeen**

*Houding eHealth.* Dit is de houding ten aanzien van eHealth in het algemeen waarbij verschillende positieve en negatieve punten werden genoemd door behandelaren. Begrippen die daarbij horen zijn: ondersteuning op lopende behandeling, actief aan de slag, plaats en tijd onafhankelijk.

*Gebruik eHealth.* Dit gaat over de toepasbaarheid van de welkomstmodule. Hieronder vallen ook de kenmerken van de doelgroep (passend bij problematiek, motivatie en leeftijd) onder.

### **Bruikbaarheid**

Deze code heeft betrekking op de bruikbaarheid van de module. Hieronder vallen de voor- en nadelen die door behandelaren zijn genoemd maar ook de verschillende onderdelen van de module. Begrippen die bij de code *Positieve Aspecten* horen zijn onder andere: ondersteuning, voorinformatie, overzicht en tijdwinst. *Negatieve aspecten* van de welkomstmodule hebben te maken met het onvolledig invullen maar ook de kenmerken van de cliënten die worden genoemd door behandelaren (belasting, intelligentie, motivatie, weerstand, leeftijd en sociaal economische

klasse).

*Bruikbaarheid:* Hieronder valt de mening van behandelaren over de verschillende onderdelen van de welkomstmodule zelf die betrekking hebben op het invullen van cliënten, het KOP-schema, de schijf van 5 en de speerpunten.

### **Gebruiksvriendelijkheid**

Onder deze code werden antwoorden van behandelaren gescoord die betrekking hadden op de duidelijkheid, toegankelijkheid en technische aspecten van de welkomstmodule voor behandelaren en cliënten. Daarnaast werd er een cijfer gegeven met betrekking tot de gebruiksvriendelijkheid. Onder deze code valt ook of behandelaren de welkomstmodule wel of niet aanraden bij cliënten met psychische klachten.

### **Eerste gesprek**

*Gebruik welkomstmodule* deze code heeft betrekking op hoe behandelaren de welkomstmodule gebruiken ter voorbereiding en tijdens het eerste gesprek. Hieronder vallen onder andere de subcodes: voorbereiding, gebruik in behandeling, kapstok.

*Centraal eerste gesprek.* Onder deze code vallen dingen die betrekking hebben op wat de behandelaar centraal stelt in het eerste gesprek. Hierbij valt te denken aan dat de cliënt zich gehoord voelt, kennismaking en de doelen en verwachtingen van een cliënt.

Tabel 3. *Coderingsschema.*

| <b>Code</b>                    | <b>Subcode</b>   |
|--------------------------------|--|
| <b>eHealth algemeen</b>        |  |
| Houding eHealth                | Positieve houding<br>Negatieve houding   |
| Gebruik eHealth                | Toepasbaarheid<br>Doelgroep  |
| <b>Welkomstmodule</b>          |  |
| <b>Bruikbaarheid</b>           |  |
| Positieve aspecten             | Inzicht<br>Aanzetten tot denken<br>Voor informatie<br>Efficiënt/effectief<br>Eigen regie |
| Negatieve aspecten             | Onvolledig<br>Hoeveelheid<br>Moeilijkheid<br>Belasting<br>Doelgroep                      |
| Bruikbaarheid                  | KOP<br>Schijf van 5<br>Speerpunten   |
| <b>Gebruiksvriendelijkheid</b> |  |
| Cijfer                         | Cijfer tussen 1 en 10  |
| Aanraden                       |  |
| Duidelijkheid                  | Doel WM  |

## Eerste gesprek

Gebruik welkomstmodule

Ter voorbereiding

Kapstok

Gebruik in eerste gesprek

Anders

Centraal

Gehoord voelen

Kennismaking

Doel&Verwachtingen

Inzicht

Gezamenlijke besluitvoering

Zelfregie

---

Tijdens de interviews hadden behandelaren de neiging om bepaalde dingen te herhalen. Er is van te voren vast gesteld om dit als een keer mee te nemen per interview. Een behandelaar noemde bijvoorbeeld een aantal keer dat de welkomstmodule veel voorinformatie geeft. Dit werd dan als een keer gescoord. Dit om geen scheve verdeling te krijgen met de rest van de interviews.

## Resultaten

Eerst wordt de ervaring en houding van behandelaren ten aanzien van eHealth in het algemeen besproken. Daarna wordt er ingegaan op de ervaringen van behandelaren van het eHealth startprogramma van Mindfit. Daar worden eerst de positieve en negatieve aspecten van de welkomstmodule besproken, daarna de bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid en als laatste het gebruik en de toepasbaarheid van de welkomstmodule in combinatie het intakegesprek ervan.

### eHealth algemeen

Als er gekeken wordt naar de houding van behandelaren ten aanzien van eHealth in het algemeen komt er uit de interviews naar voren dat de meerderheid ( $n=9$ ) er positief tegenover staat. De andere behandelaar gaf aan weinig gebruik te maken van eHealth modules. eHealth wordt

voornamelijk gebruikt ter ondersteuning en aanvulling op de behandeling. Dit was de meest voorkomende reden ( $n=7$ ). Dit neemt hen werk uit handen. Andere positieve punten die genoemd werden waren onder andere dat het cliënten stimuleert om actief na te denken en dat ze thuis aan de slag kunnen. Verder doet het een beroep op de eigen regie ( $n=6$ ) waarbij de cliënt zelf verantwoordelijkheid neemt over zijn of haar behandeling. Het werkt efficiënt, gestructureerd en bovendien is het tijd- en plaatsonafhankelijk. Een van de participanten zei het volgende over het gebruik van eHealth:

[*“Ik maak er regelmatig gebruik van. Bijvoorbeeld als ik met iemand met cgt bezig ben, dan zet ik zo'n gedachte schema klaar en dan kunnen ze er thuis mee bezig, dat is heel handig...”*]  
(Participant 8).

eHealth is volgens de meerderheid van de behandelaren ( $n=7$ ) niet voor iedereen geschikt. Zo past het volgens vier behandelaren niet bij iedere problematiek. Een participant stelde dat:

[*“Voor mensen waarin de problematiek heel heftig is werkt het niet.”*] (Participant 7).

Daarnaast maken cliënten regelmatig een eHealth module niet af. Dit kan te maken hebben met de motivatie van cliënten ( $n=5$ ), leeftijd ( $n=4$ ) of dat het belang van een eHealth module onduidelijk is ( $n=2$ ). Zo noemde een participant het volgende:

[*“Jongeren gebruiken het vaker, maar haken ook af. Reden is dat het doel niet helder is.”*]  
(Participant 6).

Meningen over de rol van leeftijd lopen uiteen. Zo werd er genoemd dat ouderen over het algemeen het niet invullen maar er is ook weer een groep ouderen die zich wel met digitalisering bezig houdt. Meningen over jongeren lopen zijn ook verschillend. Zo maken een aantal jongeren wel gebruik van eHealth enerzijds en anderzijds zijn er ook jongeren die dit niet willen of weerstand laten zien tegenover eHealth. Twee participanten noemde dat het belang van het gebruik van eHealth voor cliënten soms niet duidelijk is waardoor ze het niet invullen. Een participant zei het volgende over de leeftijd:

[“Aan ouderen is het over het algemeen niet besteed hoewel je nu natuurlijk ook wel een generatie krijgt die wel heel druk is met zijn iPad en het allemaal heel leuk vindt om te doen. Maar er zijn ook mensen die al afhaken bij het idee om de welkomstmodule in te vullen.”] (Participant 3).

Over de werkrelatie van het gebruik van eHealth waren de meningen verdeeld. Zo noemde een aantal participanten dat eHealth een goede relatie bewerkstelligt. Dit komt omdat er meer contact tussen de sessies is, waardoor het contact versterkt wordt. Een participant noemde echter dat het juist de betrokkenheid vermindert.

Samenvatting: De meerderheid van de behandelaren staat positief tegenover het gebruik van eHealth. Het wordt voornamelijk gebruikt ter ondersteuning en aanvulling op een lopende behandeling. Voordelen die genoemd werden zijn: het neemt werk uit handen, het doet een beroep op de eigen regie van de cliënt, het werkt efficiënt, gestructureerd en het is tijd- en plaatsonafhankelijk. Het is echter niet voor iedereen geschikt. Dit is afhankelijk van verschillende factoren van de cliënt.

### **Welkomstmodule**

Als er gekeken wordt naar de bruikbaarheid van de welkomstmodule werden er verschillende positieve en negatieve aspecten van de welkomstmodule in combinatie met het eerste gesprek genoemd. Deze worden hieronder uitgelicht.

#### *Positieve aspecten welkomstmodule met betrekking tot bruikbaarheid*

Alle participanten ( $n=10$ ) gaven aan dat de welkomstmodule cliënten aanzet tot denken over hun eigen problematiek en ook inzicht kan geven daarin. Verder kan de cliënt en de behandelaar zich vast voorbereiden op het gesprek. Alle behandelaren ( $n=10$ ) noemden ook wanneer de welkomstmodule is ingevuld, dat veel voorinformatie geeft wat ze kunnen gebruiken ter voorbereiding van de intake. Daarnaast geeft het een overzicht in de klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl. Dit levert ook tijdwinst op en daardoor kan een gesprek effectiever ( $n=5$ ) gevoerd worden. Een argument dat werd gegeven is dat er meer diepgang in een intakegesprek komt. Een participant verwoordde dit als volgt:

[“Als behandelaar is het ongelooflijk fijn om al wat achtergrondinformatie te hebben over iemand waar je op in kan haken. Dat is gewoon heel prettig omdat je dan veel sneller tot de kern kan komen.”] (Participant 3).

#### *Negatieve aspecten van welkomstmodule met betrekking tot bruikbaarheid*

Volgens alle behandelaren ( $n=10$ ) wordt de welkomstmodule niet volledig ingevuld. Dit wordt meestal beperkt tot het invullen van het KOP-schema. Redenen die vaak werden genoemd zijn dat de welkomstmodule te lang en/of te veel is ( $n=7$ ), te moeilijk is ( $n=8$ ), te veel overlap ( $n=3$ ) en dat het voor een aantal cliënten een belasting is en daardoor te veel gevraagd is ( $n=5$ ).

De helft van de behandelaren ( $n=5$ ) noemden een aantal kenmerken van cliënten die van invloed kunnen zijn bij het onvolledig invullen van de welkomstmodule. Zo werd genoemd dat mensen met een lager intelligentie niveau ( $n=3$ ) het minder goed of onvolledig invullen. Motivatie ( $n=1$ ), weerstand tegen eHealth ( $n=4$ ) en sociaal economische klasse ( $n=1$ ) zijn ook redenen die genoemd werden. Daarnaast noemde een participant dat de taligheid van een cliënt een rol kan spelen.

Leeftijd ( $n=2$ ) speelt ook een rol bij het onvolledig invullen van de welkomstmodule. Beide participanten gaven aan dat jongeren het over het algemeen er meer toe geneigd zijn om het in te vullen. Een participant zei het volgende:

[“Juist de jongere mensen die met relatief eenduidige problemen, die vullen dat vaak ook goed in en dan zie je ook dat daar echt moeite voor is gedaan, wat ze tot nadenken stimuleert...”] (Participant 9).

Het invullen van de online welkomstmodule wordt voornamelijk beperkt tot en met het onderdeel waarbij cliënten zijn of haar klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl in kaart worden gebracht. De overige onderdelen worden veel minder ingevuld. De helft van de behandelaren ( $n=5$ ) gaf aan dat cliënten de formule K=OxP te ingewikkeld vinden en daardoor het niet goed invullen. Naast de formule gaven zeven behandelaren een reactie op het volgende onderdeel van de welkomstmodule, de schijf van 5. Deze schijf van 5 heeft volgens de meerderheid ( $n=6$ ) weinig toevoeging. Vijf van de behandelaren gaven de suggestie om de dit onderdeel uit de welkomstmodule te halen omdat deze niet goed wordt ingevuld en weinig toevoeging heeft. Een participant gaf de volgende verklaring:

[“... schijf van 5 daar kijk ik eigenlijk nooit naar omdat ik het ook geen nuttige informatie vind...”] (Participant 9).

Een andere participant stelde voor om de schijf van vijf samen te voegen met het volgende onderdeel van de welkomstmodule, de speerpunten, aangezien er overlap in deze onderdelen zit. In contrast met het bovenstaande gaf een participant aan juist wel positief te zijn over de welkomstmodule. Deze stelde:

[“Ik vind het heel mooi dat je een cijfer kan geven... Je dwingt iemand om na te denken en te kiezen...”] (participant 4).

### *Gebruiksvriendelijkheid*

Iedere participant werd gevraagd om een cijfer tussen de 1 en 10 te geven met betrekking tot de gebruiksvriendelijkheid van de welkomstmodule. Het gemiddelde cijfer voor de gebruiksvriendelijkheid was een 6.5 waarbij het laagste cijfer een 5.5 was en het hoogste een 8. De meerderheid ( $n=8$ ) gaf aan de welkomstmodule gebruiksvriendelijk te vinden. Een participant vond de welkomstmodule niet gebruiksvriendelijk. Aan een participant is de vraag of de welkomstmodule gebruiksvriendelijk is, niet gesteld. Een participant noemde een aantal positieve punten aan de welkomstmodule en een verbeterpunt:

[“Het is prettig dat je een overzicht van taken hebt. Je kan snel zien wie je nog feedback moet geven en je kan rangschikken op datum. Het enige omslachtige vind ik dat je dus handmatig cliënten moet ontkoppelen en verwijderen uit je caseload.”] (Participant 3).

Van de acht participanten die de welkomstmodule gebruiksvriendelijk vinden geeft de helft ( $n=4$ ) aan deze op dit moment ook aan te raden bij mensen met psychische klachten en een kwart ( $n=2$ ) raadt het op dit moment niet aan. Aan de overige behandelaren ( $n=2$ ) die de welkomstmodule gebruiksvriendelijk vinden is de vraag niet gesteld. Door de participanten die de welkomstmodule gebruiksvriendelijk vinden werd wel genoemd dat de welkomstmodule ter ondersteuning dient en nog verbetering nodig heeft. Een behandelaar gaf aan de welkomstmodule zelden te gebruiken omdat ze het niet gebruiksvriendelijk vindt. Een van behandelaren die de welkomstmodule wel aanraadt stelde het volgende:



[*“Bij de cliënt geeft het inzicht in de klachten en het geeft ons veel voorinformatie... Met aanpassingen raad ik het zeker aan. Dan zou het voor iedereen inzicht kunnen geven”*]  
(Participant 1).

De meerderheid van de behandelaren( $n=7$ ) vond dat het doel van de welkomstmodule niet duidelijk is en dat dit beter geformuleerd kan worden. Zo krijgen cliënten een beter beeld krijgen van wat er van ze verwacht wordt en dat het doel duidelijk is voor het invullen van de welkomstmodule.

[*“Ik denk dat je gewoon een hele duidelijke taal in je intro misschien zou moeten opschrijven. Wat er van je verwacht wordt in een behandeling en wat een psycholoog kan doen voor je en wat niet. En dat je nu werk aan je eigen psychische conditie omdat ik weet dat die ander dat moet doen, zegt zo'n zin mij ook gelijk dat die andere aan de slag moet.”*] (Participant 9).

Samenvatting: Er werden door behandelaren verschillende positieve en negatieve aspecten van de welkomstmodule ten opzichte van de bruikbaarheid genoemd. Het geeft voorinformatie en tijdswinst als de welkomstmodule wordt ingevuld. Daarnaast zet het de cliënt aan tot nadenken. Echter wordt het invullen meestal beperkt tot het KOP-schema. De redenen die werden gegeven lopen uiteen. Zowel factoren van de welkomstmodule als factoren van cliënten kunnen een rol spelen. De gebruiksvriendelijkheid van de welkomstmodule werd gemiddeld beoordeeld met een 6.5. Merendeel van de behandelaren vindt de welkomstmodule gebruiksvriendelijk. De helft van de behandelaren die de welkomstmodule gebruiksvriendelijk vindt, raadt deze ook aan bij mensen met psychische klachten. Echter gaf de meerderheid aan dat het doel van de welkomstmodule beter geformuleerd kan worden.

### **Eerste gesprek**

#### *Gebruik van welkomstmodule in het eerste gesprek*

Als er gekeken wordt naar het gebruik van de welkomstmodule in het eerste gesprek gaven alle behandelaren( $n=10$ ) aan dat de welkomstmodule voorinformatie geeft waardoor het eerste gesprek beter kon worden voorbereid. Acht daarvan gebruiken de welkomstmodule ter voorbereiding op het intakegesprek. Een behandelaar geeft aan de welkomstmodule weinig te gebruiken. De reden daarvoor is dat cliënten het beknopt invullen, weerstand tegen de welkomstmodule hebben en volgens de behandelaar daarom niet als zinvol ervaren.

De meerderheid van de ondervraagden ( $n=8$ ) gaf aan de welkomstmodule voorafgaand aan het gesprek door te lezen. Wanneer zij het lezen verschilt tussen de behandelaren. De meerderheid leest het een aantal dagen van te voren. Daarentegen is er ook een behandelaar die het een aantal minuten voorafgaand aan de intake doorneemt. Zes van de behandelaren gaven aan dat ze ook feedback op de ingevulde welkomstmodule geven. Een participant zei:

[*“Ik geef altijd feedback. Ik bedank ze voor het invullen en het voorbereiden van het gesprek.”*]  
(Participant 8).

De meerderheid van de behandelaren ( $n=6$ ) gaven aan dat de welkomstmodule als kapstok dient ter voorbereiding op of tijdens het intakegesprek. De helft van alle behandelaren ( $n=5$ ) schrijft het KOP-schema uit op papier of het bord tijdens de intake om het zo inzichtelijk te maken voor de cliënt. Een participant gebruikt de welkomstmodule alleen voor eigen administratie en betreft de cliënt er niet bij. De andere behandelaren ( $n=5$ ) gebruiken het KOP-schema uit de welkomstmodule en betrekken de cliënt erbij. Een aantal behandelaren gaf aan het KOP-schema uit te tekenen op het bord of op papier.

[*“Het KOP-schema laat ik ze zien... Soms heb ik het al overgenomen uit vanuit de module en dan zeg ik: dit zijn al de dingen die ik heb staan.”*] (Participant 2).

Daarnaast hadden twee participanten aangegeven niet goed met de welkomstmodule te kunnen werken omdat ze er onvoldoende geschoold in zijn. Dit wordt geïllustreerd door de volgende participant:

[*“Ik heb voor mezelf nog niet een goede werkwijze over hoe ik dan het KOP schema moet gaan bespreken en ook meenemen in behandeling..Tijdens de inwerkprocedure is het wel genoemd en heb ik ook wel gezien hoe mensen dat gebruikten. En op een of andere die heb ik dat toen naast neergelegd...”*](Participant 4).

Als er gekeken wordt naar wat behandelaren centraal stellen tijdens het eerste gesprek zijn er een aantal aspecten die steeds terug komen. Alle ondervraagden ( $n=10$ ) gaven aan dat ze het belangrijk vinden dat de cliënt zich gehoord en begrepen voelt. Daarnaast staat kennismaking ( $n=6$ ) en/of doelen en verwachtingen van de behandeling ( $n=5$ ) centraal tijdens het eerste gesprek. Naast het bespreken van verwachtingen en doelen van cliënten gaf de meerderheid van

de behandelaren aan tot een gezamenlijk besluit ( $n=8$ ) van de behandeling te komen. Ook het vergroten van inzicht ( $n=6$ ) en het stimuleren van eigen regie ( $n=8$ ) zijn aspecten die worden genoemd door behandelaren. Een participant illustreerde het met het volgende voorbeeld:

[ " *Wat zijn belangrijke dingen waar we het vandaag over moeten hebben?*" ] (Participant 3).

Samenvatting: Volgens alle behandelaren geeft de welkomstmodule voorinformatie. Merendeel van de behandelaren gebruikt de welkomstmodule ter voorbereiding op het eerste gesprek en leest dit van te voren door. Wanneer dit gedaan wordt is verschillend per behandelaar. Meer dan de helft geeft ook feedback op de ingevulde welkomstmodule. De meerderheid van de behandelaren gebruikt de welkomstmodule als kapstok ter voorbereiding op of tijdens het intakegesprek. Echter gaven twee behandelaren aan niet goed met de welkomstmodule te kunnen werken omdat ze er onvoldoende geschoold in zijn. Tijdens het intakegesprek vinden alle behandelaren het belangrijk dat de cliënt zich gehoord en begrepen voelt. Andere aspecten die veel genoemd werden zijn: kennismaking, doelen en verwachtingen van de behandeling, gezamenlijke besluitvoering, het vergroten van inzicht en het stimuleren van de eigen regie van de cliënt.

## Discussie

In dit onderzoek is er gekeken hoe behandelaren van Mindfit de bruikbaarheid en de kwaliteit van het eHealth startprogramma in combinatie met het eerste gesprek bij Mindfit ervaren. Deze studie heeft zich enkel gericht op de behandelaren die werkzaam zijn bij Mindfit en ervaring hebben met de blended aanmeldingsprocedure. In totaal zijn er tien semigestructureerde interviews afgenomen.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de meerderheid van de behandelaren positief tegenover het gebruik van eHealth staat. eHealth wordt voornamelijk gebruikt ter ondersteuning en als aanvulling gebruikt op de behandeling. Echter wordt een eHealth module regelmatig niet afgemaakt. Behandelaren gaven hiervoor verschillende redenen.

Behandelaren noemden verschillende positieve en negatieve aspecten met betrekking tot de bruikbaarheid van de welkomstmodule. Positieve aspecten die naar voren kwamen waren dat de welkomstmodule aanzet tot denken over de eigen problematiek van de cliënt. Verder geeft de

welkomstmodule het veel voorinformatie waardoor het eerste gesprek meer diepgang krijgt. Het levert tijdswinst op. Volgens de behandelaren wordt de welkomstmodule niet altijd volledig ingevuld. Zo werden er verklaring gegeven met betrekking tot de welkomstmodule zelf (te lang, te moeilijk, overlap), maar er werden ook een aantal kenmerken van cliënten (zoals leeftijd, motivatie, intelligentie niveau) genoemd.

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat behandelaren de welkomstmodule gebruiksvriendelijk vinden en vier daarvan raden deze module aan bij mensen met psychische klachten. Daarnaast gaf merendeel aan dat het doel van de welkomstmodule niet duidelijk is voor cliënten.

De meeste behandelaren gaven aan de welkomstmodule ter het voorafgaand aan het intakegesprek te lezen en dit als voorbereiding op het intakegesprek te gebruiken. Het dient als kapstop ter voorbereiding op of tijdens het intakegesprek. Twee behandelaren hebben aangegeven niet goed met de welkomstmodule te kunnen werken omdat ze er onvoldoende geschoold in zijn.

Alle ondervraagden gaven aan het belangrijk te vinden dat de cliënt zich gehoord voelt tijdens het intakegesprek. Andere aspecten die veel genoemd werden zijn: kennismaking, doelen en verwachtingen van de behandeling, gezamenlijke besluitvoering, het vergroten van inzicht en het stimuleren van de eigen regie van de cliënt.

### *Discussie*

Allereerst is er gekeken naar de houding van behandelaren ten aanzien van eHealth in het algemeen. Dit wordt door de behandelaren als positief ervaren. eHealth wordt voornamelijk gebruikt ter ondersteuning en aanvulling van de behandeling. Dit komt overeen met de omschrijving van Van Gemert-Pijnen, Peters en Ossebaard (2013) over eHealth waarbij dit als een informatie en communicatie technologie wordt beschouwd om de gezondheidszorg te ondersteunen en of te verbeteren. De behandelaren noemen een aantal voordelen die betrekking hebben op het gebruik van eHealth en die overeenkomen met eerdere onderzoeken (van Gemert-Pijnen, Peters en Ossebaard, 2013; Van der Vaart et al., 2014; Feijt et al., 2018). Het gebruik maken van eHealth neemt namelijk werk uit handen, het werkt efficiënt en gestructureerd. Daarnaast is het tijd- en plaats onafhankelijk. Naast deze voordelen komen ook een aantal nadelen naar voren. Uit dit onderzoek blijkt dat eHealth niet geschikt is voor iedere cliënt en dat het passend moet zijn bij de problematiek. Dit sluit aan bij de bevindingen van Van der Vaart et

al. (2014).

Uit het huidige onderzoek komt ook naar voren dat cliënten de eHealth modules vaak niet af maken. De adherentie is niet hoog. Verklaringen die behandelaars gaven waren de leeftijd, motivatie en dat het belang van de module onduidelijk is. Opleidingsniveau en internetervaring kunnen een klein deel van de adherentie verklaren (Bohlmeijer, et al., 2016). Onderzoek van Kelders et al. (2012) laat zien dat 55% van de variantie in adherentie verklaard kan worden door kenmerken van een interventie zelf.

Ten tweede werd er onderzocht de ervaringen van behandelaars met de bruikbaarheid van de welkomstmodule. Uit de resultaten komt naar voren dat de meerderheid van de behandelaars de welkomstmodule gebruikt ter voorbereiding op het intakegesprek. Dit geeft volgens hen veel informatie waardoor er meer diepgang in het eerste gesprek wordt bereikt. Het werkt dus efficiënt. Ook noemen zij dat het vooraf invullen van de welkomstmodule een beroep doet op de eigen regie van de cliënt. Dit komt overeen met de bevindingen van Van der Vaart et al. (2014) die gevonden hebben dat blended behandelen een toename in zelf regie bij cliënten kan bewerkstelligen. Het zelfde zeggen Postel, Witting en Van Gemert-Pijnen (2013) dat de inzet van eHealth kan bijdragen aan het verhogen van de efficiëntie en het ondersteunen van de behoefte van cliënten aan zelfregie. Een verklaring hiervoor is te vinden van de dimensies van psychologisch welbevinden waarbij iemand in staat is om zijn of haar eigen keuzes te maken. Een noodzakelijke voorwaarde is dat behandelaars hun eigen rol veranderen. De werkrelatie wordt immers anders.

Het probleem is echter dat de meerderheid van de cliëntenpopulatie de welkomstmodule niet volledig invult. Het blijft meestal beperkt tot het invullen van het KOP-schema. Hierdoor is de bruikbaarheid lager dan gewenst. De adherentie is daardoor ook laag. Uit dit onderzoek komt een aantal oorzaken naar voren. Ten eerste kan het aan de welkomstmodule zelf liggen. De meerderheid geeft aan dat er overlap in de verschillende onderdelen zit, dat het te lang is en dat het voor de cliënt te moeilijk is. Het doel voor cliënten is ook niet altijd duidelijk bij het invullen. Zoals wat eerder genoemd is, kan een groot deel van adherentie verklaard worden door de interventie zelf (Kelders et al., 2012). Het tweede wat uit dit onderzoek naar voren komt is dat bij het niet volledig invullen ook kenmerken van cliënten een rol spelen zoals motivatie, intelligentieniveau, weerstand tegen eHealth en leeftijd. Deze factoren komen overeen met de bevindingen van Feijt et al. (2018). Factoren die behandelaars in het zojuist genoemde

onderzoek noemden waren ook de complexiteit van de stoornis, de leeftijd, intelligentieniveau en het niveau van computer vaardigheden van cliënten. Postel, Witting en Van Gemert-Pijnen (2013) geven ook aan dat een vorm van blended behandelen niet voor iedere cliënt geschikt is. Het lijkt minder geschikt voor cliënten die minder talig zijn. Uit onderzoek van Kelders (2012) komt echter wel naar voren dat er geen universele kenmerken van cliënten bestaan die voor iedere interventie voorspellen hoe hoog de adherentie zal zijn. Ten derde spelen kenmerken van behandelaren een rol spelen of ze al dan wel of niet gebruik maken van eHealth (Feijt et al., 2018). De voornaamste factoren die invloed hebben op het al dan niet gebruiken maken van eHealth zijn de computervaardigheden, de leeftijd van de behandelaar en de affiniteit met technologie. Als er gekeken wordt naar het laatst genoemde kunnen behandelaren in verschillende niveaus van het LAHM model van Feijt et al. (2018) ingedeeld worden. Mindfit profileert zichzelf als innovatief en eMinded. Dus gezien het LAHM model op niveau 4 (active use) en niveau 5 (innovative use). Echter de deelnemers aan dit onderzoek zitten in niveau 2 (minimal use) en niveau 3 (passive use). In niveau 2 zien behandelaren een aantal voordelen van eHealth maar niet goed weten hoe ze dit toe kunnen passen in hun dagelijkse werkzaamheden. De grootste groep van de behandelaren zit in niveau 3 waarbij ze eHealth als hulpmiddel zien in hun dagelijkse routines. Of in termen van Rogers (2003): de deelnemers zitten in dit onderzoek niet in de categorieën ‘Innovators’ en ‘early adopters’ maar in de ‘early and late majority’.

Als laatste is er gekeken hoe behandelaren de welkomstmodule in het eerste gesprek gebruiken. Merendeel geeft aan de welkomstmodule als kapstok en als voorbereiding op het intakegesprek te gebruiken. Wanneer ze het lezen en hoe ze het voorbereiden verschilt. De meerderheid geeft wel feedback indien het ingevuld is. Het geven van feedback blijkt een factor te zijn om het gebruik te stimuleren (Van Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013). Niet alle behandelaren gebruiken op dezelfde manier de welkomstmodule in het eerste gesprek. Een aantal betreft de cliënt er direct bij, anderen doen dit niet. Een reden daarvoor is dat behandelaren niet weten hoe ze het toe kunnen passen in het gesprek. Daardoor is na scholing nodig. Een aantal dezelfde aspecten komt terug bij wat centraal stellen in het eerste gesprek. Zij vinden dat het belangrijk is dat de cliënt zich gehoord en begrepen voelt. Ook kennismaking en verwachtingen staan centraal tijdens dit gesprek.

Tevens gaf de meerderheid van de behandelaren aan het inzicht te vergroten en het stimuleren van de eigen regie van de cliënt in het eerste gesprek. Dit past binnen het SMH-

Model van Kleijn, Westerhof en Bohlmeijer (2017) waarin beide factoren als positieve aspecten worden beschouwd van geestelijke gezondheid.

Het toevoegen van technologie aan een face-to-face behandeling is niet direct een blended behandeling. Noodzakelijk is dat het hele zorgproces veranderd in de zin dat cliënt en hulpverlener een andere positie innemen in de digitale wereld dan in de face-to-face wereld. De eerste krijgt meer een centrale rol en meer regie over zijn of haar eigen zorgproces. Kortom, heel belangrijk is, hoe professionals blended behandeling toepassen in het dagelijkse zorgproces en zij daarbij ondersteund worden en gestimuleerd worden vanuit hun organisatie (Postel, Witting en Van Gemert-Pijnen, 2013).

#### *Beperkingen van het onderzoek*

Deze studie heeft een aantal beperkingen en er zijn verschillende aanbevelingen voor vervolg onderzoek. Dit onderzoek heeft een exploratief karakter waarbij de eerste tien behandelaren die mee wilde werken aan het onderzoek gebruikt zijn. Dit is dus gedaan aan de hand van een convenience sampling methode. Hierdoor kan er niet vast gesteld worden in welke mate de participanten representatief waren voor de hele populatie behandelaren binnen Mindfit.

De interviews zijn ook eerder afgenomen dan de literatuurstudie. Het voordeel is dat de interviewer niet met vooringenomen standpunten het interview inging. Een beperking hiervan is dat een aantal bevindingen uit de literatuur niet getoetst konden worden. Uit de literatuur komt bijvoorbeeld naar voren dat leeftijd een rol zou kunnen spelen bij het gebruik van eHealth (Feijt et al., 2018). Deze demografische gegevens zijn niet uitgevraagd. Een andere beperking is dat iedere participant niet dezelfde vragen hebben gekregen. Bij een aantal behandelaren is onder andere er niet gevraagd of ze het aanraden bij mensen met psychische klachten.

Een andere beperking is dat het begrip 'kwaliteit' onvoldoende gedefinieerd was. Tijdens het coderingsproces werden herhaaldelijk de begrippen kwaliteit en bruikbaarheid door elkaar gehaald. Daardoor was kwaliteit geen eenduidig begrip waardoor het moeilijk te coderen was. Omdat het onderzoek zich meer richtte op de ervaringen, is er veelal tijdens het coderen gekozen voor bruikbaarheid. Tenzij het duidelijk was dat het echt te maken had met de kwaliteit van de module. De intersubjectiviteit (Cohen's kappa) was .63. Volgens Landis & Koch (1977) is dit een goede overeenstemming.

### *Aanbevelingen*

Voor vervolg onderzoek naar de ervaringen van behandelaren is het interessant om de uitspraken die behandelaren doen over cliënten te onderzoeken. Hetzelfde onderzoek kan uitgevoerd worden bij cliënten waar er dus gekeken wordt hoe zij deze blended aanmeldprocedure ervaren. Daarna kunnen de uitkomsten van beide onderzoeken met elkaar vergeleken worden om de aanmeldprocedure te verbeteren.

Om de ervaringen van zowel cliënten als behandelaren te onderzoeken kan er ook een ‘cognitive walkthrough’ uitgevoerd worden. Het doel hiervan is om problemen in de bruikbaarheid op te sporen om zo de welkomstmodule te verbeteren.

Daarnaast heeft de welkomstmodule aandacht nodig. De behandelaren gaven namelijk aan dat de welkomstmodule te lang is en dat er veel overlap in zit. Het is van belang om kritisch naar de welkomstmodule te kijken. Er werd namelijk aangegeven dat de welkomstmodule niet altijd volledig wordt ingevuld. Dit zou nader onderzocht moeten worden om dit te kwantificeren.

Tevens gebruiken de behandelaren niet op dezelfde manier de welkomstmodule. Om eenheid in het gebruik van de welkomstmodule te krijgen wordt er aanbevolen om bijscholing te geven over de werkwijze binnen Mindfit.



## Referenties

- Ariens, L. F., Schussler-Raymakers, F. M., Frima, C., Flinterman, A., Hamminga, E., Arents, B. W., Bruijnzeel-Koomen, C. A., de Bruin-Weller, M. S., van Os-Medendorp, H. (2017). Barriers and Facilitators to eHealth Use in Daily Practice: Perspectives of Patients and Professionals in Dermatology. *Journal of medical Internet research*, 19 (9). DOI:10.2196/jmir.7512.
- Bardaa, D. B., de Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2001). *Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten, Nederland: Wolters- Noordhoff bv.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (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. DOI:10.1080/15228830802094429.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC, Public Health*, 13 (119). DOI: 10.1186/1471-2458-13-119.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Westerhof, G. J., Walburg, J. A. (2016). *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., (2017). Positive clinical interventions: Why are they important and how do they work? *Papeles del Psicólogo*. 38 (1), 34-41. DOI: 10.23923/pap.psicol2017.2819.
- CBS. (2018). Internet; Toegang, gebruik en faciliteiten. Verkregen op 3-11-2018 via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83429NED/table?dl=538C>.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience. *Emotion*, 9 (3), 361–368. DOI:[10.1037/a0015952](https://doi.org/10.1037/a0015952).
- Granja, C., Janssen, W., & Johansen, M. A. (2018). Factors Determining the Success and Failure of eHealth Interventions: Systematic Review of the Literature. *Journal of medical Internet research*, 20 (5), DOI:10.2196/10235.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49 (3), 182-185.

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 3, 1-43.
- Feijt, M. A., de Kort, Y. A., Bongers, I. M., & IJsselsteijn, W. A. (2018). Perceived Drivers and Barriers to the Adoption of eMental Health by Psychologists: The Construction of the Levels of Adoption of eMental Health Model. *Journal of medical Internet research*, 20 (4), DOI:10.2196/jmir.9485.
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology: Journal of Division 1, of the American Psychological Association*, 2 (3), 300–319. DOI:10.1037/1089-2680.2.3.300.
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *The American Psychologist*, 56 (3), 218–226.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (2), 365–376.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & Emotion*, 19 (3), 313–332. DOI: 10.1080/02699930441000238.
- Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2012). Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of medical internet research*, 14 (6), DOI:10.2196/jmir.2104.
- Kelders, S. M., Bohlmeijer, E. T., Pots, W. T. M., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2015). Comparing human and automated support for depression: Fractional factorial randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 72-80.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3),

539–548.

- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum short form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*, 99–110.  
DOI:10.1002/jclp.20741.
- Lamers, S.M.A., Bolier, L., Westerhof, G.J., Smit, F., & Bohlmeijer, E.T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 35*, 538 – 547.
- Landis J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33* (1), 159–74.
- Postel, M., Witting, M., & Van Gemert-Pijnen, L. E. W. C. (2013). Blended behandelings in de geestelijke gezondheidszorg. *Directieve therapie, 33*, 210-221.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32* (4), 329-342.  
DOI: 10.1016/j.cpr.2012.02.004.
- Rijnders, P & Heene, E. (2015) *Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de Basis GGZ*. Amsterdam: Boom.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry, 9*, 1-28.
- Sarasohn-Kahn, J. (2012). The online couch: Mental health care on the Web. *California HealthCare Foundation*.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2011). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.
- Sin, N.L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal Clinical Psychology, 65*, 467–487.

- Van Beugen, S., Middendorp, H., Van der Vaart, R., Ferwerda, M., & Evers, A. W. M. (2015). eHealth cognitieve gedragstherapie voor patiënten met chronische somatische aandoeningen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, *93* (2), 68-76.
- Van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, L. J. W. C. (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*, 355. DOI:10.1186/s12888-014-0355-z.
- Van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Peters, O., & Ossebaard, H. C. (2013). *Improving eHealth*. Den Haag: Eleven International Publishing.
- Waugh, C. E., & Fredrickson, B. L. (2006). Nice to know you: Positive emotions, self-other overlap, and complex understanding in the formation of a new relationship. *The journal of positive psychology*, *1* (2), 93-106.
- Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., & van Gennip, L. (2017). *Kies bewust voor eHealth*. Verkregen via: [https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/03/1\\_eHealth-monitor-2017.pdf](https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/03/1_eHealth-monitor-2017.pdf).
- Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, J. E. W. C. (2016). Mixing Online and Face-to-Face Therapy: How to Benefit From Blended Care in Mental Health Care. *JMIR Mental Health*, *3*(1), DOI: 10.2196/mental.4534.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2009). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, *17*, 110–119. DOI:10.1007/s10804-009-9082-y.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: WHO.