

*Onderzoek naar het gebruik van e-healthmodules in de vorm van  
blended behandelen binnen de ambulante GGZ.*

*Annet Niestijl-Tinge*

*S5492653*

*Masteropleiding Orthopedagogiek*

*Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen*

*Rijksuniversiteit Groningen*

*Aantal woorden: 10662*

*(exclusief inhoudsopgave, literatuurlijst en bijlagen)*

*Inleverdatum: 29-09-2024*

*Masterthesis Orthopedagogiek - PAMA 5166.2023-2024.1*

*Eerste begeleider: Dr. J. Knot-Dickscheit*

*Tweede beoordelaar: Dr. E. Kupers*

## Samenvatting

E-mental health heeft zich afgelopen jaren snel ontwikkeld, waaronder ook het aanbod van e-healthmodules binnen de GGZ. Online behandelen biedt verschillende voordelen, zoals: grotere toegankelijkheid, flexibele toepassing in de praktijk en het vergroten van de autonomie van de cliënt. Vanwege deze voordelen wordt gedacht dat het inzetten van e-healthmodules binnen reguliere behandelingen mogelijkheden biedt om de effectiviteit van de behandeling te vergroten. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de werkzame factoren binnen deze vorm van blended behandelen. Het doel van dit onderzoek is: zicht krijgen op hoe e-healthmodules binnen Instelling X worden ingezet en welke werkzame factoren worden ervaren. Het betreft een mixed-methods-onderzoeksdesign waarin de gegevens van 63 behandelaren zijn gebruikt over welke e-healthmodules zij gedurende een periode van twee jaar hebben ingezet. Hiervan hebben 32 behandelaren een aanvullende vragenlijst ingevuld en daarvan zijn acht behandelaren bevraagd in een semigestructureerd interview. Door middel van beschrijvende statistiek en thematische analyse zijn de resultaten gepresenteerd. Dit onderzoek toont aan dat de inzet van e-healthmodules per behandelaar binnen Instelling X sterk varieert (1-56 e-healthmodules). Behandelaren die e-healthmodules inzetten zijn hier over het algemeen tevreden over (gemiddeld 5,4 op een schaal van 1-7). Er worden meerdere werkzame factoren ervaren bij deze vorm van blended behandelen, gericht op de volgende thema's: gebruiksvriendelijkheid, opbouw van de module, zelfstandigheid en eigen regie, vaardigheden generaliseren en monitoren. Aanbevolen wordt aandacht te hebben voor de implementatie van het blended behandelen en kennis over de werkzame factoren onder behandelaren uit te breiden.

## Abstract

E-mental health has developed rapidly in recent years, including the provision of e-health modules within mental health care. Online treatment offers several advantages, such as: greater accessibility, flexible application in practice and the increase of client autonomy. Because of these benefits it is thought that the use of e-health modules within regular treatments offers opportunities to increase treatment effectiveness. However, little research has yet been done into the effective factors within blended treatment. The purpose of this study is to gain insight into how e-health modules are deployed within Institution X and which effective factors are experienced. This is a mixed methods design in which data from 63 practitioners about which e-health modules they have deployed over a two-year period have been used. Of these, 32 practitioners have completed a supplementary questionnaire and of these, eight practitioners were surveyed in a semi-structured interview. Through descriptive statistics and thematic analysis, the results are presented. This study shows that the use of e-health modules per practitioner varies greatly within Institution X (1-56 e-health modules). Practitioners who use e-health modules are generally satisfied with this (average 5.4 on a scale of 1-7). Several effective factors are experienced in this form of blended treatment, focusing on the following themes: user-friendliness, module structure, independence and self-direction, generalizing skills and monitoring. It is recommended that attention is paid to the implementation of blended treatment and expand knowledge of the active factors among practitioners.

## Inhoudsopgave

Samenvatting .....	2
Abstract.....	3
Inhoudsopgave.....	4
Inleiding en theoretische verkenning.....	5
Methode .....	8
Setting en onderzoeksdesign .....	8
Onderzoekspopulatie en steekproef.....	9
Procedure .....	12
Analysemethode .....	13
Resultaten .....	14
Conclusie en discussie .....	28
Referenties .....	33
Bijlage 1: Respondenten vragenlijst en interview .....	40
Bijlage 2: Informatiebrief .....	42
Bijlage 3: Toestemmingsformulier .....	44
Bijlage 4: Vragenlijst.....	46
Bijlage 5: Interviewleidraad .....	47
Bijlage 6: Modules.....	54
Bijlage 7: Categorieën .....	57
Bijlage 8: Codeboom .....	60

## Inleiding en theoretische verkenning

E-mental health is het gebruikmaken van de mogelijkheden van technologie om mensen met psychische klachten te behandelen en te begeleiden om zo hun mentale gezondheid te verbeteren (Christensen, et al., 2002). Deze mogelijkheden zijn eindeloos. Beeldbellen, chatten, ondersteunende apps, virtual reality en online (zelf)behandelingen door middel van e-healthmodules zijn slechts enkele van de vele toepassingsmogelijkheden (Van Daele et al., 2021; Waringa & Ribbers, 2018). Vanwege de technologische ontwikkelingen is het gebruikmaken van e-mental health als onderdeel van behandeling binnen de GGZ steeds vanzelfsprekender geworden. De coronapandemie, toen fysieke afspraken slechts beperkt mogelijk waren, heeft deze ontwikkeling van blended behandelen versterkt (Van Daele et al., 2022; Van der Vaart et al., 2022).

Het gebruik van e-healthmodules is de afgelopen jaren sterk toegenomen (Van der Vaart et al., 2022a). In de beginjaren van e-mental health werden e-healthmodules aangeboden als volledige online interventies zonder begeleiding (Romijn et al., 2019; Simblett et al., 2017). Later volgden online interventies met online begeleiding (Aardoom et al., 2017; Doornbos et al., 2023; Olthuis et al., 2016), waarbij de online feedback van een therapeut cliënten motiveert om de stappen binnen de module te volgen en resultaten te boeken (Baumeister et al., 2014). Ondanks deze digitale begeleiding is de drop out hoog. Veel cliënten maken een online module niet af (Karekla et al., 2014). Desalniettemin wordt begeleide online behandeling als een goed alternatief gezien wanneer face-to-face behandeling niet mogelijk is (Maglia, 2021; Olthuis et al., 2016). Tegelijkertijd met de ontwikkeling van deze online begeleiding, is ook de inzet van blended behandelen toegenomen (Van Daele en Van Assche, 2019). Er bestaan vele e-healthplatforms die e-healthmodules aanbieden die zowel volledig als gedeeltelijk kunnen worden ingezet als onderdeel van een reguliere face-to-face behandeling (Waringa & Ribbers, 2018).

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar deze en andere vormen van blended behandelen. Volledige online interventies zijn vaker onderzocht en laten bij verschillende doelgroepen en in verschillende vormen positieve resultaten zien (Calbring et al., 2018; Romijn et al., 2021; Simblett et al., 2017; Van der Vaart et al., 2022;). Vanwege de grote verscheidenheid aan vormen van blended interventies en mogelijke verhoudingen van online en face-to-face contacten, zijn blended behandelingen moeilijker te onderzoeken. (Erbe et al., 2017). Bij de gevonden onderzoeken wordt veelal een vergelijking gemaakt met een wachtlijstgroep of andere controlegroep, zoals care-as-usual en niet met een vergelijkbare face-

to-face behandeling (Carlbring, et al., 2018; Erbe et al., 2017). De meeste van de gevonden onderzoeken laten zien dat blended behandelen even effectief is als face-to-face behandelen (Andersson et al., 2019; Bruinsma et al., 2016; Cooper et al., 2022). Al zijn er enkele onderzoeken bij depressie en angst die aantonen dat de aangeboden blended behandeling effectiever is dan een reguliere behandeling (Broglia et al., 2019; Sethi et al., 2010).

Online behandelen biedt zowel de cliënt als de therapeut voordelen. Hierdoor wordt gedacht dat het inzetten van e-healthmodules binnen reguliere behandelingen mogelijkheden biedt om de effectiviteit van de behandeling te vergroten (Niestijl, 2024; Waringa & Ribbers, 2018; Wentzel et al., 2016). Zo zorgt het inzetten van een e-healthmodule voor grotere toegankelijkheid. Een e-healthmodule is immers via smartphone altijd binnen handbereik. Het kunnen inzetten op een plek en tijdstip die voor de cliënt handig is, wordt als werkzame factor gezien (Niestijl, 2024; Postel et al, 2013; Waringa & Ribbers, 2018;). Een ander bijkomend voordeel is dat de toepassing in de praktijk door het inzetten van online interventies makkelijker en flexibeler wordt. De oefeningen en (registratie-)opdrachten in een e-healthmodule zijn een werkzame factor, aangezien cliënten door deze real-time registratie het geleerde makkelijker in de alledaagse praktijk leren inzetten (Postel et al., 2013; Ruwaard et al., 2007). De inzet van (gedeeltelijk) online behandelen draagt bij aan de eigen regie en zelfstandigheid van de cliënt. Het hierdoor ervaren van meer autonomie is een andere werkzame factor, aangezien cliënten zelf kunnen beslissen waar en wanneer zij een e-healthmodule inzetten (De Jong et al., 2014; Niestijl, 2024; Ruwaard, 2007; Waringa & Ribbers, 2018). Het efficiënter kunnen werken door gebruik te maken van online interventies wordt ook als belangrijk voordeel en werkzame factor genoemd. Zo is binnen de eerstelijnszorg onderzocht dat een kwart van de face-to-face afspraken vervangen kan worden door online contact, waardoor reistijd en reiskosten worden bespaard (Ruwaard et al., 2007; Stil, et al., 2016; Waringa & Ribbers, 2018). Ook kan de inzet van een e-healthmodule de therapeut (voorbereidings)tijd besparen (Erbe, 2017). Daarnaast kan, met het toevoegen van online interventies, de inhoud van de afspraken samen met de frequentie beter afgestemd worden op de behoefte van de cliënt en kan de behandelaar de cliënt tussen afspraken door online coachen (Erbe, 2017; Wentzel et al., 2016).

Met deze voordelen en werkzame factoren van online behandelen, aangevuld met het persoonlijke contact van face-to-face behandelen, lijkt blended behandelen te kunnen profiteren van de voordelen van beide behandelvormen (Niestijl, 2024; Waringa & Ribbers, 2018; Wentzel et al., 2016). Blended behandelen zou zonder verlies van effectiviteit de behandelduur kunnen verkorten, waardoor het potentieel kostenbesparend is (Romijn et al., 2021; Stil et al., 2016; Van Daele & Van Assche, 2019). Echter ondanks de steeds grotere vanzelfsprekendheid

van blended behandelen, de positieve effecten en voordelen, blijft het gebruik van e-healthmodules binnen reguliere behandelingen achter bij de digitale mogelijkheden (Mol et al., 2016; Niestijl, 2024; Van der Vaart et al., 2022).

De redenen die behandelaren hiervoor aangeven zijn: het gebrek aan vertrouwen, het gebrek aan vaardigheden en het gebrek aan tijd (Niestijl, 2024; Van der Vaart et al., 2022). Behandelaren geven aan nog onvoldoende vertrouwen te hebben in de werkzaamheid van (gedeeltelijke) online behandelingen, omdat reguliere interventies meer onderzocht zijn dan de online en blended alternatieven (Romijn et al., 2021; Seiferth et al., 2023; Van Daele & Van Assche, 2019; Van der Vaart et al., 2022). Daarnaast geven behandelaren in onderzoek aan zich nog onvoldoende vaardig te voelen in het toepassen van e-mental health, omdat zij hierin nog onvoldoende zijn getraind (Seiferth et al., 2023). Een andere reden voor de nog beperkte inzet van e-healthmodules is het gebrek aan tijd die behandelaren mede door een grote werkdruk ervaren (Van der Vaart et al., 2022). Zo zijn er nog weinig richtlijnen hoe deze behandelingen vorm te geven, waardoor implementatie tijd kost. Vanwege deze tijdsinvestering lijkt het eerdergenoemde mogelijke kostenbesparende effect nog niet van toepassing (Van der Vaart et al., 2022).

In deze tijd, waarbij technologische ontwikkelingen zeer snel gaan en de inzet nog achterblijft, is kennis over de werkzame factoren van blended behandelen van maatschappelijk en wetenschappelijk belang (Simblett et al., 2017). Door beter te weten wat de werkzame factoren zijn van blended behandelingen, kunnen behandelaren een meer weloverwogen keuze maken in het wel of niet, gedeeltelijk of volledig toevoegen van een e-healthmodule aan de reguliere behandeling. De verwachting is dat deze kennis de motivatie verhoogt en de inzet van blended behandelingen kan vergroten (Simblett et al., 2017). Wanneer de behandelaar zelf vertrouwen heeft in een specifieke behandeling en dit uitstraalt naar de cliënt, wordt de kans op een succesvolle behandeling vergroot (Wampold, 2015). Daarnaast kan met kennis over werkzame factoren de cliënt betere uitleg krijgen over de reden achter de inzet van de blended behandeling en wat het de cliënt kan opleveren. Dit draagt bij aan het creëren van een realistische verwachting bij de cliënt. Realistische verwachtingen zijn belangrijk, aangezien een te lage verwachting de motivatie van de cliënt tempert, terwijl een te hoge verwachting van de behandeling kan leiden tot tegenvallende resultaten. Beide uitersten kunnen leiden tot extra uitval en lagere effecten (Gaitan-Sierra & Hyland, 2015).

Zoals eerder aangegeven is het aantal onderzoeken naar werkzame factoren bij zowel online, als blended behandelen beperkt (Stil, et al., 2016; Waringa & Ribbers, 2018). Ook is er weinig zicht op hoe blended behandelingen, waarbij gebruik wordt gemaakt van e-

healthmodules, worden ingezet (Van Daele & Van Assche, 2019). Inzicht in de inzet van blended behandelen kan helpen in het verbeteren van implementatiebeleid door beter te weten hoe e-healthmodules nu worden gebruikt en hoe dit wordt gewaardeerd (Titzler, et al., 2018). Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen hoe e-healthmodules binnen reguliere face-to-facebehandelingen ingezet worden bij een GGZ-organisatie in Noord-Nederland (Instelling X) en het meer kennis krijgen over de werkzame factoren bij deze vorm van blended behandelen. De onderzoeksvragen van onderhavig onderzoek luiden daarmee als volgt:

1. Hoe worden e-healthmodules in de vorm van blended behandelingen binnen Instelling X ingezet?
2. Welke werkzame factoren ervaren behandelaren van Instelling X bij de inzet van e-healthmodules?

Aangezien de eerste onderzoeksvraag exploratief van aard is, zullen hier geen hypothesen over geformuleerd worden. Bij de tweede onderzoeksvraag wordt verwacht dat de in de literatuur genoemde en hierboven beschreven voordelen en werkzame factoren, zoals de toegankelijkheid van online modules via een app op de mobiele telefoon, het vergemakkelijken van de inzet in de praktijk door real-time registratieopdrachten en het ervaren van autonomie door de cliënt ook in onderhavig onderzoek naar voren komen.

## Methodie

### **Setting en onderzoeksdesign**

Het onderzoek heeft zich gericht op Instelling X. Dit is een GGZ-organisatie in Noord-Nederland die onderzoek en behandeling biedt aan kinderen, jongeren, volwassenen en hun ouders die in het dagelijks leven zijn vastgelopen (Instelling X, 2024). Instelling X maakt gebruik van e-healthmodules van het e-healthplatform Minddistrict. Deze modules zijn gericht op onderwerpen zoals: angst, depressie, Autisme, ontspanning, acceptatie en zelfbeeld (Minddistrict, z.d.). Via dit e-healthplatform krijgt de cliënt toegang tot een online werkomgeving waar e-healthmodules klaargezet kunnen worden door de behandelaar en waar de cliënt ook zelf modules kan activeren (Stil, 2016; Minddistrict, z.d.).

Voor dit onderzoek naar de werkzame factoren bij het inzetten van e-healthmodules is gebruik gemaakt van een mixed-methods design, om extra informatie via zowel kwantitatieve als kwalitatieve data te verkrijgen en via kwalitatieve onderzoeksmethoden de kwantitatieve data beter te kunnen begrijpen (Mertens, 2023). Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen



is allereerst, in een verkennend onderzoek naar het gebruik van e-healthmodules door behandelaren van instelling X, data over dit gebruik verkregen via Minddistrict en is onder de behandelaren een vragenlijst ingezet. Dit kwantitatieve onderzoek is gecombineerd met een kwalitatief onderzoek naar de werkzame factoren bij blended behandelen. Hiervoor zijn in mei en juni 2024 behandelaren in een semigestructureerd interview (Flick, 2022) gevraagd naar hun ervaringen bij het inzetten van e-healthmodules en welke werkzame factoren zij ervaren bij deze vorm van blended behandelen.

Er is gekozen voor een semigestructureerd interview, zodat de vragen vooraf opgesteld konden worden op basis van de gevonden informatie uit de literatuur en vanuit de gegenereerde data. Een combinatie van open en gesloten vragen bij het semigestructureerde interview heeft ervoor gezorgd dat er sturing aan het gesprek kon worden gegeven en bood de mogelijkheid om bij onduidelijkheid door te vragen (Flick, 2022). Zowel de vragenlijsten als het semigestructureerde interview zijn speciaal voor dit onderzoek door de GGZ-organisatie en de onderzoeker ontwikkeld.

### **Onderzoekspopulatie en steekproef**

De doelpopulatie voor dit onderzoek zijn behandelaren binnen de GGZ die binnen hun reguliere behandeling e-healthmodules inzetten. De onderzoekspopulatie zijn behandelaren van Instelling X die gebruik hebben gemaakt van e-healthmodules van Minddistrict. De gehanteerde inclusiecriteria waren de behandelaren die vanaf de start van Minddistrict binnen Instelling X (30 juni 2021) tot het moment van start onderzoek (1 juli 2023), tenminste een e-healthmodule hebben ingezet. De behandelaren die bij de start van het onderzoek niet meer werkzaam waren bij de organisatie of die door ziekte of verlof niet in de gelegenheid waren aan het onderzoek mee te doen, zijn uit deze dataset gehaald, waarna er 63 behandelaren overbleven.

Allereerst zijn gegevens van Minddistrict, wat betreft het aantal ingezette e-healthmodules (n=90) en specifiek welke modules zijn ingezet door de geïncludeerde behandelaren (n=63), gebruikt voor dit onderzoek. Vervolgens zijn deze behandelaren gevraagd om voor het eerste deel van het onderzoek een vragenlijst over de inzet en de tevredenheid van de gebruikte e-healthmodules in te vullen. Hierop hebben 32 behandelaren een ingevulde vragenlijst geretourneerd (n=32), waarvan 21 behandelaren hebben aangegeven ook bereid te zijn mee te werken aan het tweede deel van het onderzoek: een semigestructureerd interview. Van deze 21 behandelaren zijn er acht, die in de genoemde periode het meest gebruik hebben gemaakt van e-healthmodules, geselecteerd voor dit interview (n=8). Er is voor deze

selectiecriteria gekozen vanwege de verwachting dat de behandelaren die het vaakst gebruik maken van een e-healthmodule, de meeste informatie kunnen delen over werkzame factoren bij deze vorm van blended behandelen. Rekening houdend met de beperkte tijdsinvestering van de onderzoeker en met het brede onderwerp is gekozen voor acht interviews om zo de kans op het bereiken van theoretische saturatie te vergroten. Toen van de acht benaderde behandelaren, er twee vanwege persoonlijke omstandigheden zijn afgevallen, zijn de twee eerstvolgende behandelaren met het daarna grootste e-healthgebruik, benaderd en toegevoegd aan de selectie (zie Bijlage 1).

Van de 63 deelnemers zijn er 31 behandelaren die niet hebben gereageerd op het verzoek de vragenlijst in te vullen. Van deze behandelaren is de uit Minddistrict gegenereerde data over de ingezette modules anoniem gebruikt voor dit onderzoek. Dit was mogelijk omdat behandelaren door modules van Minddistrict te gebruiken akkoord gaan met de algemene voorwaarden van het e-healthplatform en het eigen beleid van de GGZ-organisatie. Het genereren van data voor onderzoeksdoeleinden is hier een onderdeel van. De persoonsgegevens van de betreffende behandelaren zijn uit het, door de onderzoeker aangemaakte, koppelbestand verwijderd. Hierdoor kon het volledig anoniem voor het onderzoek worden gebruikt en werd een zo groot mogelijke steekproef van 63 behandelaren bereikt.

Een van de 32 respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld, heeft op het toestemmingsformulier aangegeven niet akkoord te zijn met het gebruikmaken van diens persoonsgegevens. Ook van deze respondent is de data gebruikt, echter nadat de persoonsgegevens uit het koppelbestand zijn verwijderd. De overige 31 respondenten zijn akkoord gegaan met het verwerken van de persoonsgegevens. Vanuit het werkveld van de onderzoeker is er sprake van een zakelijke relatie met drie respondenten, waarvan er twee zijn geïnterviewd. Deze relatie is echter niet van invloed geweest op de besproken selectieprocedure.

## **Meetinstrumenten**

Instelling X heeft in juli 2023 via Minddistrict data opgevraagd om inzage te krijgen in het gebruik van het e-healthplatform. Per behandelaar is via Minddistrict weergegeven welke modules sinds de start van Minddistrict zijn ingezet en hoe vaak deze zijn ingezet. Vervolgens is met behulp van deze gegevens door onderzoeksmedewerkers van Instelling X een vragenlijst ontwikkeld met vier vragen waarmee informatie is verkregen over het gebruik van de online modules van het e-healthplatform (zie Bijlage 4). De antwoorden op deze vragen in de vragenlijst konden gegeven worden per ingezette e-healthmodule.

De eerste vraag ging over de behandelfase waarin een e-healthmodule is ingezet. In Instelling X wordt er gewerkt met vijf behandelfasen, die zijn afgeleid van de theorie van Prochaska en DiClemente (1992) gericht op het veranderingsproces van gedragsverandering. Fase 1 kan gezien worden als de ‘voorbekoming’. Het is de fase waarin nader onderzoek wordt gedaan en eerste hypothesen worden onderzocht. Deze fase is gericht op de eerste bewustwording. Fase 2 is de ‘overpeinzing’. In deze fase wordt met de informatie uit de eerste fase een verklarende analyse gemaakt die de cliënt helpt inzicht te krijgen in de belemmerende en bevorderende factoren en mogelijke onderliggende patronen. Deze fase is gericht op motivatie tot verandering. Fase 3 is de ‘besluitvorming’. De motivatie van de cliënt wordt in deze fase gebruikt om tot plannen te komen voor gedragsverandering. In fase 4, de ‘actie’, wordt gedragsverandering daadwerkelijk zichtbaar door concrete acties. Fase 5, de laatste fase binnen Instelling X, is de fase van ‘consolidatie’. Hierin staat het vasthouden van de bereikte resultaten centraal met daarin het maken en inzetten van een terugvalpreventieplan. Hierdoor is de cliënt voorbereid op latere ‘terugval’, wat gezien kan worden als onderdeel in het proces van gedragsverandering (Prochaska & DiClemente, 1992; Instelling X, werkwijze). Bij deze eerste vraag over de vijf fasen waren meerdere antwoorden mogelijk, aangezien één module in meerdere fasen kon zijn ingezet.

De tweede vraag ging over of de module gedeeltelijk of volledig is ingezet. De respondent kon kiezen uit vijf opties: ‘(bijna) altijd gedeeltelijk’, ‘vooral gedeeltelijk’, ‘zowel gedeeltelijk als volledig’, ‘vooral volledig’ en ‘(bijna) altijd volledig’. Hier was per e-healthmodule slechts één antwoord mogelijk. De optie ‘zowel gedeeltelijk als volledig’ kon gekozen worden als een module vaker was ingezet, waarbij bij de ene cliënt is gekozen voor ‘gedeeltelijk’ en bij de andere voor ‘volledig’.

Bij de derde vraag kon de respondent een cijfer geven voor de mate van tevredenheid over de ingezette e-healthmodule. Het tevredenheidscijfer kon per module aangegeven worden in een geheel getal op een schaal van 1 tot 7. Waarbij 1 betekent: ‘zeer ontevreden’ en 7: ‘heel tevreden’.

De vierde en laatste vraag ging over de mate van begeleiding die de behandelaar aan de cliënt heeft geboden bij het gebruik van de e-healthmodule. Ook hier waren er vijf keuzemogelijkheden: ‘onbegeleid’, ‘grotendeels onbegeleid’, ‘zowel begeleid als onbegeleid’, ‘grotendeels begeleid’ en ‘begeleid’. Omdat de mate van begeleiding in de verschillende fasen per ingezette module zou kunnen verschillen, waren hier meerdere antwoorden mogelijk.

In een semigestructureerd interview (zie Bijlage 5), zijn de ingevulde vragenlijsten als hulpmiddel gebruikt om verdiepende informatie te krijgen over de ervaring van de behandelaar.

De individuele vragenlijsten zijn voorafgaand aan het interview geanalyseerd en met de participanten tijdens het interview gedeeld. Door inzage te geven in de geanalyseerde gegevens uit de vragenlijst kon hierop doorgevraagd worden. Vragen die gesteld werden, waren bijvoorbeeld: “Wat is de reden dat je de modules [...] vaker hebt ingezet?”, “Wat maakt dat je in deze fase [minder/weinig/geen] gebruik hebt gemaakt van e-healthmodules? Kun je dit toelichten?” en “Waarin verschilt de module [module met een hoog cijfer] van de module [module met een lager cijfer]?” Ook is er in het interview gevraagd naar de ervaren werkzame factoren in het gebruik van e-healthmodules met vragen zoals: “Welke werkzame factoren binnen het blinded behandelen zorgen ervoor dat het goed aansluit op de betreffende doelgroep?” en “Wat zijn specifieke onderdelen binnen een e-healthmodule die naar jouw idee als werkzaam gezien kunnen worden?” Als laatste is gevraagd om bij enkele algemeen werkzame factoren het mogelijke verschil van werkzame factoren bij reguliere behandeling en bij een blinded variant aan te duiden op een 7-puntsschaal.

## **Procedure**

Aangezien over het onderzoek niet zal worden gepubliceerd, uitsluitend behandelaren van Instelling X zijn bevestigd en de uitkomsten uitsluitend voor intern gebruik zullen zijn, is het onderzoek slechts ter kennisgeving binnen de verkorte procedure aangedragen bij de Ethische Commissie van de Afdeling PEDON van Rijksuniversiteit Groningen.

Naast de supervisor hebben nog drie medewerkers van Instelling X ondersteuning geboden in de opzet van het onderzoek, in het werven van respondenten voor de vragenlijst en in de data-analyse. Zo zijn de behandelaren zowel door medewerkers van de eigen organisatie als door de onderzoeker op de hoogte gebracht van het onderzoek. Via een mail en informatiebrief (zie Bijlage 2) zijn zij nader ingelicht over de procedure. Om tijd te besparen en de respons te verhogen, is de geïndividualiseerde vragenlijst samen met het toestemmingsformulier (zie Bijlage 3) in dezelfde mail meegestuurd. Behandelaren die na twee weken niet hebben gereageerd, hebben van de onderzoeker een herinneringsmail gekregen en enkele behandelaren die veel gebruik hebben gemaakt van e-healthmodules zijn door de betrokken medewerker binnen de organisatie tevens persoonlijk gevraagd mee te doen. De respons op de vragenlijst is mede hierdoor opgelopen tot iets meer dan vijftig procent. Behandelaren die zijn geïncludeerd voor het interview hebben voorafgaand aan het interview een tweede toestemmingsformulier ingevuld (zie Bijlage 3).

Alle verzamelde informatie is opgeslagen op de beveiligde Y-schijf van de RUG. De gegevens zijn door de onderzoeker op deze schijf gepseudonimiseerd en weergegeven in een

koppelbestand, met uitzondering van de behandelaren die hier geen toestemming voor hebben gegeven. Van de interviews zijn de geluidsopnames, samen met de door de onderzoeker uitgeschreven transcripten, ook op deze Y-schijf opgeslagen en verwijderd van de opnameapparatuur. Codering en analyse heeft plaatsgevonden binnen deze beveiligde omgeving. De ruwe data (vragenlijsten, audiofragmenten en transcripten) zullen als het onderzoek is afgerond, samen met de codeboeken, de analyse en de resultaten, zonder het koppelbestand via een beveiligde verbinding gedeeld worden met Instelling X. Deze data wordt ook daar beveiligd opgeslagen en is alleen toegankelijk voor medewerkers binnen het eigen onderzoeksteam. De data zal op beide locaties gedurende tien jaar worden bewaard, conform de bestaande samenwerkingsovereenkomst tussen Rijksuniversiteit Groningen en Instelling X.

### **Analysemethode**

Voor de beantwoording van beide onderzoeksvragen zijn zowel de resultaten van de vragenlijst, als het semigestructureerde interview gebruikt. Allereerst is de gegenereerde data van Minddistrict van de behandelaren (n=63) gebruikt samen met de ingevulde vragenlijst (n=32). Hiervan zijn door de onderzoeker beschrijvende statistische analyses gemaakt in Excel. Er is allereerst aangegeven hoeveel e-healthmodules er zijn ingezet. Naast de inzet per behandelaar is de gemiddelde inzet en de mediaan berekend. Ook is gekeken welke e-healthmodules het vaakst door behandelaren in de genoemde periode zijn gebruikt. Vanwege het grote aantal verschillende ingezette e-healthmodules (90), is door de onderzoeker een overzicht gemaakt van categorieën waar de module zich opricht (zie Bijlage 7). Zo zijn bijvoorbeeld alle modules gericht op angstklachten, geschaard onder de categorie: ‘Angst’ en de verschillende modules gericht op autisme onder de categorie ‘Autisme’. Hierdoor kon worden nagegaan binnen welke categorieën het vaakst e-healthmodules zijn ingezet. Tevens is per gebruikte e-healthmodule aangegeven voor welke leeftijd/doelgroep deze door Minddistrict is ontwikkeld, om zo na te gaan voor welke doelgroep e-healthmodules zijn ingezet. Hiervoor is een onderverdeling gemaakt tussen: ‘kinderen tot twaalf jaar’, ‘jongeren tussen twaalf en achttien jaar’, ‘volwassenen’ en ‘ouders’ (Minddistrict, z.d.).

Daarnaast is per vraag uit de vragenlijst in aantallen, percentages en gemiddelden aangegeven hoe de respondenten deze hebben gescoord over de ingezette e-healthmodules. Zo is het percentage inzet per behandelfase van alle modules gezamenlijk weergegeven, samen met het aantal behandelfasen waarin een module gemiddeld wordt ingezet (vraag 1). Vervolgens is bij het gebruik gescoord op hoeveel modules door behandelaren gedeeltelijk ingezet worden en hoeveel volledig (vraag 2). Daarna is het gemiddelde tevredenheidscijfer over alle e-

healthmodules weergegeven, waarbij de modules die dertig keer of vaker zijn ingezet, apart zijn gepresenteerd (vraag 3). Als laatste zijn de percentages weergegeven over de mate van begeleiding van de modules in het algemeen (vraag 4). Naast deze kwantitatieve analyse over de gehele steekproef, zijn de individuele vragenlijsten van iedere participant van het interview afzonderlijk op dezelfde manier geanalyseerd en vervolgens gebruikt voor het personaliseren van de interviewvragen.

De kwantitatieve analyse is aangevuld met een kwalitatieve analyse door gebruik te maken van de informatie die via het semigestructureerde interview is verkregen. Van ieder interview is een audio-opname gemaakt, welke vervolgens door de onderzoeker is getranscribeerd. Met behulp van het programma Atlas.ti (versie 24.1.1) is een thematische analyse toegepast (Verhoeven, 2023). Deze betreft drie fasen. In de eerste fase, de ontdekkingsfase, is er gestart met het vertrouwd raken met de data en heeft de eerste globale codering plaatsgevonden. Vervolgens zijn in fase 2, de reductiefase, deze codes geordend en waar mogelijk samengevoegd tot overkoepelende thema's. In fase 3, de reflectiefase, zijn de thema's met elkaar in verband gebracht en is er betekenis aangegeven (Braun & Clarke, 2006; Verhoeven, 2023). Deze procedure heeft voor beide onderzoeksvragen plaatsgevonden en geleid tot twee afzonderlijke codebomen (zie Bijlage 8).

## Resultaten

### **Achtergrondkenmerken respondenten**

De participanten van het semigestructureerde interview waren allen voor de start van Minddistrict tot heden werkzaam bij Instelling X. Zoals Tabel 1 laat zien, hebben alle participanten een soortgelijke opleiding genoten. Twee participanten hebben de e-healthmodules van Minddistrict ook ingezet bij een huisartsenpraktijk waar zij gedurende het onderzoek gedeeltelijk werkzaam waren. Van de respondenten van de vragenlijsten zijn geen verdere achtergrondkenmerken bekend.

**Tabel 1***Achtergrondkenmerken Participanten Semigestructureerd Interview*

		<b>aantal</b> <i>n=8</i>
<b>Geslacht</b>	Man	1
	Vrouw	7
<b>Opleiding/functie</b>	Orthopedagoog Generalist	3
	GZ-psycholoog	2
	Orthopedagoog i.o.t. GZ-psycholoog	3
<b>Inzet e-health modules elders</b>	Instelling X + Huisartsenpraktijk	2
	Enkel bij Instelling X	6

### **Onderzoeksvraag 1: Hoe worden e-healthmodules in de vorm van blended behandelingen binnen Instelling X ingezet?**

De geanalyseerde data van Minddistrict, van de ingevulde vragenlijst en van het semi-gestructureerde interview, is gericht op de volgende thema's: 'keuze inzet e-healthmodules', 'doelgroep/leeftijdscategorie', 'behandelfasen', 'volledig of gedeeltelijk gebruik', 'tevredenheid' en 'begeleide of onbegeleide toepassing' (zie Bijlage 8: codeboom 1). De uitwerking binnen deze thema's geeft antwoord op de onderzoeksvraag hoe e-healthmodules in de vorm van blended behandelingen worden ingezet.

#### **Keuze inzet E-healthmodules**

Uit de gegenereerde data van Minddistrict (zie Bijlage 6) blijkt dat 63 behandelaren over de periode van 30 juni 2021 tot 1 juli 2023, een keer of vaker voor een cliënt een e-healthmodule hebben ingezet. In totaal is er, in deze periode van twee jaar, 726 keer gebruik gemaakt van een e-healthmodule. Dit betekent een gemiddelde van 11,5 keer per behandelaar. De mediaan ligt echter lager, op zeven keer. De verschillen tussen de frequentie waarin behandelaren gebruik maken van e-healthmodules zijn groot. De behandelaar met het grootste gebruik, heeft 56 keer een module bij een cliënt ingezet, terwijl er acht behandelaren zijn die slechts een keer een module hebben gebruikt. Meer dan de helft van de behandelaren heeft in de genoemde periode minder dan tien keer een module ingezet en ongeveer een derde deel van het totale aantal behandelaren minder dan vijf keer. Er zijn slechts zes behandelaren die meer dan vijventwintig keer gebruik hebben gemaakt van een e-healthmodule.

In totaal zijn er 90 verschillende modules bij cliënten ingezet (zie Bijlage 6). Hiervan zijn 68 e-healthmodules minder dan tien keer in een behandeling gebruikt, waarvan 42 minder

dan vijf keer. Relatief veel modules, dertien in totaal, zijn gedurende de gehele periode slechts een keer ingezet. Tabel 2 laat de vijf modules zien die dertig keer of vaker zijn ingezet. Modules gericht op ‘Acceptance and Commitment Therapy (ACT)’, ‘Autisme’, ‘Slaapproblemen’ en ‘ADHD’ worden het vaakst ingezet.

**Tabel 2**

*Overzicht E-healthmodules met Inzet  $\geq 30$  Keer*

<b>Module</b>	<b>Aantal keer ingezet</b>	<b>Respondenten vragenlijst</b>	<b>Participanten interview</b>
1. ACT: van Klacht naar Veerkracht	49	18	11
2. Je kind heeft autisme, hoe nu verder?	45	13	4
3. Wat is autisme?	42	14	3
4. Beter slapen	36	12	12
5. Je kind heeft ADHD, hoe nu verder?	30	7	10

*Noot.* Zie Bijlage 6 voor een volledig overzicht van alle 90 ingezette e-healthmodules

Participanten van het interview (1,3,4,6) noemen dat de keuze welke e-healthmodule in te zetten afhankelijk is van de *hulpvraag* van de *cliënt*. Zo vertelt een participant (1) dat de modules ‘Je kind heeft autisme of ADHD’ en ‘Wat is autisme?’ alleen worden ingezet wanneer de betreffende diagnose is gesteld. Daarnaast wordt genoemd dat intern de inzet van bepaalde modules wordt gestimuleerd. Twee participanten (2,3) vertellen dat zij ‘ACT: van Klacht naar Veerkracht’ vaker hebben ingezet vanwege een onlangs *gevolgde training*, waarin aandacht is geweest voor deze module. Ook wanneer een module vaker wordt *ingebracht in het team*, wordt deze veelal vaker ingezet, aldus meerdere participanten (4,5,6,7). Daarnaast wordt door drie participanten (1,2,5) genoemd dat ‘ACT’, net als ‘Beter slapen’ vanwege het *onderwerp* van toepassing kan zijn voor een brede doelgroep met verschillende problematiek. Hierdoor worden deze modules vaker gekozen. Deze participanten (1,2,5) lichten ook toe dat ‘Beter Slapen’ een module is die *door de cliënt zelf kan worden ingezet* en daardoor mogelijk vaker wordt gebruikt.

Tabel 3 laat zien dat van het totaal aantal ingezette e-healthmodules relatief veel modules onder de categorie ‘Angst’ vallen. Daarna volgen de categorieën: ‘Autisme’, ‘ADHD/concentratie/impulsiviteit’ en ‘Gedachten uitdagen’. Ook van de categorieën ‘Zelfbeeld’, en ‘Mindfulness/ontspanning’ worden door Instelling X veel verschillende modules ingezet (zie Bijlage 7).



**Tabel 3***Inzet E-healthmodules per Categorie*

<b>Categorie (de 10 meest ingezette)</b>	<b>Aantal modules die vallen onder categorie</b>	<b>Totale inzet</b>
Angst	18	129
Autisme	2	87
ADHD/concentratie/impulsiviteit	8	69
Gedachten uitdagen	15	66
Zelfbeeld	4	61
Mindfulness/ontspanning	5	54
Emotie/emotieregulatie	4	52
ACT	1	49
Slaapproblemen	1	36
Somberheid/depressie/activatie	6	30

*Noot.* Zie Bijlage 7 voor een volledig overzicht van alle 21 categorieën en bijbehorende modules

### **Doelgroep/leeftijdscategorie**

Van de e-healthmodules die zijn ingezet door behandelaren van Instelling X blijkt uit Tabel 4 dat een ruime meerderheid van de ingezette modules gericht zijn op volwassenen en een derde deel van de modules zich specifiek richten op jongeren. Een klein deel van de ingezette e-healthmodules is bestemd voor ouders. Daarnaast zijn er nog enkele modules ingezet die voor meerdere leeftijdscategorieën geschikt zijn. Binnen Instelling X zijn geen e-healthmodules gebruikt die zich richten op kinderen jonger dan twaalf jaar.

**Tabel 4***Doelgroep/Leeftijdscategorie*

<b>Doelgroep</b>	<b>Inzet aantal</b>	<b>Inzet percentage (%)</b>
Kinderen: < 12 jaar	0	0,0
Jongeren: 12 – 18 jaar	24	26,7
Volwassenen: 18+	54	60,0
Ouders	5	5,6
Jongeren en volwassenen	4	4,4
Kinderen en Jongeren	1	1,1
Iedere doelgroep/leeftijd	2	2,2

Meerdere participanten in het interview (2,3,6,8) noemen dat de keuze welke e-healthmodule in te zetten afhankelijk is van de *inschatting wat het beste aansluit* bij de cliënt. Over de beperkte inzet bij kinderen wordt door een participant (1) genoemd dat er *weinig modules* binnen Minddistrict *beschikbaar* zijn voor deze jonge doelgroep en alle participanten (1,2,3,4,5,6,7,8) noemen dat zij modules minder geschikt vinden voor jonge kinderen, gezien hun *beperkte toegang tot e-mail, computer of telefoon*. Door drie participanten (4,5,8) wordt

aangegeven bij deze doelgroep digitalisering niet te willen bevorderen. Enkele participanten (4,5,8) geven aan om deze reden voorkeur te hebben voor het *inzetten* van e-healthmodules bij de *ouders* van jonge kinderen. Echter laat Tabel 4 zien dat in de onderzoeksperiode weinig modules specifiek gericht op ouders zijn ingezet (zie Tabel 4).

### Behandelfasen (vragenlijst vraag 1)

Kijkend naar de behandelfasen worden e-healthmodules door de behandelaren die de vragenlijst hebben ingevuld het vaakst ingezet in fase 2 en 3, vervolgens in fase 1 en duidelijk minder vaak in fase 4 en 5, zoals wordt getoond in Tabel 5.

**Tabel 5**

*Toepassing E-healthmodule per Behandelfase (vragenlijst vraag 1)*

Behandelfase	Inzet aantal	Percentage (%)
fase 1	100	22
fase 2	140	31
fase 3	123	27
fase 4	56	12
fase 5	34	8

Een participant (3) legt uit dat het grootste deel van de behandeling en daarmee de *meeste sessies in fase 2 en 3* zitten, waardoor het logisch is dat binnen deze twee fasen sneller e-healthmodules worden ingezet. Daarbij vertellen alle participanten (1,2,3,4,5,6,7,8) dat binnen deze twee fasen e-healthmodules worden ingezet bij *oefeningen en registratie-opdrachten*. Daarnaast is er in fase 2 vaak aandacht voor *psycho-educatie* waar alle participanten (1,2,3,4,5,6,7,8) vaker e-healthmodules voor inzetten als aanvulling op de eigen gegeven psycho-educatie. Ook worden door alle participanten (1,2,3,4,5,6,7,8) e-healthmodules gebruikt voor de *oefeningen en registratie-opdrachten*. In fase 1 worden registratie-opdrachten ingezet om *inzicht te krijgen in de problematiek* en is er soms al aandacht voor psycho-educatie, lichten twee participanten (1,8) toe. Echter geven drie participanten (3,5,6) aan in deze eerste fase minder gebruik te maken van e-healthmodules, omdat in deze onderzoekende fase eerst geïnvesteerd wordt in *kennismaken* en het komen tot *overeenstemming over behandeldoelen* alvorens e-healthmodules in te zetten. Een factor die een rol speelt bij het mindere gebruik in fase 4 en 5 kan volgens meerdere participanten (1,2,4,5) zijn dat *cliënten zelf eerder stoppen* met een module die al in een eerdere fase is opgestart. Ook zijn er *e-healthmodules* die in deze laatste fasen *al zijn afgesloten*, aldus participant 4. Echter

zijn er ook participanten (1,2,8) die zowel in fase 4 als 5 juist wel e-healthmodules inzetten zowel om het blijven *oefenen* te *stimuleren* en om te gebruiken voor *terugvalpreventie*.

Uit Tabel 6 blijkt dat meer dan de helft van alle inzet van e-healthmodules plaatsvindt in slechts een behandelfase. Voor iets minder dan een derde deel van de ingezette modules is dit in twee fasen. Het minst vaak worden e-healthmodules in drie, vier of vijf fasen ingezet. Het gemiddelde ligt met 1,63 tussen de een en twee fasen in.

**Tabel 6**

*Toepassing E-healthmodule over Een of Meerdere Behandelfasen (vragenlijst vraag 1)*

aantal behandelfasen	inzet	percentage %
1	159	57
2	81	29
3	25	9
4	4	1
5	8	3

Meerdere participanten (1,2,4,5) herkennen deze korte inzet, omdat het vaker voorkomt dat *cliënten* een *module niet afmaken*. Een andere reden die wordt genoemd door drie participanten (2,4,6) is dat *behandelaren zelf kiezen voor korte modules* om zo de motivatie beter vast te houden. Een participant (1) noemt dat *grotere modules* wel vaker over meerdere fasen worden ingezet. Dit geldt ook voor modules die begeleid als *onderdeel van de behandeling* in de face-to-face-afspraken worden ingezet, zoals bijvoorbeeld e-healthmodules gericht op zelfbeeld, aldus twee participanten (1,8). Drie participanten (1,5,8) noemen dat er modules zijn die gedurende de *gehele behandeling van toepassing* blijven, zoals modules gericht op ontspanning en slaap.

### **Volledig of gedeeltelijk gebruik (vragenlijst vraag 2)**

Tabel 7 laat zien dat het gebruik van e-healthmodules sterk verschilt onder de respondenten van de vragenlijst. In iets meer dan de helft van de gevallen worden modules ‘altijd volledig’ of ‘vooral volledig’ ingezet. Echter komt inzet waarbij slechts een gedeelte van de module gebruikt wordt ook regelmatig voor. Zo geeft iets minder dan een derde van de respondenten aan dat zij e-healthmodules of ‘vooral-’ of ‘altijd gedeeltelijk’ inzetten. Daarnaast komt een combinatie van beiden ook voor.

**Tabel 7***Gedeeltelijk of Volledig Gebruik E-healthmodules (vragenlijst vraag 2)*

<b>vraag 2</b>	<b>aantal</b>	<b>percentage</b> %
altijd gedeeltelijk	23	8
vooral gedeeltelijk	54	20
zowel gedeeltelijk als volledig	46	17
vooral volledig	72	26
altijd volledig	78	29

Door een participant (4) wordt aangegeven te hebben gekozen voor de combinatie van ‘zowel gedeeltelijk als volledig’ omdat modules bij meerdere cliënten waren ingezet en de *inzet per cliënt verschilde*. Onder de participanten ligt een voorkeur bij ‘volledig’ inzetten van e-healthmodules, vanwege de *opbouw in de module* (1,3,5,8) en de *kracht van herhaling* (1,3,5,8). Ook het belang van *volledigheid* wordt door enkele participanten (2,4,6) genoemd als reden om modules volledig in te zetten. Daarbij vertellen zij dat er meerdere korte modules zijn die vanwege de volledigheid altijd volledig ingezet worden. Ook modules over psycho-educatie noemen zij, om deze zelfde reden, altijd volledig in te zetten. Vier participanten (3,4,5,7) lichten toe dat wanneer een module gedeeltelijk wordt ingezet, dit vaak op initiatief van de *cliënt* is die de *module niet afmaakt*. Twee participanten (2,4) vertellen dat het ook voorkomt dat een *gedeelte* van de module die minder aansluit bij de cliënt handmatig *door de behandelaar uitgezet*.

### **Tevredenheid (vragenlijst vraag 3)**

Op een schaal van 1 tot 7 worden de door de respondenten beoordeelde ingezette e-healthmodules gemiddeld gewaardeerd met een 5,4. De e-healthmodules ‘Kom voor jezelf op’ en ‘Schematherapie: meer over oefeningen’ worden beiden maximaal gewaardeerd met gemiddeld een 7,0. Ook ‘Signaleringsplan maken’ en ‘Met je kind in gesprek over emoties’ krijgen, met respectievelijk een gemiddelde van 6,7 en 6,5 een hoge waardering van de behandelaren die deze modules hebben ingezet (zie Bijlage 5). Tabel 8 laat zien dat het vaakst een module wordt beoordeeld met een vijf of een zes. Vijftien keer is een module met een zeven gewaardeerd, wat het hoogst mogelijke cijfer is. Slechts drie keer is het cijfer drie aan een e-healthmodule toegekend. Een beoordeling lager dan een drie komt niet voor.

**Tabel 8**

Waarderingscijfer E-healthmodules (vragenlijst vraag 3)

Waarderingscijfer*	aantal n=266	percentage %
7	15	5,5
6	109	40
5	115	43
4	24	9
3	3	2,5

Noot. \*Waarderingscijfer op een schaal van 1 tot 7, waarbij 1 staat voor zeer ontevreden en 7 heel tevreden.

Alle participanten (1,2,3,4,5,6,7,8) zijn over het algemeen tevreden over de inhoud van de e-healthmodules. Zo vertellen de participanten (1,2,5,8) dat modules qua *opbouw* praktisch goed in elkaar zitten, waar de *cliënt in stapjes doorheen wordt geleid en wordt geactiveerd*. Daarnaast noemen drie participanten (2,5,8) dat zij tevreden zijn over hoe de *materialen eruit zien* en wordt door alle participanten (1,2,3,4,5,6,7,8) gewaardeerd hoe er op verschillende manieren *psycho-educatie en verdiepende informatie* wordt geven samen met *gevarieerde oefeningen* (1,2,3,4,5,6,8).

Een enkele keer wordt er een lager cijfer gegeven. Participanten (1,2,3,5,6,7) geven bij verschillende e-healthmodules verschillende redenen voor een lager waarderingscijfer, die allen te maken hebben met het *onvoldoende aansluiten* van de *module* bij de cliënt. Zo worden de volgende redenen genoemd: het *niet volledig op maat* zijn (1), het bieden van een *incomplete of beperkte uitleg* (3,6), het minder passend zijn aangezien er *in de behandeling niet altijd een diagnose wordt gesteld* die in de module wel expliciet wordt genoemd (1,2) en het gegeven dat *woorden of oefeningen niet kunnen worden aangepast* (5,7). Daarnaast wordt door enkele participanten (6,8) ook de beperking ervaren dat er *niks uitgeprint kan worden*, wat ook van invloed is op het tevredenheidscijfer.

Er is tussen de participanten verschil in mening over de vormgeving van de modules. Daar waar sommigen (2,5,8) juist heel *tevreden* zijn over *hoe de e-healthmodules eruit zien*, geeft een andere participant (4) aan de *layout en plaatjes* van modules juist *niet zo mooi* te vinden. Dit geldt ook voor de *filmpjes* die door een enkele participant (2) als *minder passend* wordt gezien voor cliënten, terwijl andere participanten (3,4,7,8) het juist als een *waardevolle aanvulling* zien in de module. Echter wordt ondanks deze waardevolle aanvulling door een participant (4) wel benadrukt de *filmpjes minder mooi* te vinden. Ondanks de genoemde kritiek weerhoudt hen dit er niet van om e-healthmodules in te blijven zetten. Zo wordt door alle participanten (1,2,3,4,5,6,7,8) benadrukt dat zij over het algemeen zeer tevreden zijn over de door hen gebruikte e-healthmodules van Minddistrict.

## Begeleide of onbegeleide toepassing (vragenlijst vraag 4)

De mate van begeleiding aan de cliënt tijdens het gebruik van een e-healthmodule verschilt sterk onder de respondenten, zoals blijkt uit Tabel 9. Vaak wordt er een combinatie van ‘zowel onbegeleid als begeleid’ toegepast of wordt een module ‘grotendeels onbegeleid’ ingezet. Alhoewel Tabel 9 duidelijk laat zien dat onbegeleid inzetten vaker voorkomt (40%), blijkt uit dat cliënten ook met regelmaat van de behandelaar begeleiding ontvangen bij het toepassen van een e-healthmodule (28%).

**Tabel 9**

*Mate van Begeleiding aan de Cliënt bij Gebruik E-healthmodules (vragenlijst vraag 4)*

Mate van Begeleiding	Aantal	Percentage (%)
onbegeleid	26	9
grotendeels onbegeleid	86	31
zowel onbegeleid als begeleid	89	32
grotendeels begeleid	57	21
begeleid	20	7

Ook onder de participanten is er verschil in de toepassing van e-healthmodules. Sommige participanten (1,8) zetten modules ‘grotendeels onbegeleid’ in, terwijl anderen (2,3,4) juist vaker modules ‘begeleid’ inzetten. Daarnaast zijn er participanten (5,6,7) die in de vragenlijst met name de combinatie van ‘zowel onbegeleid als begeleid’ hebben ingevuld. Toch noemen de meeste participanten (2,3,5,6,8) dat zij een begeleide inzet de beste manier vinden om modules in te zetten. Er wordt door hen (2,3,5,6,8) meerwaarde gezien in het *terug laten komen* van de module *tijdens de face-to-facebehandeling*. Ook twee participanten (1,4) die zelf minder vaak kiezen voor begeleide inzet, geven aan dat het bieden van begeleiding *de motivatie* van de cliënt en daarmee *het effect van de behandeling* kan *vergroten*.

## Onderzoeksvraag 2: Welke werkzame factoren ervaren behandelaren van Instelling X bij de inzet van e-healthmodules?

### Werkzame factoren

In de interviews zijn verschillende werkzame factoren genoemd zoals deze door behandelaren worden ervaren. De factoren zijn ondergebracht in vijf overkoepelende thema's, te weten: ‘gebruiksvriendelijkheid’, ‘opbouw module’, ‘autonomie’, ‘vaardigheden

generaliseren' en 'monitoren' (zie Bijlage 8: codeboom 2). De uitwerking binnen deze thema's geeft antwoord op de onderzoeksvraag welke werkzame factoren behandelaren ervaren.

### **Gebruiksvriendelijkheid**

De e-healthmodules van Minddistrict worden aan de cliënt beschikbaar gesteld via een *gebruiksvriendelijke app*. Alle participanten (1,2,3,4,5,6,7,8) vinden dat deze *app*, die beschikbaar is via de *telefoon*, maakt dat de e-healthmodules gemakkelijk toegankelijk zijn. Überhaupt is het *makkelijk* om *in* te *loggen* (1,2,3,5,8), *sluit* het *aan bij* de *doelgroep* (1,2,3,4,5,6,7,8) en vult een participant (8) aan: bij deze *tijd van digitalisering*. Deze participant (8) maakt de vergelijking met het meegeven van informatie op papier en zegt hierover het volgende:

Ja, dat is ook wat je doet met huiswerk op papier ook, alleen, maar het feit dat je alleen maar je telefoon hoeft te pakken, zeg maar, die je toch al in handen hebt, maakt het makkelijker dan wanneer je denkt: we hadden dat blaadje, hoe zat dat ook alweer?

Alle participanten (1,2,3,4,5,6,7,8) noemen dat er daarnaast een *groot gevarieerd behandelaanbod* is waarvoor e-healthmodules ingezet kunnen worden. Enkele participanten (1,4,8) lichten toe dat er een grote *variatie aan opdrachten en oefeningen* wordt aangeboden, waardoor er altijd wel een module, een opdracht of oefening te vinden is die past bij de hulpvraag van de client. Ook worden er in veel e-healthmodules *ondersteunende filmpjes* aangeboden, vertellen de meeste participanten (1,3,4,5,7,8). Door dit gevarieerde aanbod via tekst, filmpjes, opdrachten en oefeningen wordt volgens meerdere participanten (1,3,4,5) informatie beter onthouden. Participanten 1, 3 en 5 lichten dit als volgt toe:

Nou, ik denk dus die verschillende manieren van het aanbieden van kennis. Dat het met een filmpje is, met uitleg, met een tekst van Minddistrict ... dat het voor een cliënt meer mogelijkheden biedt om of met meer dingen tegelijk bezig te zijn of meer op meerdere manieren of verdiepend of herhalend bezig te zijn. (5)

Je hoort het dan van meerdere kanten, dan komt het misschien nog beter aan. (1)

Ik denk dat cliënten meer mogelijke, betrouwbare, goede informatiebronnen en mogelijkheid hebben tot het leren van vaardigheden. (3)

### **Opbouw module**

Meerdere participanten (1,2,3,5,6,8) geven aan dat alle e-healthmodules een *duidelijke gestructureerde opbouw* hebben wat helpend is. Twee participanten (6,8) lichten toe dat

cliënten hier door middel van *kleine navolgbare stappen* goed doorheen wordt geleid. Participant 6 vertelt over deze opbouw:

Nou, ik denk wel gebaseerd op theoretische elementen, zeg maar. Er is natuurlijk over nagedacht waarom die opdracht er is zoals die er is, zeg maar. Ik denk ook wel een opbouw die dus meestal passend is bij de meeste cliënten. (6)

De helft van de participanten (1,2,6,8) noemt dat er tevens *keuzemogelijkheden* worden aangeboden, van waaruit de cliënt zelf een keuze kan maken wat bij hem past en wat niet. Participant 1 vertelt hoe deze keuzemogelijkheden werken en waarom dit helpend is voor de cliënt:

Bij bepaalde oefeningen inderdaad kunnen ze kiezen. Hebben ze een keuzemodule van goh ik wil graag hiermee aan de gang of ik wil graag daarmee aan de gang. En dat komt soms ook later weer terug: ‘Je hebt nu hiermee geoefend, maar wil je dan ook met deze nog oefenen?’ Maar ze kunnen ook zeggen van dit past niet bij mij dus dat doe ik dan niet. ... dat denk ik, voor de motivatie ook weer heel erg verhogend is. (1)

Door het toevoegen van een e-healthmodule aan de reguliere behandeling kan er gezorgd worden voor extra *herhaling en voor verdieping* van de *behandeling*. Meerdere e-healthmodules starten met uitleg en psycho-educatie over een bepaald thema. Het aanbieden van *psycho-educatie* wordt door de meeste participanten (1,3,4,5,6,7) als een werkzame factor gezien, aangezien het de cliënt helpt bepaalde problematiek beter te begrijpen. Participanten 1 en 6 lichten toe wat zij hier werkzaam aan vinden:

Er zit heel veel mooie psycho-educatie in. Dus heel veel uitleg ... dat mensen meer inzicht krijgen in hun problematiek. Daarvoor vind ik inderdaad Minddistrict heel mooi. (1)

Door mensen tussendoor informatie te geven die ze op papier misschien niet zouden lezen, maar met zo 'n module wat sneller zouden kunnen doorlopen. (6)

Naast aanvullende informatie, is het vaak een herhaling van wat al in de behandelkamer is besproken. Echter is het juist deze *variatie in herhaling* die volgens respondenten werkzaam is voor de cliënt (3,5,7), zoals participant 7 erover toelicht: “Ja, herhaling en deels nieuwe info en deels ook dat ze er thuis nog even mee bezig zijn, dus dat het hopelijk wat beter landt bij ze. Want anders horen ze het één keer van mij.” De meeste participanten (1,2,3,4,5,6,7) noemen



dat de duidelijke opbouw helpt om de *inhoud* te *bespreken* in de *sessie*. Daarnaast *biedt* het volgens enkelen (2,4,7,8) de *behandelaar* ook *houvast* in de *behandeling*. Participanten 4 en 8 geven aan hoe deze duidelijke opbouw de behandelaar kan helpen:

Dus ik zou het wel aanraden om het als extra aanvulling te doen. ... Voor mijn behandeling die ik kan inzetten waar ik zelf nog niet helemaal goed in thuis ben bijvoorbeeld. Of waar ik wat minder ervaring mee heb. Dan vult het mij ook wel weer aan. (4)

Maar ik merk wel dat het mij minder goed lukt om behandelingen zonder e-health echt goed kop en staart te geven. En bij e-health kan je makkelijker zeggen: ‘Oké, de module is af, eventueel een volgende module of afsluiten.’ (8)

Een andere belangrijke werkzame factor vanuit de opbouw van de module is de mogelijkheid om het als *naslagwerk* te gebruiken. Enkele participanten (1,6,7,8) geven aan dat cliënten informatie via de e-healthmodule *makkelijk* kunnen *teruglezen* samen met de opdrachten die zij zelf eerder hebben gemaakt. Participant 7 licht dit als volgt toe: “Bijvoorbeeld bij psycho-educatie dat ouders er zelf mee aan de slag kunnen gaan en dat de informatie ook beschikbaar blijft. Ze kunnen, het kan nagelezen worden en het blijft gewoon ergens staan.” Twee participanten (1,8) vullen aan dat de module automatisch een *samenvatting* of *overzicht* genereert die volgens een participant (8) ook na afsluiten van de behandeling voor de cliënt ter inzage *beschikbaar blijft*.

### **Autonomie**

Meerdere participanten noemen het gegeven dat cliënten een e-healthmodule in *eigen tijd* (2,4,5) en op *eigen tempo* (2,3,7,8) kunnen doen een werkzame factor. Cliënten ervaren hierdoor *zelfstandigheid* en *eigen regie*, aldus meerdere participanten (2,3,4,5,7,8). Zo vertelt participant 4 dit ook toe te lichten in de uitleg naar de cliënt:

Nou ja, dat je ook wel het stukje daarin regie geeft aan cliënten. ‘Hiermee kun je zelf al wel oefenen ... en daarmee gaat je behandeling als het goed is ook wat sneller en krijg je ook wat meer grip op de klachten die je hebt of kun je er beter mee leren omgaan ...’ (4)

Enkele participanten (2,5,6) noemen de werkzame factor van het werken met een e-healthmodule dat er *tijd* en *ruimte* wordt gecreëerd voor *reflectie* en *verwerking*. Participant 6 licht dit als volgt toe:

Het is ook iemand zelf een beetje de tijd geven, denk ik, om uit te zoeken van ‘Hé, wat pik jij er nou uit?’ ... ‘Nou neem het door en ga er zelf even op afstand naar kijken.’ Dus dat je die tijd ook geeft, die verwerkingstijd. En dat je wat meer op afstand die mogelijkheid kan geven. (6)

De *eigen verantwoordelijkheid* kan volgens enkele participanten (2,5,8) extra worden gestimuleerd door het inzetten van e-healthmodules. Zo wordt door twee participanten (2,5) soms de keuze gemaakt om als voorwaarde voor een volgende afspraak te stellen dat de cliënt een bepaald onderdeel in een e-healthmodule heeft afgerond. Dus eerst een *opdracht af* en *daarna* pas een *nieuwe afspraak*. Participant 2 zegt hierover: “Zoals bijvoorbeeld het als voorwaarde stellen voor de volgende afspraak. Dat werkt wel, want mensen zijn dan toch sneller klaar en plannen wel weer een nieuwe afspraak” (2). Een andere participant (8) licht toe hoe hierdoor korter te kunnen behandelen, omdat bij weinig inzet sneller de keuze kan worden gemaakt om de behandeling af te sluiten:

Ja, of meer van goh als het in de behandeling zelf niet gelukt is, zeg ik: ‘We hebben nu afgesproken dat ik dan wel stop ... Dus ja, dit is dan niet jouw tijd en plek. Nou, als je die wel gevonden hebt: Dan denk ik, nou dit wordt hem, dan ga ik nu met een behandeling aan de slag. En je loopt dan tegen iets aan. Een berichtje mag je altijd sturen.’ Dus ja, ik ben zeker korter aan het behandelen” (8).

### **Vaardigheden generaliseren**

Dat de cliënt buiten de behandelkamer met ondersteuning vanuit een e-healthmodule oefeningen thuis in kan zetten en de *behandeling thuis doorloopt*, wordt door bijna alle participanten (1,2,3,4,5,7,8) als een werkzame factor gezien. Participant 2 licht toe dat dit de behandeling efficiënter maakt en participant 5 legt de link met het generaliseren van vaardigheden:

Ja, en het lukt soms ook gewoon niet om heel veel informatie in dat ene, of alle informatie, of volledig te zijn in dat ene uurtje. En dan kunnen mensen ook prima zelf verder lezen en daar hun vragen weer over stellen de volgende keer dat ze terugkomen. En dat is efficiënter dan alles hier behandelen. (2)

Nou soms misschien dat ze het iets makkelijker generaliseren. Omdat het niet alleen hier is, maar ze er ook thuis mee bezig zijn. Of nou op een school of iets waar je dan

ook maar bent. Ik denk dus ook wel dat je iets sneller effect misschien hebt. Omdat ze toch, je biedt ze meer aan. Dus ze kunnen in een kortere tijd iets veranderen. (5)

Voor het generaliseren van vaardigheden is het helpend dat een e-healthmodule de cliënt *ondersteuning* biedt *bij* het *oefenen*. Zo noemen enkele participanten (5,7,8) dat de cliënt de mogelijkheid heeft om op het moment van oefenen een *real-time registratie* bij te houden en vertellen meerdere participanten (3,4,5,6,7,8) dat het werkzaam is dat er een *digitale reminder* ingesteld kan worden. Participanten 3 en 7 vertellen hierover:

Het feit dat het digitaal is en daar een herinnering van komt, is werkzaam ... Als er dan een plingeltje komt en ze kunnen dat meteen ook op die mobiel invullen of doen. Dan werkt dat wel goed. (3)

Als ze dingen thuis kunnen registreren, dan zit je soms meer op het moment zelf dan wanneer je het achteraf vertelt. (7)

## **Monitoren**

Een andere belangrijke werkzame factor die door meerdere participanten (2,3,5,7,8) wordt genoemd is dat de behandelaar digitaal kan *meekijken en meelesen* wat de cliënt heeft gedaan. Hierdoor is de mogelijkheid voor de behandelaar om de voortgang van de cliënt binnen de e-healthmodule te volgen. Participanten 8 legt dit als volgt uit:

Bij Minddistrict kun je gewoon zelf zien of ze er mee bezig zijn geweest. Je krijgt ook een melding. Je kunt feedback geven. Dus je zit er ook wat meer bovenop. En je kunt ook makkelijker even dan tussen de sessies inchecken. En kijken: 'Hé, ik heb nog geen activiteit gezien. Denk er nog even aan. Oefen het voor de volgende keer.' (8)

Wat tevens helpend is, volgens enkele participanten (2,5,7), is de mogelijkheid voor de behandelaar en de cliënt om zich beter *voor te bereiden op de volgende sessie*. Participant 5 licht toe hoe het zicht hebben op de voortgang van de cliënt hierbij helpt:

Je hebt meer controle op het oefenen, vind ik. Dus je kunt tussendoor, anders zou je ze elke dag moeten bellen of mailen of moeten ze het je toesturen en dan kan je zien of ze het wel of niet doen. Maar anders, ja, gaf je ze voor een week huiswerk mee en dan hoorde je de volgende week of het wel of niet gedaan was. En nu kan je het dus in de gaten houden. Dus dat geeft wel meer zicht. (5)

Een laatste werkzame factor wordt gezien in de mogelijkheid die er is in *digitaal contact* tussendoor. Zo wordt door meerdere participanten (2,3,5,8) het als werkzaam gezien dat de behandelaar de cliënt *berichten* kan *sturen* en *feedback* kan *geven*. Deze extra mogelijkheid van monitoren en contact geeft de cliënt een extra stimulans om vol te houden en daardoor zoveel mogelijk uit de behandeling te halen, vertellen de participanten (2,3,5,8). Participant 3 vertelt hierover:

Die meerdere momenten van contact. Even dat berichtje van: ‘Goed gedaan!’ of ‘Mooi dat je hebt ingevuld.’ of ‘Denk je nog even aan’. Dat kan anders ook wel. Maar dat ontstaat wel meer door het inzetten van deze modules ... Inderdaad die feedback geven of even berichtjes sturen. Dat is denk ik zinvol. Erop terugkomen is denk ik belangrijk. (3).

## Conclusie en discussie

Huidig onderzoek had als doel het in kaart brengen hoe e-healthmodules binnen reguliere face-to-facebehandelingen ingezet worden bij Instelling X, tezamen met het meer kennis krijgen over de werkzame factoren bij deze vorm van blended behandelen.

In antwoord op de eerste onderzoeksvraag komt uit het onderzoek naar voren dat de inzet van e-healthmodules sterk varieert bij de behandelaren van Instelling X. Verder is gebleken dat de meeste e-healthmodules worden ingezet bij (jong)volwassenen en vervolgens bij jongeren. Bij kinderen wordt geen gebruik gemaakt van e-healthmodules en bij ouders zeer beperkt. Een groot deel van de ingezette e-healthmodules richt zich op de categorieën: ‘Angst’, ‘Autisme’ en ‘ADHD’. Ook ‘Gedachten uitdagen’ is een thema wat veel terugkomt. De module die het vaakst is ingezet is: ‘ACT: Van klacht naar veerkracht’. Echter is ook in de keuze van de ingezette modules een grote variatie te zien. Zo zijn er over de gehele periode van twee jaar 90 verschillende e-healthmodules ingezet.

In alle behandelfasen worden e-healthmodules ingezet, al komt inzet in de eerste drie fasen het meest voor. De mate van begeleiding en de keuze die gemaakt wordt om een module volledig of gedeeltelijk in te zetten, verschilt sterk per module, per cliënt en per behandelaar. Aangezien per module en per cliënt aangepast kan worden hoe de module wordt ingezet, is deze variatie goed te verklaren. Mede vanwege het gegeven dat goed aansluiten bij de cliënt een belangrijke voorwaarde is voor een effectieve behandeling (Khosravi et al., 2024). Met een

gemiddeld tevredenheidscijfer van 5,4 op een schaal van 1 tot 7, kan gesteld worden dat behandelaren over het algemeen tevreden zijn over de e-healthmodules die zij hebben ingezet.

In antwoord op de tweede onderzoeksvraag worden door de participanten in het interview meerdere werkzame factoren genoemd bij het inzetten van e-healthmodules binnen reguliere behandelingen. Alle gevonden thema's gericht op de gebruiksvriendelijkheid van de module, de opbouw, het ervaren van autonomie, het generaliseren van vaardigheden in de praktijk en de mogelijkheid tot monitoren zijn ook terug te vinden in wetenschappelijke literatuur. Zo wordt er een grote meerwaarde gezien in de toegankelijkheid van de app op de telefoon, waardoor modules voor zowel de cliënt als de behandelaar gebruiksvriendelijk zijn (Postel et al., 2013; Waringa & Ribbers, 2018). Onder andere deze gebruiksvriendelijkheid maakt dat cliënten het makkelijk zelfstandig kunnen inzetten en zelf keuzes kunnen maken waar en wanneer de module in te zetten (De Jong et al., 2014; Ruwaard, 2007; Waringa & Ribbers, 2018). Cliënten ervaren hierdoor meer autonomie wat een belangrijke basisbehoefte is, die een positieve invloed heeft op de intrinsieke motivatie van de cliënt (Ryan & Deci, 2000; Van Yperen, 2010). Het grote aanbod, de opbouw van de module en de gevarieerde oefeningen, keuzemogelijkheden en verschillende filmpjes, maakt dat het goed bij de cliënt aansluit (Waringa & Ribbers, 2018). Samen met de mogelijkheid die de behandelaar heeft om mee te kijken en tussendoor online te reageren en feedback te geven, is dit helpend voor de cliënt (Baumeister et al., 2014). Kleine haalbare opdrachten en het bieden van feedback tussendoor vergroot immers de kans op een effectieve behandeling (Bandura, 1998). De inzet van e-healthmodules, waar real-time registratie een onderdeel van is, in combinatie met (online) ondersteuning van een behandelaar, stimuleert het generaliseren van vaardigheden in de alledaagse praktijk (De Jong et al., 2014; Postel et al., 2013; Ruwaard et al., 2007). Deze real-time registratie maakt dat de behandelaar nog beter kan aansluiten bij de praktische uitvoering en indien nodig tijdig kan bijsturen (Buntrock et al., 2015; Erbe et al., 2017; Niestijl, 2024). Door het zelfstandig werken binnen een e-healthmodule en de online inzage die de behandelaar krijgt in het hulpverleningsproces, kan de behandelaar de voortgang monitoren en kan er meer diepgang bereikt worden in de face-to-face contacten (Postel et al., 2013). Met al deze ervaren werkzame factoren wordt het gebruik van e-healthmodules in de vorm van blended behandelen door de participanten als waardevolle aanvulling gezien op de reguliere behandeling.

### **Limitaties en krachten**

De kracht van onderhavig onderzoek is de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling en analyse wat de validiteit van het onderzoek heeft vergroot (Flick, 2018).

Doordat deze gegevens zijn gecombineerd en in de interviews de participanten hun eigen ingevulde vragenlijst is getoond tezamen met de gedane analyse, heeft dit hen extra inzicht gegeven in hun eigen gebruik van e-healthmodules. Dit heeft geholpen om van de participanten informatie te krijgen over de door hen ervaren werkzame factoren in het blended behandelen. Doordat er is gekozen om behandelaren te interviewen die veel gebruik maakten van e-healthmodules waren zij goed in staat om werkzame factoren te benoemen. In de semigestructureerde interviews was ruimte om door te vragen, waardoor de participanten uitgenodigd werden om hier vanuit hun eigen perspectief informatie over te delen (Flick, 2018; Tobi & Scheepers, 2021). Dit kan gezien worden als een sterkte van het onderzoek. Een andere kracht van het onderzoek is de samenwerking van de onderzoeker met enkele medewerkers binnen de instelling. Mede dankzij de stimulans door enkele eigen medewerkers binnen Instelling X, is de respons op de vragenlijsten uitgekomen boven de vijftig procent.

Dit onderzoek kent echter ook enkele beperkingen. Zo zijn de respondenten voor de vragenlijst benaderd in maart 2024 en hebben de interviews plaatsgevonden in mei/juni 2024, terwijl de data al in juli 2023 uit Minddistrict is gegenereerd. De data was hierdoor voor de respondenten verouderd, waardoor kennis over de ingezette modules in sommige gevallen was weggezaakt en het voor de participanten moeilijk was dit op te halen. Daarbij hebben zij veelal in de tussentijd gebruik gemaakt van inzet van andere e-healthmodules wat niet in de dataverzameling kon worden meegenomen. Dit is ten koste gegaan van de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek. Andere beperkingen die invloed hadden op de validiteit van onderhavig onderzoek kwamen voort uit het gegeven dat er geen cliëntgegevens voor wie de e-healthmodules zijn ingezet in het onderzoek zijn meegenomen. De gegevens die zijn gebruikt om iets te kunnen zeggen over de doelgroep, zijn enkel afkomstig van informatie van Minddistrict voor wie de specifieke module is bedoeld. De participanten gaven in het interview aan dat zij soms andere keuzes hebben gemaakt wanneer zij vonden dat een andere module beter aansloot bij de cliënt. Zo werden modules voor jongeren soms bij (jong)volwassenen ingezet en andersom. Ook is data meegenomen van de inzet van e-healthmodules binnen een huisartsenpraktijk, aangezien twee participanten, naast behandelaar in Instelling X, ook werkzaam waren als praktijkondersteuner bij een huisartsenpraktijk. Het bleek niet mogelijk deze inzet uit de gegenereerde data van Minddistrict te filteren. Een andere beperking is dat zowel de vragenlijst als het interview voor dit onderzoek zijn ontwikkeld, waardoor er geen kennis is over de betrouwbaarheid en validiteit van deze onderzoeksinstrumenten. Daarbij werden de vragen in de vragenlijst gesteld per e-healthmodule. Wanneer dezelfde module bij meerdere cliënten verschillend was ingezet of ervaren, kon dit niet in de vragenlijst worden

aangegeven. Vanwege deze beperkingen heeft het onderzoek niet valide kunnen meten wat de inzet alleen binnen Instelling X is geweest. Dit heeft een negatieve uitwerking gehad op de validiteit van het onderzoek.

Ook het kwalitatieve onderzoeksgedeelte kent enige beperkingen. Zo is de grootte van de steekproef van het aantal interviews een beperking, aangezien er geen sprake is geweest van verzadiging. Een andere beperking zit in het opstellen van de interviewleidraad. Deze bleek meerdere vragen te bevatten dan noodzakelijk was voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Vragen over bijvoorbeeld de achterliggende redenen voor het gebruik van e-healthmodules en over algemeen werkzame factoren en de vergelijking met het regulier behandelen, zijn hierdoor niet meegenomen in de analyse. Het semigestructureerde interview is hierdoor langer geworden dan nodig, waardoor de belasting bij de geïnterviewden ook groter is geweest dan noodzakelijk was voor het onderzoek. De betrouwbaarheid is tevens verminderd vanwege de thematische analyse en de daarbij behorende codering die alleen door de onderzoeker is uitgevoerd, waardoor interpretatiefouten kunnen zijn ontstaan.

Een laatste beperking van het onderzoek in het algemeen is dat deze zich volledig heeft gericht op Instelling X en er geen vergelijkingen zijn gemaakt met andere organisaties. De resultaten kunnen hierdoor niet zonder aanvullend onderzoek gegeneraliseerd worden naar andere organisaties.

### **Implicaties praktijk en vervolgonderzoek**

Aangezien de inzet van het gebruik van e-healthmodules in de praktijk achterblijft bij de mogelijkheden, zoals ook uit ander onderzoek naar voren komt (Mol et al., 2016; Van der Vaart et al., 2022), is het aanbevolen om aandacht te hebben voor de implementatie van blended behandelen. De resultaten uit het onderzoek kunnen gebruikt worden om kennis over de werkzame factoren onder behandelaren uit te breiden. Kennis over deze werkzame factoren kan behandelaren motiveren bij de inzet van e-healthmodules. Het gegeven dat er in Instelling X een aantal behandelaren zijn die veel gebruik maken van e-healthmodules kan gebruikt worden bij deze implementatie. Zoals enkele participanten (4,5,6,7) hebben aangegeven is het een onderwerp wat in teambijeenkomsten al vaker terugkomt. Het is aanbevolen dat de organisatie deze mogelijkheid blijft faciliteren, zodat medewerkers tijd en ruimte krijgen om succeservaringen te delen en elkaar te ondersteunen bij de inzet. Medewerkers met meer ervaring dienen hierin gestimuleerd te worden een kartrekkersrol op zich te nemen.

Waar dit onderzoek zich heeft gericht op de door behandelaren ervaren werkzame factoren, is het een zinvolle toevoeging om in vervolgonderzoek cliënten te benaderen over

welke werkzame factoren zij in hun eigen blended behandeling hebben ervaren. Veel organisaties maken gebruik van een vragenlijst waarin cliënten gevraagd worden naar de tevredenheid over de behandeling. Hierin zou een vraag toegevoegd kunnen worden of de cliënt gebruik heeft gemaakt van e-healthmodules en zo ja, hoe dit door de cliënt is ervaren. De werkzame factoren, die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen, kunnen als keuzeopties aangeboden worden. De cliënt kan dan aanvinken wat die als werkzaam heeft ervaren en wat mogelijk niet. Ander vervolgonderzoek kan zich richten op de effecten van blended behandelen door deze behandeling te vergelijken met een vergelijkbare reguliere behandelingen waarbij geen gebruik is gemaakt van e-healthmodules.



## Referenties

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Fokkema, M., Spinhoven, P., & Van Furth, E. F. (2017). Moderators of change in an internet-based intervention for eating disorders with different levels of therapist support: What works for whom? *Behaviour Research and Therapy*, *89*, 66–74. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.012>
- Andersson, G., Carlbring, P., Titov, N., & Lindefors, N. (2019). Internet interventions for adults with anxiety and mood disorders: A narrative umbrella review of recent meta-analyses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *64*, 465–470. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1177/0706743719839381>.
- ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (2023). ATLAS.ti Mac (version 24.1.1) [Qualitative data analysis software]. <https://atlasti.com>
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions — A systematic review. *Internet Interventions*, *1*(4), 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
- Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D., & Andersson, G. (2011). Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research And Therapy*, *49*(3), 158–169. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.007>
- Boon, A., De Boer, S., & Ravestijn, E. (2012). De Child outcome rating scale (C-ORS) en de Child session rating scale (C-SRS). *Tijdschrift voor psychotherapie*, *38*(2), 73–87. <https://doi.org/10.1007/s12485-012-0008-y>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Broglia, E., Millings, A., & Barkham, M. (2019). Counseling With Guided Use of a Mobile Well-Being App for Students Experiencing Anxiety or Depression: Clinical Outcomes of a Feasibility Trial Embedded in a Student Counseling Service. *JMIR Mhealth And Uhealth*, *7*(8), e14318. <https://doi.org/10.2196/14318>

- Bruinsma, A., Kampman, M., Exterkate, C., & Hendriks, G. (2016). [An Exploratory Study of “Blended” Cognitive Behavioural Therapy (CBT) for patients with a panic Disorder: Results and Patients’ Experiences]. *PubMed*, 58(5), 361–370.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27213635>
- Buntrock, C., Ebert, D., Lehr, D., Riper, H., Smit, F., Cuijpers, P., & Berking, M. (2015). Effectiveness of a evidence Based Cognitive Behavioural Intervention for Subthreshold Depression: Pragmatic: Randomise Controlled Trial. *Psytherapy and psychosomatics*, 84, 348-358.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face to face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1-18.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Evans, K. (2002). E-mental health in Australia: Implications of the internet and related Technologies for policy [Dataset]. In *PsycEXTRA Dataset*. <https://doi.org/10.1037/e677122010-001>
- Clark, L. A., and Watson, D. (1995). Constructing validity: basic issues in objective scale development. *Psychol. Assess.* 7, 309–319. <https://doi:10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Clark, L. A., and Watson, D. (2019). Constructing validity: new developments in creating objective measuring instruments. *Psychol. Assess.* 31:1412. <https://doi:10.1037/pas0000626>
- De Jong, C., Ros, W., & Schrijvers, G. (2014). The Effects on Health Behavior and Health Outcomes of Internet-Based Asynchronous Communication Between Health Providers and Patients With a Chronic Condition: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(1), 1-13. <https://www.jmir.org/2014/1/e19>
- Doornbos, E., Vos, R., & Glashouwer, K. (2023). Online behandeling voor jongeren met een eetstoornis via 99gram.nl. Een evaluatie van de effecten. *GGzet Wetenschappelijk*, 27(2), 11-22.

- Ebert, D. D., Berking, M., Cuijpers, P., Lehr, D., Pörtner, M., & Baumeister, H. (2015). Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 176*, 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.056>
- Erbe, D., Eichert, H. C., Riper, H., & Ebert, D. D. (2017). Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *JMIR. Journal Of Medical Internet Research, 19*(9), e306. <https://doi.org/10.2196/jmir.6588>
- Instelling X (2024). Werkwijze GGZ-organisatie.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *PubMed, 47*(9), 1102–1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.47.9.1102>
- Karekla, M., Kasinopoulos, O., Neto, D., Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., Höfer, S., Oeverland, S., & Jensen, K. L. (2019). Best Practices and Recommendation for Digital Interventions to Improve Engagement and Adherence in Chronic Illness Sufferers. *European Psychologist, 24*(1), 49-67. <https://doi:10.1027/1016-9040/a000349>
- Khosravi, M., Azar, G., & Izadi, R. (2024). Principles and elements of patient-centredness in mental health services: a thematic analysis of a systematic review of reviews. *BMJ Open Quality, 13*(3), e002719. <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2023-002719>
- Maglia, M., Corello, G., & Caponnetto, P. (2021). Evaluation of the Effects of Telepsychotherapy in the Treatment and Prevention of Eating Disorders in Adolescents. *International Journal Of Environmental Research And Public Health/International Journal Of Environmental Research And Public Health, 18*(23), 12573. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312573>
- Minddistrict. (z.d.). *Catalogue of interventions*. Geraadpleegd op 22 december 2023, van <https://www.minddistrict.com/catalogue>
- Mertens, D. M. (2023). *Mixed methods research: Research Methods*. Bloomsbury Publishing.

- Mol, M., Dozeman, E., Van Schaik, D. J. F., Vis, C., Riper, H., & Smit, J. (2016). The therapist's role in the implementation of internet-based cognitive behavioural therapy for patients with depression: study protocol. *BMC Psychiatry*, *16*(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-1045-9>
- Niestijl, A. (2024). Stage eindverslag. Masterstage Orthopedagogiek. *Hoofdstuk 2: Interventie – Kritische reflectie. Blended behandelen bij Cognitief Gedragstherapeutische Interventies*. Master Pedagogische Wetenschappen, Orthopedagogiek.
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Library*, *2016*(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011565.pub2>
- Postel, M., Witting, M., & Van Gemert-Pijnen, J. (2013). Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. *Directieve Therapie*, *33*(3), 210–221.  
[http://rijksdoc.tijdschriften.budh.nl/tijdschrift/dth/2013/3/DTH\\_0167-238x\\_2013\\_033\\_003\\_003](http://rijksdoc.tijdschriften.budh.nl/tijdschrift/dth/2013/3/DTH_0167-238x_2013_033_003_003)
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *PubMed*, *47*(9), 1102–1114.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066x.47.9.1102>
- Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp - richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. (2024, 4 januari). *Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. Geraadpleegd van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-passende-hulp> op 2 februari, 2024
- Romijn, G., Batelaan, N. M., Kok, R., Koning, J., Van Balkom, A., Titov, N., & Riper, H. (2019). Internet-Delivered Cognitive Behavioral therapy for anxiety disorders in open community versus clinical service recruitment: Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(4), e11706. <https://doi.org/10.2196/11706>
- Romijn, G., Batelaan, N. M., Koning, J., Van Balkom, A., De Leeuw, A., Benning, F., Roijen, L. H., & Riper, H. (2021). Acceptability, Effectiveness and cost-effectiveness of Blended Cognitive-behavioural therapy (BCBT) versus Face-to-face CBT (FTFCBT) for anxiety disorders in specialised Mental health care: a 15-week randomised

- controlled trial with 1-year follow-up. *PLOS ONE*, 16(11), e0259493.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259493>
- RVS (2002). *E-health in zicht*. Den Haag: Raad voor de Gezondheidszorg en Samenleving.
- RVS (2017). *Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Ruwaard, J., Lange, A., Bouwman, M., Broeksteeg, J., & Schrieken, B. (2007). E-Mailed Standardized Cognitive Behavioural Treatment of Work-Related Stress: A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(3), 179–192.  
<https://doi.org/10.1080/16506070701381863>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Seiferth, C., Vogel, L., Aas, B., Brandhorst, I., Carlbring, P., Conzelmann, A., Esfandiari, N., Finkbeiner, M., Hollmann, K., Lautenbacher, H., Meininger, E., Newbold, A., Opitz, A., Renner, T., Sander, L., Santangelo, P., Schoedel, R., Schuller, B.W., Stachl, C., ... Löchner, J. (2023). How to e-Mental Health: A guideline for researchers and practitioners using digital technology in the context of mental health. *Nature Mental Health*, 1(8), 542–554. <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00085-1>
- Sethi, S., Campbell, A., & Ellis, L. A. (2010). The Use of Computerized Self-Help Packages to Treat Adolescent Depression and Anxiety. *Journal Of Technology in Human Services*, 28(3), 144–160. <https://doi.org/10.1080/15228835.2010.508317>
- Simblett, S., Birch, J., Matcham, F., Yágüez, L., & Morris, R. G. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of e-Mental Health Interventions to Treat Symptoms of Posttraumatic Stress. *JMIR Mental Health*, 4(2), e14.  
<https://doi.org/10.2196/mental.5558>
- Stil, B., Bellengé, N., & Snoeren, R. (2016). *De werkzame principes van Blended Care in het sociaal domein*.

- Sucala, M., Schnur, J.B., Constantino, M.J., Miller, S.J., Brackman, E.H., & Montgomery, G.H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(4), 110.  
<https://doi.org/10.2196/jmir.2084>
- Titzler, I., Saruhanjan, K., Berking, M., Riper, H., & Ebert, D. D. (2018). Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: A qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet Interventions*, *12*, 150–164.  
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.01.002>
- Torous, J., Nicholas, J., Larsen, M. E., Firth, J., & Christensen, H. (2018). Clinical review of user engagement with mental health smartphone apps: evidence, theory and improvements. *Evidence-Based Mental Health*, *21*(3), 116–119.  
<https://doi.org/10.1136/eb-2018-102891>
- Van Daele, T., Best, P., Bernaerts, S., Van Assche, E., & De Witte, N. A. J. (2021). Dropping the E: The potential for integrating e-mental health in psychotherapy. *Current Opinion in Psychology*, *41*, 46–50. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.02.007>
- Van Daele, T., & De Witte, N. (2017). Technoet of technofob? Attitudes rond technologiebruik in kaart brengen bij cliënt en professional. *Psyche: Tijdschrift van de VVGG* *29*(3), 16–18.
- Van Daele, T., Mathiasen, K., Carlbring, P., Bernaerts, S., Brugnera, A., Compare, A., Duque, A., Eimontas, J., Gosar, D., Haddouk, L., Karekla, M., Larsen, P. V., Lo Coco, G., Nordgreen, T., Salgado, J., Schwerdtfeger, A., Van Assche, E., Willems, S., & De Witte, N. A. J. (2022). Online consultations in mental healthcare: Modelling determinants of use and experience based on an international survey study at the onset of the pandemic. *Internet Interventions*, *30*, 100571.  
<https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100571>
- Van Daele, T., & Van Assche, E. (2019b). Blended therapie: een basis voor betere zorg? *GZ-psychologie*, *11*(1), 24–29. <https://doi.org/10.1007/s41480-019-0002-x>

- Van der Vaart, R., Van Deursen, L., Standaar, L., Wouters, M., Suijkerbuijk, A., Van Tuyl, L., Aardoom, J., Versluis, A. & Rompelberg, C. (2022). *E-healthmonitor 2021: stand van zaken digitale zorg*. Bilthoven RIVM.
- Van Yperen, T., Veerman, J. W., Van den Berg, G. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: stand van de discussie*. Geraadpleegd van <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Rapport-AlgemeenWerkzameFactoren.pdf> op 1 april 2024
- Verhoeven, P. S. (2020). *Thematische analyse: patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*. Boom.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry/World Psychiatry*, 14(3), 270–277.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Waringa, A., & Ribbers, A. (Eds.). (2018). *E-health: handboek voor zorg- en hulpverleners*. Boom.
- 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), e9.  
<https://doi.org/10.2196/mental.4534>

## Bijlage 1: Respondenten vragenlijst en interview

**Tabel 10**

*Aantal Ingezette Modules per Respondent*

<b>nummer behandelaar n=63</b>	<b>aantal ingezette modules van hoog naar laag</b>	<b>respondenten vragenlijst n=32</b>	<b>toestemming interview n=21</b>	<b>participanten interview n=8</b>	<b>toestemming persoons- gegevens</b>
34	56				
26	48	x			x
28	38	x	x	x	x
22	37	x			x
14	35	x			x
12	34	x	x	x	x
19	23	x			x
5	23	x	x	-	x
1	22				
8	21	x	x	x	x
52	20	x	x	x	x
29	20	x	x	x	x
23	20	x	x	-	
15	17	x	x	x	x
9	16	x	x	x	x
13	15	x			x
16	15				
21	14				
3	13				
39	13				
46	13	x	x	x	x
6	12				
33	12	x	x		x
35	11	x			x
10	10				
32	10				
40	10				
47	9	x	x		x
7	8	x	x		x
25	8				
36	8				
2	7				
42	7	x			x
30	7				
18	7	x			x
43	7				
11	6				
24	6				
57	6	x	x		x



55	5	x	x	x
48	5			
41	5	x	x	x
17	4	x		x
56	4	x	x	x
50	4			
53	4	x	x	x
49	4	x	x	x
27	3	x		x
31	3			
38	3			
20	2			
54	2			
59	2			
61	2			
63	2	x		x
4	1			
37	1			
44	1			
45	1			
51	1			
60	1	x	x	
58	1	x	x	x
62	1			

---

## Bijlage 2: Informatiebrief

### INFORMATIEBRIEF OVER HET ONDERZOEK

#### *Onderzoek naar het gebruik van e-mental health in de vorm van blended behandelen binnen de ambulante GGZ.*

#### **Inleiding**

Dit onderzoek, naar het gebruik van e-mental health binnen [REDACTED], bestaat uit twee delen. Voor het eerste deel word je als behandelaar van [REDACTED] gevraagd om een korte vragenlijst in te vullen. De vragen gaan over de inzet van de door jou gebruikte e-healthmodules van het e-healthplatform, Minddistrict. Het betreffen vier vragen per ingezette e-healthmodule. Op basis van jouw ervaring in het gebruik van e-mental health, kun je benaderd worden voor het tweede deel van het onderzoek. Dit betreft een interview met verdiepende vragen naar het gebruik van e-mental health in de vorm van blended behandelen.

De onderzoeker Annet Niestijl-Tinge, masterstudent Orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen, zal de vragenlijst uitzetten en het interview afnemen. Tijdens het studiejaar 23-24 zal het onderzoek worden uitgevoerd en worden verwerkt in een thesis. De student wordt begeleid door de supervisors vanuit de opleiding en vanuit [REDACTED]: Dr. Jana Knot-Dickscheit en [REDACTED].

Het onderzoek richt zich op de volgende onderzoeksvragen:

1. *Hoe wordt e-mental health in de vorm van blended behandelingen binnen een GGZ-organisatie in Noord-Nederland ingezet?*
2. *Welke werkzame factoren ervaren behandelaren van een GGZ-organisatie in Noord-Nederland bij de inzet van blended behandelingen?*

#### **Moet ik meedoen aan dit onderzoek?**

Meedoen aan het onderzoek is vrijwillig. Wel is jouw toestemming nodig. Lees deze informatie daarom goed door voordat je het toestemmingsformulier tekent. Wanneer je vragen hebt, kun je deze stellen door de onderzoeker te mailen. Als je besluit om niet mee te doen, kun je dit per mail aangeven of aanvinken op het toestemmingsformulier. Je hoeft niet uit te leggen waarom. Niet meedoen zal geen negatieve gevolgen hebben. Wanneer je na een week niet hebt gereageerd, zal je een herinneringsmail toegestuurd krijgen.

#### **Wat vragen we van je tijdens het onderzoek?**

- Toestemming voor deelname wordt gevraagd via een schriftelijke toestemmingsformulier. Het toestemmingsformulier is te vinden in je postvakje op de locatie van [REDACTED].
- De toestemmingsformulieren worden verzameld door [REDACTED]. Je kunt je getekende toestemmingsformulier achterlaten in haar postvak.
- De vragenlijst kun je via de mail invullen. De invultijd is afhankelijk van het aantal door jou gebruikte e-healthmodules. Het kost maximaal 1 minuut per e-healthmodule.
- Een aantal behandelaren die de vragenlijst hebben ingevuld, zullen benaderd worden voor een verdiepend interview. Je kunt op het toestemmingsformulier aangeven of je hier wel of niet voor benaderd wilt worden.
- De interviews zullen plaatsvinden in mei 2024. De duur van het interview bedraagt 60 minuten.

## Hoe gaan we met jouw gegevens om?

- Het doel van de gegevensverwerking betreft een opleidingsdoel en in het bijzonder het schrijven van een thesis. Jouw privacy zal daarbij worden gewaarborgd.
- De gegevens uit de vragenlijst en het interview worden gepseudoniseerd opgeslagen. Dit betekent dat aan jouw persoonsgegevens een onderzoeksnummer wordt gekoppeld, zodat de verkregen informatie alleen via dit zogenaamde koppelbestand is te herleiden naar jou als deelnemer.
- Behalve je voor- en achternaam worden er geen andere persoonsgegevens opgeslagen.
- Van het interview zal een audio-opname worden gemaakt. Na het transcriberen van het interview heb je de mogelijkheid om het transcript in te zien en binnen één week te rectificeren.
- Het coderen van de verzamelde gegevens wordt gedaan door de masterstudent door middel van het programma Atlas.ti.
- De gepseudoniseerde data van het vragenlijstonderzoek en de audio-opnames en transcripten van de interviews zullen worden opgeslagen op een extra beveiligde schijf van de RUG. Volgens het datamanagementprotocol van de opleiding Pedon van de RUG zal de verkregen data 10 jaar worden bewaard. Deze beveiligde schijf is alleen voor de onderzoekers toegankelijk.
- Alle verkregen ruwe data, samen met de codeboeken en resultaten wordt, zonder het koppelbestand, bij ████████ op een beveiligde onderzoeksschijf opgeslagen. Deze schijf is alleen toegankelijk voor de onderzoekers van Molendrift.
- Alle data en opnames worden van de eigen apparatuur verwijderd.
- Het onderzoek zal niet worden gepubliceerd. Het onderzoek wordt alleen voor de thesis en voor ████████ gebruikt.

## Verdere toelichting

Je kunt altijd vragen stellen over het onderzoek: nu, tijdens het onderzoek, en na afloop. Dit kan door de betrokken onderzoekers te e-mailen: masterstudent Annet Niestijl-Tinge ([a.tinge@student.rug.nl](mailto:a.tinge@student.rug.nl)) of de supervisors: Dr. Jana Knot-Dickscheit of ████████ ████████

Heb je vragen/zorgen over jouw rechten als onderzoeksdeelnemer of de uitvoering van het onderzoek? Je kunt hierover contact opnemen met de Ethische Commissie Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen: [ec-bss@rug.nl](mailto:ec-bss@rug.nl).

Heb je vragen of zorgen over hoe er met jouw persoonsgegevens wordt omgegaan? Je kunt hierover contact opnemen met de Functionaris Gegevensbescherming van de Rijksuniversiteit Groningen: [privacy@rug.nl](mailto:privacy@rug.nl).

*Als onderzoeksdeelnemer heb je recht op een kopie van deze onderzoeksinformatie.*

## Bijlage 3: Toestemmingsformulier

### GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

#### *Onderzoek naar het gebruik van e-mental health in de vorm van blended behandelen binnen de ambulante GGZ.*

#### 1<sup>e</sup> deel onderzoek: vragenlijst

- Ik heb de informatie over het onderzoek in de informatiebrief gelezen.
- Ik begrijp waar het onderzoek over gaat, wat er van me gevraagd wordt, hoe er met mijn gegevens wordt omgegaan, en wat mijn rechten als deelnemer zijn.
- Ik begrijp dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is. Ik kies er zelf voor om mee te doen. Ik kan op elk moment stoppen met meedoen. Als ik stop, hoef ik niet uit te leggen waarom. Stoppen zal geen negatieve gevolgen voor mij hebben.
- Ik geef hieronder aan waar ik toestemming voor geef.

#### Toestemming voor deelname 1<sup>e</sup> deel onderzoek: invullen van vragenlijst

Ja, ik vul de gemaakte vragenlijst in. De door mij ingevulde gegevens mogen gebruikt worden in de analyse voor dit onderzoek.

Nee, ik wens niet deel te nemen aan dit onderzoek.

Ik twijfel nog. Kan de onderzoeker mij mailen zodat ik mijn vragen en/of twijfels kan bespreken?

#### Toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens:

Ja, ik geef toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens zoals vermeld in de informatiebrief. Ik weet dat ik altijd zonder opgaaf van reden mijn deelname kan stoppen en kan vragen om mijn gegevens te laten verwijderen.

Nee, ik geef geen toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens.

#### Toestemming om benaderd te worden voor deelname aan de interviews:

Ja, wanneer ik na invullen van de vragenlijsten wordt geselecteerd voor het tweede deel van het onderzoek mag je mij benaderen om medewerking te verlenen aan een interview. Ik weet dat ik ook na benaderen, zonder opgaaf van reden mag weigeren om deel te nemen aan het interview.

Nee, ik wens niet benaderd te worden voor het tweede deel van het onderzoek.

Volledige naam deelnemer:	Handtekening deelnemer:	Datum:

Volledige naam aanwezige onderzoeker:	Handtekening onderzoeker:	Datum:
Annet Niestijl-Tinge		01-03-2024

De aanwezige onderzoeker verklaart dat de deelnemer voldoende over het onderzoek is geïnformeerd.

*Je hebt recht op een kopie van dit toestemmingsformulier.*

## GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

### *Onderzoek naar het gebruik van e-mental health in de vorm van blended behandelen binnen de ambulante GGZ.*

#### **2<sup>e</sup> deel onderzoek: het interview**

*Hartelijk dank voor je medewerking aan het tweede deel van het onderzoek: het interview. Dit toestemmingsformulier is een aanvulling op het eerder door jou ondertekende toestemmingsformulier: geïnformeerde toestemming deel 1, waarin je hebt aangegeven benaderd te mogen worden voor dit tweede onderzoeksdeel: een 60 minuten durend interview. In dit toestemmingsformulier kun je aangeven waar je toestemming voor geeft.*

#### Toestemming voor deelname 2<sup>e</sup> deel onderzoek: het interview

- Ja, ik geef toestemming om mee te werken aan de afname van een 60 minuten durend interview.  
 Nee, ik wens niet deel te nemen aan het interview. Mijn onderzoeksdeelname blijft beperkt tot het eerste onderzoeksdeel: de vragenlijst.

#### Toestemming voor het maken van audio-opnames tijdens het interview:

- Ja, ik geef toestemming voor het maken van audio-opnames van mij als deelnemer tijdens het interview.  
 Nee, ik geef geen toestemming voor het maken van audio-opnames. *Het interview kan niet afgenomen worden zonder audio-opnames.*

#### Verzoek om het getranscribeerde interview in te zien:

- Ja, ik wil het transcript van mijn interview graag inzien. Ik heb 1 week de tijd om wijzigingen aan te brengen. Wanneer ik niet binnen 1 week reageer, ben ik akkoord om het transcript te gebruiken voor het onderzoek.  
 Nee, ik hoef het transcript van mijn interview niet in te zien, voordat deze gebruikt wordt voor het onderzoek.

#### Toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens:

- Ja, ik geef toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens zoals vermeld in de onderzoeksinformatie. Ik weet dat ik altijd zonder opgaaf van reden mijn deelname kan stoppen en kan vragen om mijn gegevens te laten verwijderen.  
 Nee, ik geef geen toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens.

Volledige naam deelnemer:	Handtekening deelnemer:	Datum:

Volledige naam aanwezige onderzoeker:	Handtekening onderzoeker:	Datum:
Annet Niestijl-Tinge		10-5-2024

De aanwezige onderzoeker verklaart dat de deelnemer voldoende over het onderzoek is geïnformeerd.

*Je hebt recht op een kopie van dit toestemmingsformulier.*

## Bijlage 4: Vragenlijst

### **1. In welke fase van de behandeling heb je de module ingezet?**

*Meerdere keuzes mogelijk*

Antwoordmogelijkheden:

- fase 1
- fase 2
- fase 3
- fase 4
- fase 5

### **2. Heb je de module in delen gebruikt of volledig?**

*Enkele keuze: kruis vakje aan dat het MEESTE van toepassing is.*

Antwoordmogelijkheden:

- (bijna) altijd gedeeltelijk
- vooral gedeeltelijk
- zowel gedeeltelijk als volledig
- vooral volledig
- (bijna) altijd volledig

### **3. Hoe tevreden ben je met deze module op een schaal van 1 t/m 7?**

*1= Zeer ontevreden 7= Heel tevreden*

### **4. Hoe pas je de module toe?**

*Meerdere keuzes mogelijk*

Antwoordmogelijkheden:

- onbegeleid
- grotendeels onbegeleid
- zowel onbegeleid als begeleid
- grotendeels begeleid
- begeleid

## Bijlage 5: Interviewleidraad

### **Intro: (7 min)**

[Kort mezelf voorstellen.]

*Fijn dat je mee wilt werken aan dit interview over blended behandelen in de ambulante GGZ. Blended behandelen is een heel groot begrip. Echter in dit onderzoek gaat het specifiek over het gebruik van e-healthmodules binnen een reguliere GGZ-behandeling. En aangezien Molendrift gebruik maakt van het e-healthplatform Minddistrict, gaat dit interview over het gebruik van e-healthmodules van Minddistrict tijdens de behandeling. Uit de informatie van Minddistrict bleek dat jij veel e-healthmodules hebt gebruikt afgelopen periode [periode noemen: start Minddistrict tot januari 2024]. Die heb je in de vragenlijst al gescoord. Waarvoor dank.*

*Dit verdiepende semigestructureerde interview gaat verder in op jouw ervaring in het blended behandelen en over jouw bevindingen wat werkt en wat minder goed werkt. Er zijn geen goede of foute antwoorden.*

*In het onderzoek ga ik proberen verbanden te leggen tussen de door jou genoemde ervaringen en die van de andere medewerkers die ik zal interviewen. Ook zal ik jullie antwoorden gaan vergelijken met bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur.*

*Het interview duurt maximaal 1 uur. Het betreft een aantal vooraf opgestelde vragen, waar ik afhankelijk van je antwoord op door zal vragen. Daarbij is er ruimte om toelichting te geven en voorbeelden te noemen. Ik zal de tijd bewaken en je mogelijk kunnen onderbreken wanneer het antwoord duidelijk is en we vanwege de tijd door moeten naar de volgende vraag. Is dat oké?*

*Het interview ziet er als volgt uit: [topic-lijstje laten zien].*

*Zoals in het toestemmingsformulier staat, zal ik het interview opnemen, zodat ik het later rustig kan terugluisteren en kan transcriberen. Wanneer je wilt, kan je het transcript daarna zelf nog lezen en waar nodig binnen 1 week verbeteren.*

[checken wat is aangevinkt in het toestemmingsformulier, eventueel hier nog doornemen wat de medewerker zou willen].

*Is dit tot zover duidelijk? Heb je voordat ik de opname start, nog vragen of opmerkingen? [ruimte geven voor vragen] [Opname starten.]*

### **1. Algemeen: (3 min) Allereerst een aantal korte algemene vragen.**

*1a. Wat is je functie?*

*1b. Hoelang werk je binnen de ambulante GGZ?*

*1c. Vanaf wanneer werk je bij Molendrift?*

*1d. Vanaf wanneer werk je met e-healthmodules van Minddistrict?*

*(vanaf de start van Minddistrict binnen [ ] of al eerder of later)*

## **2. Resultaten uit de vragenlijst (20min)**

Vooraf info halen uit ingevulde vragenlijst; samen kijken naar de ingevulde vragenlijst, waarbij ik de info uit de vragenlijst deel en een overzicht geef van de eerste analyse van gebruikte e-healthmodules. Presenteren in powerpoint.

### **2a Modules** [opvallendheden bespreken en vragen naar uitleg/reden]

*2a-1 Wat is de reden dat je de modules [frequent ingezette modules noemen, top 3] vaker hebt ingezet?*

*2a-2 Wat spreekt je juist aan in deze module(s)?*

*2a-3 Waarom zou je deze module(s) aanraden aan een collega?*

*2a-4 Zijn er modules die je bewust niet inzet? Wat is hiervan de reden?*

### **2b Categorie** [opvallendheden bespreken en vragen naar uitleg/reden]

*2b-1 Wat is de reden dat je meer gebruik hebt gemaakt van modules die vallen onder de categorie [categorie module noemen die het vaakst zijn ingezet]?*

*2b-2 Hoe valt binnen deze categorie goed gebruik te maken van e-healthmodules?*

*Kan je een voorbeeld noemen?*

*2b-3 Zijn er specifieke categorieën/hulpvragen waarbij je sneller kiest voor het inzetten van e-healthmodules?*

*Wat is hiervan de reden? (bijv. succeservaringen, tips van collega, mogelijkheid van zelfstandig aan de module werken, etc.)*

*2b-4 Binnen [categorie noemen van e-healthmodules die niet door de behandelaar zijn ingezet] heb je geen e-healthmodules ingezet.*

*Kan je vertellen wat daar de reden voor is?*

### **2c Doelgroep (kinderen, jongeren, volwassenen, ouders)** [opvallendheden bespreken en vragen naar uitleg/reden]

*2c-1 Het valt op dat je bij [doelgroep die het vaakst ingezet wordt noemen, bij grote verschillen kijken naar de drie meest gebruikte modules] het vaakst e-healthmodules inzet. Wat is hier de reden van?*

*2c-2 Zijn er specifieke cliëntkenmerken (leeftijd, onderwijsniveau) waarbij je sneller kiest voor het inzetten van e-healthmodules?*

*2c-3 Zijn er specifieke cliëntkenmerken (leeftijd, onderwijsniveau) waarbij je juist niet of minder snel kiest voor het inzetten van e-healthmodules?*

### **2d. Fasen** [opvallendheden bespreken en vragen naar uitleg/reden]

*2d-1 Wat is de reden dat je vooral in de fases [fases noemen waarin het vaakst e-healthmodules worden ingezet, als dit erg verschilt per module dan kijken naar de fases van de drie meest gebruikte modules] e-healthmodules hebt ingezet?*

*2d-2 Wat maakt dat je in deze fase [minder/weinig/geen] gebruik hebt gemaakt van e-healthmodules. Kun je dit toelichten?*



**2e. Gedeeltelijk of Volledig inzetten** [opvallendheden bespreken en vragen naar uitleg/reden]

*2e-1 De modules [modules noemen die vooral gedeeltelijk zijn ingezet] heb je vooral gedeeltelijk ingezet? Wat is de reden voor deze keuze?*

*2e-2 Wat werkt goed aan het gedeeltelijk inzetten. Kan je dit toelichten?*

*2e-3 De modules [modules noemen die vooral volledig zijn ingezet] heb je vooral volledig ingezet? Wat is de reden voor deze keuze? (checken of er een link is met de doelgroep)*

*2e-4 Wat werkt goed aan het volledig inzetten? Kan je dit toelichten?*

**2f. Waardering module** [opvallendheden bespreken en vragen naar uitleg/reden]

*2f-1 Je hebt een gemiddeld cijfer gegeven van [ ... ] Daaruit concludeer ik dat je redelijk tevreden bent over de gebruikte modules.*

*Wat draagt bij aan jouw tevredenheid. Kan je dit toelichten?*

*2f-2 Wat zou er aan de module moeten veranderen om het een [cijfer met 1 punt hoger noemen, wanneer de cijfers per module erg verschillen, dan vragen naar de drie meest gebruikte modules en per module checken wat er anders zou moeten zijn] te laten scoren?*

*2f-3 Waarin verschilt de module [module noemen met een hoger cijfer] van de module [module noemen met een lager cijfer].*

**2g. Begeleid/Onbegeleid** [opvallendheden bespreken en vragen naar uitleg/reden]

*2g-1 De modules [modules noemen die vooral begeleid zijn ingezet] heb je vooral begeleid ingezet? Wat is de reden voor deze keuze?*

*2g-2 Wat werkt goed aan het begeleid inzetten?*

*2g-3 Welke voordelen heeft begeleid inzetten voor de cliënt? Kan je dit toelichten?*

*2g-4 En welke voordelen voor de behandelaar? Kan je dit toelichten?*

*2g-5- De modules [modules noemen die vooral onbegeleid zijn ingezet] heb je vooral onbegeleid ingezet? Wat is de reden voor deze keuze?*

*2g-6 Wat werkt goed aan het volledig inzetten?*

*2g-7 Welke voordelen heeft dit voor de cliënt? Kan je dit toelichten?*

*2g-8 En welke voordelen voor de behandelaar? Kan je dit toelichten?*

**3. Voordelen / nadelen (10 min)**

*Je hebt nu al veel verteld over de manier van inzetten van de door jou gekozen e-healthmodules en toelichting kunnen geven over jouw keuzes hierin. Ik wil je nu graag nog meer vragen stellen over de voordelen die jij ziet bij het blended behandelen. Dus de voordelen van het inzetten van e-healthmodules binnen een reguliere behandeling.*

*3a-1. Je hebt eerder al gezegd dat [eerder gegeven antwoorden bij vraag 2e (voordelen begeleid/onbegeleid) kort samenvatten] Wat zijn naar jouw idee nog meer voordelen van blended behandelen? Kan je dit toelichten?*

- 3a-2 Wat maakt blended behandelen juist helpend voor de cliënt?*  
*3a-3 Wat levert het de cliënt naar jouw idee op als je het vergelijkt met een reguliere behandeling zonder e-healthmodule?*  
*3a-4 Wat in het blended behandelen vergroot de tevredenheid van de cliënt?*  
*3a-5 Waarom zou jij de cliënt een blended behandeling aanraden?*

- 3b-1 Zou jij je collega's aanraden om e-healthmodules van Minddistrict in te zetten binnen de reguliere behandelingen?*  
*3b-2 Welke drie modules zou je zeker aanraden? Waarom deze drie?*  
*3b-3 Welke argumenten zou jij je collega's geven die twifelen over het inzetten van blended behandelen?*

- 3c-1 Zijn er naar jouw idee ook nadelen van het inzetten van e-healthmodules binnen een reguliere behandeling? Waarom wel/niet?*  
*3c-2 Indien ja: Wat zijn deze nadelen?*

#### **4. Werkzame factoren (20 min)**

*De volgende vragen gaan over welke elementen van het blended behandelen naar jouw idee bijdragen aan de effectiviteit. Het gaat hier over de zogenaamde werkzame factoren van het blended behandelen met e-healthmodules.*

onderscheiden in 3 gebieden: de contextuele kenmerken, structuurkenmerken en inhoudelijke kenmerken (Van Yperen et al., 2015). (de vragen gericht op aspecten die al genoemd zijn als antwoord op eerdere vragen overslaan, of als de tijd het toelaat herhalen en checken of het antwoord compleet is)

##### **I. Contextuele kenmerken (doel en doelgroep)**

*4a Als je kijkt naar het doel van de behandeling.*

- 4a-1 Welke werkzame factoren/elementen binnen het blended behandelen zorgen ervoor dat het goed aansluit op je behandeldoel? Wat maakt dat het goed aansluit? 4a-2 Zijn er naar jouw idee ook behandeldoelen waar blended behandelen niet goed op aansluit? Waarom niet?*

*4b Nu kijkend naar de doelgroep.*

- 4b-1 Welke werkzame factoren binnen het blended behandelen zorgen ervoor dat het goed aansluit op de betreffende doelgroep? Wat maakt dat het goed aansluit?*  
*4b-2 Is er denk, jij een doelgroep waar blended behandelen niet geschikt voor is. Waarom niet?*

##### **II. Structuurkenmerken (duur, verhouding online/face-to-face, mate van begeleiding behandelaar, vaardigheden behandelaar, monitoren van uitkomsten)**

*4c Als je kijkt naar de duur van de blended behandeling.*

- 4c-1 Wat kan je zeggen over wat werkzaam is kijkend naar de duur van de behandeling?*  
*4c-2 Waarom denk je dat?*

*4d En kijkend naar de verhouding van online en face-to-face en de mate van begeleiding,*

*4d-1 wat werkt daarin naar jouw idee het beste?*

*4d-2 Hoe bepaal je deze verhouding? Waar hou je rekening mee in het bepalen van de juiste verhouding?*

*4e Nu verder inzoomend op jouw rol als behandelaar:*

*4e-1 Wat doe jij als behandelaar waardoor de kans op een succesvolle blended behandeling vergroot wordt?*

*4e-2 Welke rol heb jij als behandelaar in de werkzame factoren van een blended behandeling.*

*4e-3 Wat denk jij wat je als behandelaar nog meer zou kunnen doen binnen het blended behandelen wat bijdraagt aan het succes?*

### **III. Inhoudelijke kenmerken**

**- globale onderdelen (het inzetten van een online e-healthmodule binnen een reguliere behandeling in het algemeen)**

**- specifieke technieken (onderdelen/technieken van een online e-healthmodule)**

*4f Als laatste inzoomend op werkzame factoren binnen de e-healthmodule zelf,*

*4f-1 Wat zijn specifieke onderdelen binnen een e-healthmodule die naar jouw idee als werkzaam gezien kan worden? (denk aan: filmpjes, registratie-opdrachten, keuzemodules, etc.)*

*4f-2 Welke onderdelen van een e-healthmodule zie jij als toevoeging van de reguliere behandeling?*

*4f-3 Wat levert dit de cliënt als extra op, t.o.v. een reguliere behandeling?*

*4f-4 Geldt dit voor alle cliënten, denk je?*

*4g. Naast alles wat je al genoemd hebt, zijn er naar jouw idee nog meer werkzame factoren die jij ervaart door het inzetten van een online e-healthmodule binnen de reguliere behandeling?*

## Vervolg vragen interview

***In hoeverre spelen de volgende algemeen werkzame factoren naar jouw idee een rol binnen het blended behandelen? (werkzame factoren, Van Yperen, 2003)***

= reguliere behandeling aangevuld met een e-healthmodule

Zet per algemeen werkzame factor een kruisje in het hokje tussen de uitersten "speelt geen rol / niet belangrijk" en "speelt een duidelijke rol / erg belangrijk". ☒

***I. In hoeverre spelen de volgende algemeen werkzame factoren naar jouw idee een rol binnen het reguliere behandelen? (werkzame factoren, Van Yperen, 2003)***

= reguliere behandeling zonder gebruik te maken van een e-healthmodule

Ga na of dit antwoord verschilt met het antwoord van vraag I. Kleur waar het antwoord niet verschilt het kruisje zwart. ☒ --> ■

Waar het antwoord wel verschilt laat je het kruisje staan en kleur je een ander hokje wat overeenkomt met het antwoord zwart. ■

☒ = blended behandelen

■ = regulier behandelen

### 1. Aansluiten bij de motivatie van de cliënt

Speelt geen rol/  
niet belangrijk

Speelt een  
duidelijke rol /  
Erg belangrijk

### 2. Kwaliteit van de werkrelatie tussen therapeut en cliënt

Speelt geen rol/  
Niet belangrijk

Speelt een  
duidelijke rol /  
Erg belangrijk

### 3. Structuur van interventie: een duidelijke doelstelling, planning en fasering

Speelt geen rol/  
Niet belangrijk

Speelt een  
duidelijke rol /  
Erg belangrijk

### 4. Interventie laten aansluiten bij probleem en hulpvraag.

Speelt geen rol/  
Niet belangrijk

Speelt een  
duidelijke rol /  
Erg belangrijk

**5. Interventie uitvoeren zoals beschreven / volgens handleiding**

*Speelt geen rol/  
Niet belangrijk*                                *Speelt een  
duidelijke rol /  
Erg belangrijk*

**6. Professionaliteit van de behandelaar:  
Opleiding en kennis van de behandelaar**

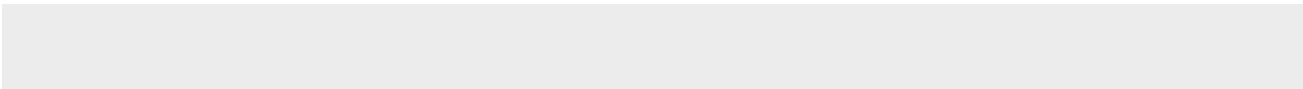
*Speelt geen rol/  
Niet belangrijk*                                *Speelt een  
duidelijke rol /  
Erg belangrijk*

**7. Werkomstandigheden:  
Voldoende tijd en ruimte in caseload en voldoende ondersteuning voor de behandelaar in het uitvoeren van de methodiek**

*Speelt geen rol/  
Niet belangrijk*                                *Speelt een  
duidelijke rol /  
Erg belangrijk*

**8. Tijdens de behandeling monitoren van de voortuitgang en tevredenheid van de cliënt.  
(routine monitoring, Hafkenscheid, 2010)**

*Speelt geen rol/  
Niet belangrijk*                                *Speelt een  
duidelijke rol /  
Erg belangrijk*



## Bijlage 6: Modules

- Tabel 11: Overzicht aantal ingezette e-healthmodules per behandelaar

- Tabel 12: Overzicht totaal aantal ingezette modules Instelling X

- Tabel 13: Overzicht ingezette e-healthmodules Instelling X

**Tabel 11**

*Overzicht aantal Ingezette E-healthmodules per Behandelaar (30 juni 2021 – 1 juli 2023)*

aantal modules <i>n=726</i>	aantal behandelaren <i>n=63</i>
56	1
48	1
38	1
37	1
35	1
34	1
23	2
22	1
21	1
20	3
17	1
16	1
15	2
14	1
13	3
12	2
11	1
10	3
9	1
8	3
7	5
6	3
5	3
4	5
3	3
2	5
1	8

**Tabel 12**

*Overzicht aantal Ingezette E-healthmodules Instelling X (30 juni 2021 – 1 juli 2023)*

aantal keer ingezet per module <i>n=726</i>	aantal modules <i>n=90</i>
49	1
45	1
42	1
36	1
30	1
27	1
24	1
23	1
22	1
14	2
13	3
12	2
11	2
10	3
9	6
8	8
7	1
6	5
5	7
4	6
3	10
2	13
1	13

**Tabel 13***Overzicht ingezette E-healthmodules Instelling X*

Nr.	Module	Doelgroep	Aantal keer ingezet	Aantal respondenten		Gemiddelde tevredenheid
				vragenlijst	interview	
1	ACT: van Klacht naar Veerkracht	J+V	49	18	11	5,4
2	Je kind heeft autisme, hoe nu verder?	O	45	13	4	5,5
3	Wat is autisme?	K+J+V+O	42	14	3	5,5
4	Beter slapen	V	36	12	12	5,4
5	Je kind heeft ADHD, hoe nu verder?	O	30	7	10	5,9
6	Blij met jezelf	V	27	13	9	5,3
7	Jeugd: Voel je goed over jezelf!	J	24	8	6	5,3
8	Jeugd: Mijn emoties en ik	J	23	8	2	5,6
9	Jeugd: Aan de slag met je gedachten!	J	22	6	10	6,0
10	Jeugd: Paniek de baas	J	14	3	1	6,0
11	Mindfulness	V	14	5	1	5,2
12	Jeugd: Begrijp je ADHD	J	13	4	2	5,5
13	Jeugd: Oefenen met ontspannen	J	13	2	0	4,0
14	Omgaan met de emoties van je kind	O	13	4	1	5,8
15	Expert van jezelf	V	12	6	2	6,0
16	Minder piekeren	V	12	7	2	5,3
17	Mindful leven	J+V	11	3	1	5,3
18	Oefenen met ontspannen	V	11	7	2	5,0
19	Jeugd: Minder Piekeren	J	10	5	6	5,2
20	Jeugd: Sociale angst	J	10	5	2	5,6
21	Minder sociale angst	V	10	5	4	5,0
22	Begrijp je ADHD	V	9	6	4	5,5
23	Begrijp jezelf en anderen	V	9	6	1	5,0
24	Eerste hulp bij faalangst	J	9	4	4	4,8
25	Jeugd: Omgaan met je gevoelens	J	9	5	2	6,0
26	Omgaan met piekeren	V	9	4	9	5,3
27	Sociale angst	V	9	2	4	5,0
28	Activeren	V	8	4	1	4,7
29	Depressie	V	8	3	2	5,3
30	Gedachteschema	V	8	4	1	5,5
31	Jeugd: Minder sociale angst	J	8	4	4	5,5
32	Jeugd: Plannen en organiseren	J	8	2	1	6,0
33	Omgaan met dwang	V	8	2	1	5,5
34	Paniek de baas	V	8	5	5	5,8
35	Zelfbeeld	V	8	3	4	6,0
36	Met je kind in gesprek over emoties	O	7	3	0	6,5
37	Focus op het nu	V	6	3	0	4,7
38	Gedachten onderzoeken	V	6	1	0	6,0
39	Jeugd: Paniek	J	6	1	2	5,0
40	Minder angst met exposure	J+V	6	3	1	5,7
41	Vaardigheid trauma: emoties*	V	6	3	4	5,3
42	Anders kijken naar je oordeel	V	5	1	0	-
43	Dankbaarheid	J+V	5	4	2	5,5
44	Gedragsexperiment	V	5	1	5	6,0
45	Hoe kun je je beter concentreren?	V	5	0	0	-
46	Jeugd: Kom voor jezelf op!	J	5	2	4	5,0
47	Leren concentreren	V	5	1	0	4,0
48	Signaleringsplan maken	V	5	3	2	6,7

49	Actiever leven	V	4	1	0	6,0
50	ADHD (volw.): Begrijp je ADHD*	V	4	1	1	5,0
51	Hoe minder last van gedachten?*	V	4	4	3	5,3
52	Jeugd: Hoe maak je contact?	J	4	1	0	5,0
53	Mijn verdriet	V	4	2	2	6,0
54	Pak somberheid aan	V	4	2	2	5,5
55	Dwang	V	3	1	0	6,0
56	Geen donkere wolk meer	V	3	2	0	5,0
57	Jeugd: Je gedachten als taartpunt	J	3	0	0	-
58	Jeugd: Je kind helpen na de scheiding	O	3	1	0	6,0
59	Jeugd: Je ouders uit elkaar	K+J	3	1	0	5,0
60	Jeugd: Omgaan met rouw	J	3	1	0	5,0
61	Jeugd: Versla je dip	J	3	2	2	4,5
62	Paniek	V	3	1	1	5,0
63	Schematherapie: oefeningen*	V	3	2	0	7,0
64	Sta stil bij de mooie momenten	V	3	1	2	5,0
65	Burnout	V	2	2	2	4,5
66	Emoties zijn oké	V	2	0	0	-
67	Jeugd: ADHD	J	2	1	0	6,0
68	Jeugd: Gezonder leven	J	2	2	2	5,5
69	Jeugd: Hoe denk jij over jezelf?	J	2	2	1	-
70	Jeugd: Hoe eet je gezond?	J	2	0	0	5,0
71	Jeugd: Sta stil bij mooie momenten*	J	2	1	0	5,0
72	Kom voor jezelf op	V	2	1	2	7,0
73	Meer leren over angst	V	2	0	0	-
74	Minder last van gedachten	V	2	1	0	5,0
75	Opgebrand, en nu?	V	2	1	1	5,0
76	Test je gedachten	V	2	2	0	5,0
77	Verken je spanning	V	2	2	1	4,5
78	Denken voor je doet	V	1	1	1	-
79	Geef grenzen aan bij je naaste	V	1	1	0	5,0
80	Jeugd: Sterker in je schoenen	J	1	0	0	-
81	Ontspannen naar je werk	V	1	0	0	-
82	Psycho-educatie: Angst	V	1	1	1	6,0
83	Rouwen	V	1	0	0	-
84	Bewijsmateriaal verzamelen*	V	1	1	0	5,0
85	Kijk anders naar je oordeel*	V	1	0	0	-
86	Positief logboek*	V	1	0	0	-
87	Taartpunttechniek*	V	1	1	0	4,0
88	Verder na een trauma	V	1	1	1	5,0
89	Voor jezelf zorgen	V	1	1	0	4,0
90	Welkom!	K+J+V+O	1	1	0	6,0

*Noot\** Enkele modules zijn vanwege de grootte van de tabel in aantal woorden ingekort.

K=kinderen < 12 jaar; J=jongeren 12-18 jaar; V=volwassenen 18+; O=ouders



## Bijlage 7: Categorieën

- Tabel 14: Overzicht totale inzet (sub)categorieën en bijbehorende modules

- Tabel 15: Inzet per categorie

**Tabel 14**

*Overzicht totale inzet (sub)Categorieën en Bijbehorende modules*

<b>Categorie</b>	<b>tot.</b>	<b>Subcategorie</b>	<b>tot.</b>	<b>Module</b>	<b>tot.</b>		
<b>Angst</b>	<b>129</b>	<b>angst-algemeen</b>	10	Jeugd: Sterker in je schoenen	1		
				Meer leren over angst	2		
				Minder angst met exposure	6		
				Psycho-educatie: Angst	1		
		<b>sociale angst</b>	37	Jeugd: Minder sociale angst	Jeugd: Minder sociale angst	8	
					Jeugd: Sociale angst	10	
					Minder sociale angst	10	
					Sociale angst	9	
					<b>faalangst</b>	9	Eerste hulp bij faalangst
		<b>angst-piekeren</b>	31	Jeugd: Minder Piekeren	Jeugd: Minder Piekeren	10	
					Minder piekeren	12	
					Omgaan met piekeren	9	
		<b>angst-paniek</b>	31	Jeugd: Paniek	Jeugd: Paniek	6	
					Jeugd: Paniek de baas	14	
					Paniek	3	
					Paniek de baas	8	
		<b>angst-dwang</b>	11	Dwang	Dwang	3	
					Omgaan met dwang	8	
					Wat is autisme?	42	
<b>Autisme</b>	<b>87</b>			Je kind heeft autisme, hoe nu verder?	45		
<b>ADHD/ concentratie/ impulsiviteit</b>	<b>69</b>	<b>ADHD</b>	58	ADHD (volw.): Begrijp je ADHD*	4		
				Begrijp je ADHD	9		
				Jeugd: Begrijp je ADHD	13		
				Jeugd: ADHD	2		
				Je kind heeft ADHD, hoe nu verder?	30		
		<b>concentreren</b>	10	Hoe kun je je beter concentreren?	Hoe kun je je beter concentreren?	5	
					Leren concentreren	5	
					<b>impulsiviteit</b>	1	Denken voor je doet
		<b>Gedachten uitdagen</b>	<b>66</b>			Anders kijken naar je oordeel	5
						Gedachten onderzoeken	6
Gedachteschema	8						
Gedragsexperiment	5						
Jeugd: Aan de slag met je gedachten!	22						
Jeugd: Je gedachten als taartpunt	3						
Jeugd: Sta stil bij mooie momenten*	2						

			Minder last van gedachten	2
			Sta stil bij de mooie momenten	3
			Test je gedachten	2
			Bewijsmateriaal verzamelen*	1
			Kijk anders naar je oordeel*	1
			Positief logboek*	1
			Taartpunttechniek*	1
			Hoe minder last van je gedachten?*	4
<b>Zelfbeeld</b>	<b>61</b>		Jeugd: Hoe denk jij over jezelf?	2
			Blij met jezelf	27
			Jeugd: Voel je goed over jezelf!	24
			Zelfbeeld	8
<b>Mindfulness/ ontspanning</b>	<b>54</b>	<b>mindfulness</b>	30 Mindful leven	11
			Mindfulness	14
			Dankbaarheid	5
		<b>ontspanning</b>	24 Jeugd: Oefenen met ontspannen	13
			Oefenen met ontspannen	11
<b>Emoties/ emotieregulatie</b>	<b>52</b>	30	Met je kind in gesprek over emoties	7
			Jeugd: Mijn emoties en ik	23
		22	Jeugd: Omgaan met je gevoelens	9
			Omgaan met de emoties van je kind	13
<b>ACT</b>	<b>49</b>		ACT: van Klacht naar Veerkracht	49
<b>Slapen</b>	<b>36</b>		Beter slapen	36
<b>Somberheid/ depressie/ activatie</b>	<b>30</b>		Depressie	8
			Geen donkere wolk meer	3
			Jeugd: Versla je dip	3
			Pak somberheid aan	4
			Actiever leven	4
			Activeren	8
<b>Signaleringsplan/ terugvalpreventie</b>	<b>17</b>		Signaleringsplan maken	5
			Expert van jezelf	12
<b>Trauma</b>	<b>17</b>		Emoties zijn oké	2
			Focus op het nu	6
			Trauma: Omgaan met emoties	6
			Verder na een trauma	1
			Verken je spanning	2
<b>Sociaal contact</b>	<b>13</b>		Begrijp jezelf en anderen	9
			Jeugd: Hoe maak je contact?	4
<b>Assertiviteit/ grenzen stellen</b>	<b>9</b>		Jeugd: Kom voor jezelf op!	5
	<b>9</b>		Kom voor jezelf op	2
	<b>9</b>		Geef grenzen aan bij je naaste	1
	<b>9</b>		Voor jezelf zorgen	1
<b>Rouw</b>	<b>8</b>		Jeugd: Omgaan met rouw	3
			Mijn verdriet	4
			Rouwen	1
<b>Plannen/organiseren</b>	<b>8</b>		Jeugd: Plannen en organiseren	8

<b>Scheiding</b>	<b>6</b>	Jeugd: Je ouders uit elkaar	3
		Jeugd: Je kind helpen na de scheiding	3
<b>Burnout/werkstress</b>	<b>5</b>	Ontspannen naar je werk	1
		Burnout	2
		Opgebrand, en nu?	2
<b>Gezondheid</b>	<b>4</b>	Jeugd: Gezonder leven	2
	<b>4</b>	Jeugd: Hoe eet je gezond?	2
<b>Schematherapie</b>	<b>3</b>	Schematherapie: oefeningen*	3
<b>Welkom</b>	<b>1</b>	Welkom!	1

\*Module is vanwege de grootte van de tabel in aantal woorden ingekort.

**Tabel 15**

*Inzet per Categorie*

<b>Categorie</b>	<b>Aantal modules die vallen onder categorie</b>	<b>Inzet totaal</b>	<b>Gemiddelde inzet per module</b>
Angst	18	129	7,2
Autisme	2	87	43,5
ADHD/concentratie/impulsiviteit	8	69	8,6
Gedachten uitdagen	15	66	4,4
Zelfbeeld	4	61	15,3
Mindfulness/ontspanning	5	54	10,8
Emotie/emotieregulatie	4	52	13
ACT	1	49	49
Slaapproblemen	1	36	36
Somberheid/depressie/activatie	6	30	5
Signaleringsplan/terugvalpreventie	2	17	8,5
Trauma	5	17	3,4
Sociaal contact	2	13	6,5
Assertiviteit/grenzen stellen	4	9	2,3
Rouw	3	8	2,7
Plannen/organiseren	1	8	8
Scheiding	2	6	3
Burnout/werkstress	3	5	1,7
Gezond leven	2	4	2
Schematherapie	1	3	3
Welkom	1	1	1

## Bijlage 8: Codeboom

- Codeboom 1: onderzoeksvraag 1 – Inzet e-healthmodules

- Codeboom 2: onderzoeksvraag 2 – Werkzame factoren

### Codeboom 1: onderzoeksvraag 1 – Inzet e-healthmodules

#### Thema 1: Keuze inzet e-healthmodules

Hoofdcode 1: inzet afhankelijk van hulpvraag/onderwerp

Subcode 1: afhankelijk van hulpvraag cliënt (1,3,4,6)

Subcode 2: afhankelijk van onderwerp module (1,2,5)

Hoofdcode 2: inzet afhankelijk van interne stimulans

Subcode 1: afhankelijk van gevolgde training (2,3)

Subcode 2: afhankelijk van inbreng in team (4,5,6,7)

Hoofdcode 3: inzet afhankelijk van keuze van de cliënt

Subcode 1: afhankelijk van mogelijkheid modules zelf in te zetten (1,2,5)

#### Thema 2: Doelgroep/leeftijdscategorie

Hoofdcode 1: keuze e-healthmodules bij jongeren 12-18 jaar of bij volwassenen 18+

Subcode 1: afhankelijk van inschatting wat beste aansluit (2,3,6,8)

Hoofdcode 2: keuze e-healthmodules bij kinderen < 12 jaar

Subcode 1: beperkte beschikbaarheid modules < 12 jaar (1)

Subcode 2: beperkte toegang tot e-mail, computer of telefoon (1,2,3,4,5,6,7,8)

Subcode 2: digitalisering niet willen bevorderen (4,5,8)

Subcode 3: vaker inzet bij de ouders (4,5,8)

#### Thema 3: Behandelfasen

##### 3a. Toepassing per behandelfase (vraag 1 vragenlijst)

Hoofdcode 1: inzet in fase 1

Subcode 1: wel - inzicht krijgen in de problematiek (1,8)

Subcode 2: wel - aanbieden van psycho-educatie (1,2,3,4,5,6,7,8)

Subcode 3: geen - kennismaken + overeenstemming behandeldoelen (3,5,6)

Hoofdcode 2: inzet in fase 2 en 3

Subcode 1: wel – meeste sessies in deze twee fasen (3)

Subcode 2: wel - aanbieden van psycho-educatie (1,2,3,4,5,6,7,8)

Subcode 3: wel - oefeningen en registratieopdrachten (1,2,3,4,5,6,7,8)

Hoofdcode 3: inzet in fase 4 en 5

Subcode 1: wel – stimuleren blijven oefenen (1,2,8)

Subcode 2: wel – terugvalpreventie (1,2,8)

Subcode 3: geen – cliënten zijn eerder gestopt (1,2,4,5)

Subcode 4: geen – modules zijn al afgesloten (4)

##### 3b: Toepassing in een of meerdere behandelfasen

Hoofdcode 1: een of twee fasen

Subcode 1: cliënten maken modules niet af (1,2,4,5)

Subcode 2: behandelaren kiezen zelf voor korte modules (2,4,6)

Hoofdcode 2: meerdere fasen

Subcode 1: inzet grotere modules (1)

Subcode 2: inzet als onderdeel van behandeling (1,8)

Subcode 3: onderwerp blijft gehele behandeling van toepassing (1,5,8)

#### Thema 4: Volledig of gedeeltelijk gebruik (vraag 2 vragenlijst)

Hoofdcode 1: volledige inzet

Subcode 1: opbouw module (1,3,5,8)

Subcode 2: kracht van herhaling (1,3,5,8)

Subcode 3: volledigheid module (2,4,6)

Subcode 4: korte modules (2,4,6)

Hoofdcode 2: gedeeltelijke inzet

Subcode 1: cliënt maakt module niet af (3,4,5,7)

Subcode 2: gedeelte uitgezet door behandelaar (2,4)

Hoofdcode 3: zowel volledig als gedeeltelijke inzet

Subcode 1: inzet verschilt per cliënt (4)

**Thema 5: Tevredenheid (vraag 3 vragenlijst)**

Hoofdcode 1: tevreden over inhoud module (1,2,3,4,5,6,7,8)

Subcode 1: opbouw module: cliënt wordt in stapjes er doorheen geleid en geactiveerd (1,2,5,8)

Subcode 2: materialen zien er goed uit

Subcode 3: psycho-educatie/verdiepende informatie (1,2,3,4,5,6,7,8)

Subcode 4: gevarieerde oefeningen (1,2,3,4,5,6,7,8)

Subcode 5: filmpjes waardevolle aanvulling (3,4,7,8)

Hoofdcode 2: lagere tevredenheid vanwege onvoldoende aansluiten bij cliënt (1,2,3,5,6,7)

Subcode 1: niet volledig op maat (1)

Subcode 2: incomplete/beperkte uitleg (3,6)

Subcode 3: geen sprake van diagnose (module noemt diagnose) (1,2)

Subcode 4: het niet kunnen aanpassen van woorden of oefeningen (5,7)

Subcode 5: geen mogelijkheid om te printen (6,8)

Hoofdcode 3: vormgeving modules

Subcode 1: tevreden over hoe modules eruit zien (2,5,8)

Subcode 2: ontevreden over hoe modules eruit zien (4)

Subcode 3: ontevreden over filmpjes (2,4)

**Thema 6: Begeleide of onbegeleide toepassing (vraag 4 vragenlijst)**

Hoofdcode 1: toepassing begeleid (2,3,4)

Subcode 1: module teruglaten komen tijdens face-to-facebehandeling (2,3,5,6,8)

Subcode 2: begeleiding vergroot motivatie en effect behandeling (1,4)

Hoofdcode 2: toepassing ongebeleid (1,8)

Hoofdcode 3: zowel onbegeleid als begeleid (5,6,7)

## Codeboom 2: onderzoeksvraag 2

### **Thema 1: Gebruiksvriendelijkheid**

- Hoofdcode 1: gebruiksvriendelijke app
  - Subcode 1: app op telefoon (1,2,3,4,5,7,8)
  - Subcode 2: makkelijk inloggen (1,2,3,5,8)
  - Subcode 3: sluit aan bij doelgroep (1,2,3,4,5,6,7,8)
  - Subcode 4: sluit aan bij tijd van digitalisering (8)
- Hoofdcode 2: groot gevarieerd behandelaanbod (1,2,3,4,5,6,7,8)
  - Subcode 1: variatie aan opdrachten/oefeningen (1,4,8)
  - Subcode 2: ondersteunende filmpjes (1,3,4,5,7,8)

### **Thema 2: Opbouw module**

- Hoofdcode 1 : duidelijke gestructureerde opbouw (1,2,3,5,6,8)
  - Subcode 1: kleine navolgbare stappen (6,8)
  - Subcode 2: keuzemogelijkheden (1,2,6,8)
- Hoofdcode 2: herhaling en verdieping behandeling
  - Subcode 1: psycho-educatie (3,4,5,6,7)
  - Subcode 2: variatie in herhaling (3,5,7)
  - Subcode 3: inhoud bespreken in sessie (1,2,3,4,5,6,7)
  - Subcode 4: biedt houvast voor behandelaar in behandeling (2,4,6,7,8)
- Hoofdcode 3: naslagwerk
  - Subcode 1: makkelijk teruglezen (1,6,7,8)
  - Subcode 2: samenvatting/overzicht (1,8)
  - Subcode 3: blijft beschikbaar (8)

### **Thema 3: Autonomie**

- Hoofdcode 1: zelfstandigheid en eigen regie
  - Subcode 1: doen in eigen tijd (2,4,5)
  - Subcode 2: doen op eigen tempo (2,3,7,8)
  - Subcode 3: tijd en ruimte voor reflectie/verwerking (2,5,6)
- Hoofdcode 2: eigen verantwoordelijkheid (2,5,8)
  - Subcode 1: opdracht af - daarna nieuwe afspraak (2,5)
  - Subcode 2: weinig inzet - dan behandeling afsluiten (8)

### **Thema 4: Vaardigheden generaliseren**

- Hoofdcode 1: behandeling loopt thuis door (1,2,3,4,5,7,8)
- Hoofdcode 2: ondersteuning bij oefenen
  - Subcode 1: real-time registratie (5,7,8)
  - Subcode 2: digitale reminder (3,4,5,6,7,8)

### **Thema 5: Monitoren**

- Hoofdcode 1: zicht op voortgang
  - Subcode 1: meekijken / meelesen (2,3,5,7,8)
  - Subcode 2: voorbereiden op volgende sessie (2,7)
- Hoofdcode 2: digitaal contact
  - Subcode 1: bericht sturen (2,3,8)
  - Subcode 2: feedback geven (2,3,8)