

MASTER'S THESIS

Determinanten van het Gebruik van eMental Health door de Praktijkondersteuner Huisarts GGZ

de Veirman, Ann

Award date:
2022

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

pure-support@ou.nl

providing details and we will investigate your claim.

Downloaded from <https://research.ou.nl/> on date: 23. Jan. 2023

Open Universiteit
www.ou.nl



Determinanten van het Gebruik van eMental Health door de Praktijkondersteuner Huisarts GGZ

**Determinants of the Use of eMental Health by the Mental Health Counsellors Working in General
Practitioner Practices**

Naam student: Ann E.M. De Veirman

Studentnummer: XXXXX

Cursusnaam en –code: Empirisch afstudeeronderzoek gezondheidspsychologie PM9706

Eerste begeleider: Prof. Dr. C. Bolman

Tweede beoordelaar: dr. V. Thewissen

Inleverdatum: 6 december 2020

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Samenvatting | 4 |
| Summary | 5 |
| Inleiding..... | 6 |
| De Praktijkondersteuners GGZ..... | 6 |
| Definitie van eMental Health en <i>blended</i> therapie..... | 6 |
| eMental Health in de huisartsenpraktijk | 7 |
| Adoptie van eHealth door de POH-GGZ..... | 8 |
| Impact van de coronapandemie | 10 |
| Focus van deze Studie | 10 |
| Kwetsbare groepen bij de POH-GGZ | 11 |
| Geschiktheid van de Patiënt voor eMental Health | 12 |
| Theoretische Kaders..... | 14 |
| Doelstelling en Hypothesen | 16 |
| Methode | 18 |
| Onderzoeksdesign | 18 |
| Onderzoekspopulatie en omvang | 18 |
| Wervingsprocedure..... | 18 |
| Meetinstrumenten | 19 |
| Ethische verantwoording | 24 |
| Analyse | 24 |
| Resultaten | 26 |

| | |
|--|----|
| Steekproef..... | 26 |
| Factoren uit het onderzoeksmodel..... | 27 |
| Verklaring van intentie tot gebruik..... | 28 |
| Gebruik van eMH (voor en tijdens de coronapandemie)..... | 31 |
| Verklaring van Gebruik van eMH (voor de coronacrisis)..... | 33 |
| Geschiktheid voor eMH (inschatting van de POH)..... | 35 |
| Aangepast model na empirisch onderzoek..... | 36 |
| Discussie..... | 37 |
| Kanttekeningen bij dit onderzoek..... | 42 |
| Conclusies van dit onderzoek..... | 44 |
| Literatuurlijst..... | 46 |
| Bijlage 1: Operationalisatie van de factoren uit het model..... | 53 |
| Bijlage 2: LimeSurvey vragenlijst..... | 55 |
| Bijlage 3: Valideren van de vragenlijst..... | 74 |
| Bijlage 4: Items per factor (na valideren van de LimeSurvey vragenlijst)..... | 82 |
| Bijlage 5: Factoranalyse van de meetschaal van eMH activiteiten..... | 86 |
| Bijlage 6: Covariaten-analyse van geslacht, leeftijd en professionele achtergrond..... | 88 |
| Voetnoten..... | 91 |

Samenvatting

In het hier beschreven onderzoek wordt het gebruik van eMental Health (eMH) door de POH-GGZ verklaard aan de hand van determinanten van gedrag vanuit een theoretisch model dat gebaseerd is op het *Reasoned action approach*, het *Unified Theory of Acceptance and Use of Technology* en het Meetinstrument Determinanten van Innovaties model. Met data die via online vragenlijstonderzoek onder POH's-GGZ werd verzameld ($N = 132$), werd dit model empirisch gevalideerd.

Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in de relatie tussen de intentie tot gebruik van de POH-GGZ, de ingeschatte geschiktheid van de patiëntenpopulatie (volgens de POH-GGZ) en het gebruik van eMH door de POH-GGZ, alsook in de determinanten van deze drie constructen. De belangrijkste predictor van de intentie tot gebruik is of de POH-GGZ meerwaarde (nut en voordelen) ziet in het gebruik van eMH. Ook is het belangrijk dat de POH-GGZ eMH passend vindt bij zijn werkzaamheden als POH-GGZ (taakopvatting) en dat hij er makkelijk mee aan de slag kan gaan (toegankelijkheid).

De intentie tot gebruik van de POH-GGZ had een direct en een indirect effect (via ingeschatte geschiktheid van de patiëntenpopulatie) op het gebruik van eMH. Om te bepalen of de patiëntenpopulatie geschikt was voor eMH, onderzocht de POH-GGZ niet alleen of de patiënten toegang hadden tot een computer en internet en voldoende digitale vaardigheden en Nederlandse taalvaardigheid hadden, maar vooral of de patiënten gemotiveerd waren.

Het wordt aanbevolen aan de eMH ontwikkelaars om samen met de POH-GGZ te onderzoeken wat de toegevoegde waarde van eMH voor de POH-GGZ kan vergroten.

Keywords: POH-GGZ, intentie tot gebruik, geschiktheid voor eMental Health, gebruik van eMental Health

Summary

In the research described here, the use of eMental Health (eMH) by the mental health counsellors (MHC) working in GP practices is explained on the basis of determinants of behavior from a theoretical model that is based on the Reasoned action approach, the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology and the Measurement Instrument Determinants of Innovations model. With data collected through online questionnaires among MHC's ($N = 132$), this model was empirically validated.

This research has provided insight into the relationship between the MHC's adoption readiness, the estimated fitness for eMH of the patient population and the use of eMH by the MHC, as well as their respective determinants. The most important predictor of the MHC's adoption readiness is whether he sees added value (usefulness and benefits) in the use of eMH. It is also important that the MHC thinks eMH fits within his role (task perception) and that he can easily get started (accessibility).

The MHC's adoption readiness had a direct and an indirect effect (via estimated fitness for eMH of the patient population) on the use of eMH by the MHC. To determine whether the patient population was fit for eMH, the MHC not only looked at whether the patients had access to a computer and internet and also had sufficient digital and Dutch language skills, he considered it crucial that the patients were motivated.

It is recommended that the eMH developers, together with the MHC's, investigate what can increase the added value of eMH for the MHC's.

Keywords: mental health counsellors (MHC) working in GP practices, eMental Health adoption readiness, fitness for eMental Health, use of eMental Health

Inleiding

Het aantal praktijkondersteuners GGZ (POH-GGZ) dat eMental Health (eMH) interventies inzet bij de behandeling van cliënten met psychische klachten groeit sterk. Desondanks verloopt de implementatie van eMH niet vanzelf en ervaren praktijkondersteuners barrières bij het inbedden van eMH in hun dagelijkse werk (Krijgsman et al., 2016; Wouters et al., 2017). In dit onderzoek is geprobeerd het gebruik van eMH door de POH-GGZ te verklaren. Hiertoe werd een survey onder POH's-GGZ gehouden.

De Praktijkondersteuners GGZ

De praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) is een functie in de Nederlandse huisartsenpraktijk (Verhaak et al., 2010)¹. De POH-GGZ² werkt daar onder de verantwoordelijkheid van de huisarts en is vooral gericht op kortdurende behandeling van psychische problematiek. De POH-GGZ verwijst door naar generalistische basis-GGZ of specialistische GGZ als een langdurend behandeltraject nodig is.

Heiligers et al. (2012) zien kennis over het gebruik van eHealth toepassingen als onderdeel van de deskundigheid van de POH-GGZ. Sinds 1 januari 2014 mag het inschrijftarief POH-GGZ ook gebruikt worden voor eMH, de afspraken hieromtrent kunnen per zorgverzekeraar verschillen³.

Definitie van eMental Health en *blended* therapie

eMH is een onderdeel van eHealth en eHealth is “het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën (ICT), en met name Internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.” (van Rijen et al., 2002, p. 10-11). eMH is dan “het gebruik van ICT voor de geestelijke gezondheidszorg” (Riper et al., 2007, p. 20). Het probleem van deze brede definities is dat daarmee het gebruik van elke vorm van ICT behoort tot eHealth of eMental Health. Om “automatisering van bedrijfsprocessen, zoals de elektronische uitwisseling van medische gegevens, de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgverleners, het elektronische patiëntendossier of e-learning voor educatie van professionals in de zorg” uit te sluiten gebruikten Riper et al. (2007) het begrip ‘e-mental health interventies’. De toevoeging ‘interventie’ die meestal impliciet blijft, zit ook in de meest recente definitie van eMH als “het gebruik van ICT om

mensen met psychische klachten en/of aandoeningen te informeren en/of te ondersteunen met betrekking tot hun psychische gezondheid om zo het herstelproces en daarmee hun kwaliteit van leven te verbeteren” (Akwa GGZ, 2017). Belangrijk is om te realiseren dat eMH een brede term is die zowel communicatiemiddelen, informatievoorziening als behandelmodules betreft.

De coronapandemie lijkt het gebruik van digitale communicatie in de zorg te versnellen. Vooral beeldbellen wordt tijdens de coronapandemie omarmd, zodat de therapie die normaliter *face-to-face* plaatsvindt, nu vaak *screen-to-screen* verdergezet wordt. Wanneer naast *face-to-face* of *screen-to-screen* contacten ook online behandelmodules ingezet worden en/of de patiënt verwezen wordt naar websites voor verdere informatie, spreken we over *blended* therapie. Zowel patiënten als therapeuten zijn positief over het combineren van online en *face-to-face* sessies, waar het dan vooral de praktische therapiecomponenten (opdrachten, dagboeken en psycho-educatie) zijn die in online modules kunnen aangeboden worden (van der Vaart et al., 2016). Ook Conijn et al. (2014) stellen dat er effectieve eMH programma's beschikbaar zijn voor de behandeling van klachten en dat de effectiviteit vergroot wordt door eMH te combineren met een persoonlijke ondersteuning van POH-GGZ of huisarts. De ondersteuning van de POH-GGZ of huisarts kan *face-to-face*, *screen-to-screen*, telefonisch of per e-mail gebeuren. Een voorwaarde voor succes is dat eMH en reguliere gesprekken geïntegreerd worden en niet los staan van elkaar (Wentzel et al., 2016a).

eMental Health in de huisartsenpraktijk

Het hier beschreven onderzoek is beperkt tot die eMH interventies die toegepast worden in de huisartsenpraktijk. In het Nivel rapport over inzet van eHealth in de huisartsenpraktijk (Keuper et al., 2020) wordt een interessante onderverdeling gemaakt in 'e-health-groepen'. Drie van deze groepen (communicatieplatforms, informatieve toepassingen, digitale GGZ zelfhulp- en behandelprogramma's) betreffen eMH in de huisartsenpraktijk.

Voor wat betreft eMH behandelmodules stelt van Duivenboden (2015, p. 23) dat de meeste gebaseerd zijn op principes uit de cognitieve gedragstherapie en *problem solving* therapie en dat deze oorspronkelijk zijn ontwikkeld voor toepassing in de 2^{de} lijn. Desondanks zien verschillende

spelers (waaronder verzekeraars) mogelijkheden voor toepassing van de programma's in de huisartsenpraktijk, zeker sinds de introductie in 2014 van het nieuwe GGZ-stelsel⁴. De bedoeling is dat alleen patiënten met zwaardere problematiek of hoog risico doorverwezen worden naar de basis- of specialistische GGZ en dat patiënten met mildere psychische problemen gesignaleerd en behandeld worden in de huisartsenpraktijk. Voor de behandeling van deze patiënten krijgt de huisarts sinds 2008 ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ).

De werkgroep 'eMental Health in de huisartsenpraktijk' van het Trimbos instituut heeft in 2015 een 'toolkit E-mental health in de huisartsenpraktijk' (EMH Toolkit, 2016) ontwikkeld. Hierin staan naast informatie en argumenten over de toepassing van eMH programma's, ook overzichten van het online aanbod en van aanbieders. In het overzicht is te zien dat bij sommige aanbieders (bijvoorbeeld Stichting Grip op je dip, waar ook Trimbos aan deelneemt) het gebruik van de programma's gratis is, terwijl andere leveranciers veelal werken met een maandelijkse bijdrage. Gratis programma's zijn toegankelijk voor iedereen die toegang heeft tot internet. Volgens Lokman et al. (2016) was Minddistrict onder huisartsen in 2016 de grootste aanbieder, gevolgd door Therapieland, ZorgIQ en Mentalshare Direct.

Ondanks het feit dat eMH op papier allerlei voordelen kent zoals 24uur/7dagen beschikbaarheid en het wellicht kan bijdragen aan het oplossen van de wachtlijsten die helaas persisteren in de geestelijke gezondheidszorg (van Straten, 2013), wordt eMH nog niet grootschalig ingezet door huisarts en POH-GGZ (Krijgsman et al., 2016).

Adoptie van eHealth door de POH-GGZ

In de eHealth monitoren van 2016 (Krijgsman et al., 2016) en 2017 (Wouters et al., 2017) is het gebruik van eMH en de implementatiebereidheid van de POH's-GGZ onderzocht. In de inleiding van de eHealth monitor van 2016 verwezen Krijgsman et al. (2016) naar onderzoek van het Trimbos instituut uit 2015 (Lokman et al., 2016), waarin werd vastgesteld dat 80% van de huisartsenpraktijken gebruik maakt van eMH aanbod, meestal door de POH-GGZ; dat naar schatting bij minder dan 15% van de patiënten eMH wordt gebruikt; dat het eMH aanbod naar schatting

maximaal voor een derde van de patiëntenpopulatie geschikt is; dat ongeveer de helft van de huisartsenpraktijken geen ingekocht eMH aanbod gebruikt, maar verwijst naar gratis psycho-educatie sites en zelfhulpaanbod; en dat ingekochte modules/programma's meestal gecombineerd worden met begeleiding (*blended* eMH). Hoewel er een grote toename werd gerapporteerd van huisartsenpraktijken die aan het experimenteren waren met eMH, van enkele 'koplopers' in 2014 naar 80% in 2015 (Lokman et al., 2016) en 92% in 2016 (Krijgsman et al., 2016), werd dus nog maar voor een klein aantal patiënten eMH daadwerkelijk ingezet. Van der Vaart et al. (2016) stelden vast dat het gebruik van online zelfmanagement interventies (een onderdeel van eMH) groter was bij de POH's-GGZ dan bij psychologen in de basis-GGZ (49 % tegenover 21 %). Ze verklaarden dit door te stellen dat huisartsen door het Nederlandse beleid actief gestimuleerd worden om eHealth te gebruiken en dat er veel primaire preventieve interventies zijn – bijvoorbeeld gericht op zelfhulp bij mentale problemen, op omgaan met somatische ziektes of op aanpassen van je levensstijl – die allemaal zeer bruikbaar zijn in een huisartsenpraktijk als eerste stap in een behandeling.

De door POH's-GGZ meest genoemde positieve effecten (Krijgsman et al., 2016) waren dat eMH de zorgverlening verrijkt met extra tools om patiënten te begeleiden, dat eMH de kwaliteit van de zorgverlening verbetert, dat eMH variatie brengt in de aard van de werkzaamheden en dat eMH tijd bespaart, omdat er minder uitleg of herhaling nodig is en de patiënten het zelf kunnen lezen. De meest genoemde belemmeringen waren dat patiënten voortijdig afhaken, dat het aanbod niet goed aansluit bij een deel van de patiënten (bijvoorbeeld omdat zij geen computer hebben, laag zijn opgeleid en/of een onvoldoende beheersing hebben van de Nederlandse taal), dat patiënten de voorkeur geven aan *face-to-face* gesprekken, dat de POH's-GGZ te weinig mogelijkheden hebben om zich te verdiepen in het aanbod en/of het systeem en dat eMH te veel wordt aangeboden als een standaard pakket met beperkte mogelijkheden om af te stemmen op de klachten. In de eHealth monitor van 2017 (Wouters et al., 2017) werd verder onderzocht waarom slechts bij weinig patiënten eMH werd ingezet. Veel POH's-GGZ vonden het bestaande aanbod niet geschikt voor alle patiënten. Toch zagen de POH's-GGZ in de inzet van eMH meerwaarde voor zichzelf en voor de

patiënten. Wat betreft hun eigen vaardigheden en behoeften vond 85% van de POH's-GGZ zichzelf voldoende digitaal vaardig om eMH in te zetten, maar had 49% behoefte aan een beslisboom of keuzehulp en 58% aan informatie over de effectiviteit van de eMH toepassingen. Onder de POH's-GGZ leek er bovendien onduidelijkheid te zijn over de regels van vergoeding en ook dat had impact op hun gedrag. Bij aanvang van 2020 was de situatie nauwelijks veranderd (Wind & Milo, 2019).

Impact van de coronapandemie

Dat bijzondere omstandigheden kunnen leiden tot plotselinge en dus onverwachte veranderingen in gedrag, is tijdens de coronapandemie gebleken. Door contactbeperkingen die door het kabinet vanaf half maart 2020 werden opgelegd, werd massaal overgestapt op online werken en beeldbellen, ook door huisartsen en POH's-GGZ. Uit een onderzoek van het Nivel onder huisartsen blijkt dat 64% van de ondervraagde huisartsenpraktijken tijdens de coronapandemie voor het eerst is gaan beeldbellen met patiënten (van Tuyl et al., 2020). Ruim een kwart van de huisartsenpraktijken verwacht ook na de pandemie vaker te gaan beeldbellen (van Tuyl et al., 2020). Omdat onze vragenlijst werd uitgezet na het uitbreken van de coronapandemie, hebben we ook enkele vragen over het gebruik van eMH tijdens de coronapandemie toegevoegd, maar de analyse van deze data valt grotendeels buiten de scope van deze masterscriptie.

Focus van deze Studie

Deze studie heeft geprobeerd vanuit een theoretisch model het gebruik van eMH door de POH-GGZ te verklaren aan de hand van determinanten van gedrag. De eHealth monitor van 2016 (Krijgsman et al., 2016) en 2017 (Wouters et al., 2017) en de Infographics over eMH van het Trimbos instituut (Conijn et al., 2014; Lokman et al., 2016) vormden daarvoor een goed uitgangspunt. In die onderzoeken werden echter alleen redenen en gedrag geïnventariseerd maar werd niet gekeken naar mogelijke verbanden tussen de barrières en bevorderende factoren en het gebruik zelf. Bestaande onderzoeken verklaren veelal de intentie tot gebruik van eMH (Feijt et al., 2018; Becker & Jensen-Doss, 2013; Osma et al., 2017), maar niet het gebruik. In dit onderzoek stond gebruik van eMH wel centraal. Bovendien was er in dit onderzoek bijzondere aandacht voor het gebruik van

eMH bij 'kwetsbare groepen', omdat de toename in eHealth toepassingen hun toegang tot de gezondheidszorg bemoeilijkt (van der Els-Schoenmaker et al., 2020). Het onderzoeksmodel wordt verderop toegelicht. Dit model werd empirisch gevalideerd met een survey onder POH's-GGZ.

Kwetsbare groepen bij de POH-GGZ

Bolman (2019) stond in haar oratie uitgebreid stil bij de noodzaak tot optimalisatie van bereik en gebruik van eHealth-toepassingen door kwetsbare groepen in de gezondheidszorg. Bolman noemde in dat kader mensen met beperkte digitale, lees- en gezondheidsvaardigheden, maar ook mensen met complexe en/of meervoudige chronische aandoeningen. Gezondheidsvaardigheden zijn "de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheids-gerelateerde beslissingen" (Heijmans et al., 2018).

Heijmans et al. (2018) stelden dat ruim 36% van de volwassen Nederlanders over te weinig gezondheidsvaardigheden beschikt. Ondanks de sterke samenhang tussen opleidingsniveau en gezondheidsvaardigheden is deze niet één-op-één en komen er ook bij hoger opgeleiden lage gezondheidsvaardigheden voor en spelen ook persoonlijke en sociale invloeden een rol (Rademakers, 2014, p. 14): "Gezondheidsvaardigheden bieden daarmee een preciezer inzicht in de mogelijkheden en belemmeringen die individuen ervaren in het omgaan met gezondheid, ziekte en zorg dan het generieke concept opleiding". Om effectief mee te doen in de digitale maatschappij heeft men digitale vaardigheden nodig en dat vraagt een groot scala aan vaardigheden (cognitieve, motorische, sociologische en emotionele, Eshet-Alkalai, 2004). Volgens het Centraal Bureau voor Statistiek (2019) heeft ruim 17% van de Nederlanders weinig digitale vaardigheden.

Kwetsbare mensen zijn dus diegenen die "meer ondersteuning en zorg nodig hebben dan anderen", "minder gebruik maken van eHealth toepassingen en naar verwachting nog vaker buiten de boot gaan vallen als eHealth een grotere plaats gaat innemen in ons zorgstelsel" (Bolman, 2019, p. 14). Omdat eMH een onderdeel is van eHealth, betreft het bij eMH dus in principe dezelfde kwetsbare groepen, maar mensen met psychische problemen hebben bovendien vaak specifieke moeilijkheden bij het gebruik van websites, zoals moeilijk te begrijpen en te gebruiken pagina lay-

outs, bewegende of flikkerende pagina-inhoud en achtergrondgeluid dat je niet kunt uitzetten (Bernard et al., 2016). Bernard et al. (2016) formuleerden ook oplossingen, waaronder eenvoudig taalgebruik. Ook Robotham et al. (2016) hebben aangetoond dat mensen met ernstige psychische problemen behoren tot de risicogroepen die moeilijk meekomen in de digitale maatschappij.

Vaak werd gesteld dat de bestaande eMH programma's zich richtten op hoger opgeleide patiënten (van der Poel et al., 2015). Mogelijk hebben sommige ontwikkelaars al gehoor gegeven aan het appèl om ook rekening te houden met lager opgeleiden, want Smeets en Zijlstra-Vlasveld (2016) rapporteerden bij de implementatie van *blended* Kleurjeleven⁵ in de huisartsenpraktijk voor het eerst dat ook patiënten met een lage opleiding worden bereikt. Het bleef wel noodzakelijk dat deelnemers de Nederlandse taal beheersen. Voor een online behandeling op basis van cognitieve gedragstherapie (CGT) is naast voldoende taalvaardigheid en kennis van de Nederlandse taal (want het huidige aanbod van eMH toepassingen in NL is voornamelijk in het Nederlands) ook een voldoende vermogen tot zelfreflectie nodig. Dat geldt overigens ook voor *face-to-face* CGT.

Achter de hierboven genoemde constructen (beperkte gezondheidsvaardigheden, beperkte digitale vaardigheden en leesvaardigheden en complexe en/of meervoudige chronische aandoeningen) gaat vaak eenzelfde populatie mensen schuil: het zijn vaak mensen met een lage opleiding, hogere leeftijd, lagere sociaal-economische status, vaker een migratie-achtergrond (Heijmans et al., 2018; Plantinga & Kaal, 2018).

Geschiktheid van de Patiënt voor eMental Health

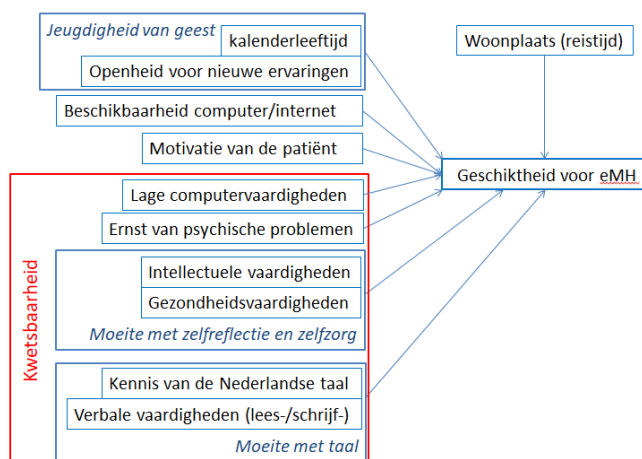
Wentzel et al. (2016a) hebben een checklist opgesteld om in een gesprek tussen patiënt en therapeut vast te stellen of het zinvol is om *face-to-face* therapie te vervangen door *blended care* en noemen dit de *fit-for-blended-care* checklist (Wentzel et al., 2016b). Het is interessant om vast te stellen dat 'fit for blended care' eigenlijk alle aspecten van de hierboven gedefinieerde kwetsbaarheid omvat, aangevuld met enkele praktische voorwaarden (toegang tot een computer en tot internet) en met persoonsgebonden aspecten. Waar deze checklist geschikt lijkt voor gebruik in geval van een langdurige behandeling in de GGZ, vonden wij hem in de bestaande vorm te

uitgebreid voor gebruik door de POH-GGZ. In het onderhavige onderzoek is dan ook, als voorbereiding op de centrale onderzoeksvraag naar factoren die samenhangen met eMH gebruik, onderzocht hoe de POH-GGZ bepaalt of een patiënt geschikt is voor eMH, zonder dat de patiënt gevraagd wordt een checklist in te vullen of een reeks vragen van de POH te beantwoorden.

Het model uit Figuur 1 omvat de relevante variabelen betreffende de geschiktheid van een patiënt voor eMH. Die zien we als een construct dat de kwetsbaarheid van de patiënt omvat. Deze operationalisatie is gebaseerd op de checklist van Wentzel et al. (2016b), de eHealth monitor van 2016 (Krijgsman et al., 2016) en 2017 (Wouters et al., 2017), het kwalitatieve onderzoek van Titzler et al. (2018) en drie oriënterende gesprekken met POH's-GGZ.

Figuur 1

Factoren die Bepalen of een Patiënt Geschikt is Voor eMH



Het model (Fig. 1) toont dat, naast de factoren die kenmerkend zijn voor kwetsbare patiënten (ernstige psychische problemen, moeite met zelfreflectie en zelfzorg, moeite met taal en lage computervaardigheden) ook reistijd, 'jeugdigheid van geest', toegang tot een computer en internetverbinding en de motivatie van de patiënt een belangrijke rol spelen. Het model maakt inzichtelijk dat de elf genoemde kenmerken samen leiden tot een inschatting van de POH-GGZ.

Leeftijd lijkt een belangrijke factor voor de acceptatie van eHealth en is dan ook meermaals onderzocht (van Houwelingen et al., 2018; Peek et al., 2014). Omdat het is vastgesteld dat kalenderleeftijd *an sich* geen consistente relatie heeft met acceptatie van eHealth (Or & Karsh,

2009), worden kalenderleeftijd en openheid voor nieuwe ervaringen in het model gecombineerd tot 'jeugdigheid van geest'.

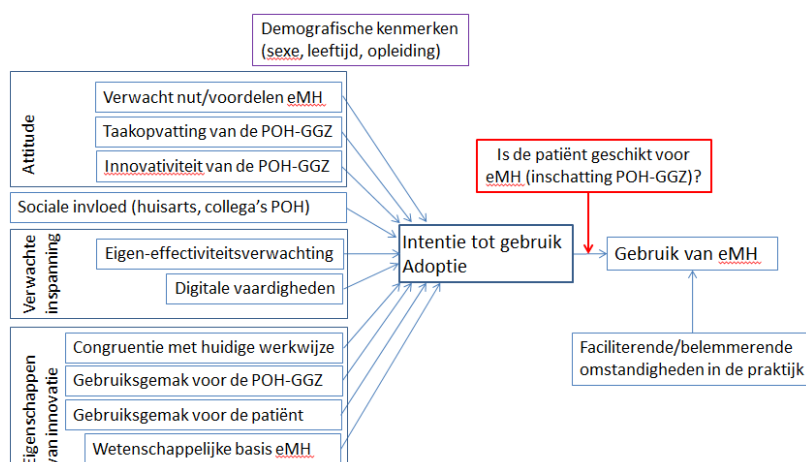
Dat een patiënt geen reistijd heeft, wordt vaak als een van de grote voordelen van eHealth gezien, maar omdat een patiënt over het algemeen dicht bij zijn huisarts woont, denken wij dat reistijd in dit onderzoek alleen een rol speelt voor patiënten die minder mobiel zijn.

Theoretische Kaders

Er werd een onderzoeksmodel (Fig. 2) ontwikkeld dat gebaseerd is op het *Reasoned action approach* model (Fishbein & Ajzen, 2010; Brug et al., 2017), het UTAUT model (*Unified Theory of Acceptance and Use of Technology*; Venkatesh et al., 2003) en het MIDI model (Meetinstrument Determinanten van Innovaties; Fleuren et al., 2014). Het gebruik van eMH door de POH-GGZ wordt verklaard op basis van zijn intentie tot gedrag. Waar 'Attitude', 'Sociale Invloed' en 'Eigen-effectiviteitsverwachting' constructen zijn uit het *Reasoned action approach* model, komen 'Verwachte Inspanning', 'Nut', 'Sociale Invloed' en 'Faciliterende Omstandigheden' uit het UTAUT model en de 'Eigenschappen van de Innovatie' uit het MIDI model. 'Inpasbaarheid/congruentie', 'Relatief voordeel' en 'Gebruiksgemak' zijn bovendien drie van de vijf innovatiekenmerken die volgens de Diffusie van Innovatietheorie van Rogers de kans op adoptie vergroten (Brug et al., 2012).

Figuur 2

Het Onderzoeksmodel met de Factoren die het Gebruik van eMH Door de POH-GGZ Bepalen



In het conceptuele model (Fig. 2) werden deze constructen gecombineerd en uitgewerkt in tien factoren die de intentie tot gedrag verklaren, zijnde: verwachte nut en voordeel van eMH,

innovativiteit (de mate waarin de POH-GGZ openstaat voor vernieuwingen), taakopvatting (of hij vindt dat eMH bij de taak van de POH-GGZ hoort), sociale invloed, eigen-effectiviteitsverwachting en digitale vaardigheden van de POH-GGZ, congruentie van eMH met de huidige werkwijze, gebruiksgemak van eMH voor patiënt en behandelaar en wetenschappelijke basis van eMH.

Intentie tot gebruik, ook wel adoptiebereidheid genoemd (Feijt et al., 2020), is een karakteristiek van de POH-GGZ, die onafhankelijk van de patiënt tot stand komt. Pas wanneer de POH-GGZ de patiënt ziet, maakt hij een inschatting van diens geschiktheid en dat bepaalt of hij vervolgens tot gebruik van eMH overgaat. Weliswaar is de intentie tot gebruik van de POH-GGZ een belangrijke voorspeller van zijn gedrag, maar de karakteristieken van de patiënt (geoperationaliseerd in zijn *geschiktheid*, zie Fig. 1) zijn bepalend voor een positief, dan wel negatief besluit om eMH te gebruiken. Dit conceptuele model verbeeldt de observatie van Wouters et al. (2017) dat de POH-GGZ over het algemeen positief staat tegenover eMH, maar het slechts bij een klein deel van de patiënten gebruikt. De afweging die in het model wordt getoond, wordt in feite per patiënt gemaakt en de uitkomst is dan wel/geen gebruik voor deze patiënt. Dit is echter niet te toetsen in een regressiemodel. Daarom werd in het regressiemodel uitgegaan van de geschiktheid van de gemiddelde patiënt en die werd bepaald op basis van de afschatting van de geschiktheid van de patiëntenpopulatie. Wat betreft gebruik ging het niet meer om wel/niet gebruik van eMH voor een patiënt, maar werd het de afschatting van dat deel van de patiënten voor wie eMH wordt ingezet. In de relatie tussen intentie tot gebruik en gebruik werd de inschatting door de POH-GGZ of de patiënt geschikt is voor eMH geïntroduceerd als een moderator variabele. De verwachting was namelijk dat waar alle POH's-GGZ bij een patiënt die niet geschikt is, geen of weinig eMH zullen gebruiken, de POH-GGZ met een lage intentie ook bij een geschikte patiënt veel minder vaak eMH zal gebruiken dan de POH-GGZ met een hoge intentie.

Op basis van het UTAUT model werd in het onderzoeksmodel een directe relatie gelegd tussen faciliterende en belemmerende omstandigheden in en rond de organisatie van de huisartsenpraktijk en het gebruik van eMH door de POH-GGZ (Venkatesh et al., 2003). Te denken

valt hier aan: onduidelijkheid over financiën en het wel/niet aanwezig zijn van organisatorische en technische infrastructuur die het gebruik van eMH ondersteunen.

Doelstelling en Hypothesen

Het hogere doel van dit onderzoek was een bijdrage te leveren aan het optimaliseren van e-Health voor kwetsbare groepen die zich melden bij de huisarts of POH-GGZ met psychische of psychosomatische problemen. Aan dit doel is gewerkt via drie subdoelstellingen: 1) inzicht krijgen in het besluitvormingsproces van de POH-GGZ bij het inzetten van eMH programma's en de factoren te identificeren die daarbij een rol spelen; 2) inzicht krijgen of en waarom 'kwetsbare' groepen door de POH-GGZ worden uitgesloten van eMH therapie en welke definitie van 'kwetsbaarheid' de POH-GGZ hanteren; 3) het formuleren van aanbevelingen voor de ontwikkelaars van eMH therapie om het gebruik van deze programma's ook voor kwetsbare groepen toegankelijk te maken.

De centrale vraagstelling was welke factoren het gebruik van de POH-GGZ van eMH therapie voorspellen, en hoe dat gebeurde in het geval van kwetsbare groepen. Voor dit onderzoek zijn vijf hypothesen geformuleerd.

De eerste hypothese (H1) stelt dat de POH-GGZ met een grote intentie tot het gebruik van eMH of van *blended* therapie hoger of positiever scoren dan de POH-GGZ met een lage intentie tot gebruik op (1) het verwachte nut en voordeel van eMH, (2) de innovativiteit van de POH-GGZ, (3) de taakopvatting van de POH-GGZ, (4) de sociale invloed die de POH-GGZ ondervindt, (5) de ingeschatte eigen-effectiviteit, (6) de digitale vaardigheden, (7) de inpasbaarheid van eMH in de behandelpraktijk, (8) het gebruiksgemak van eMH voor de patiënt, (9) het gebruiksgemak van eMH voor de behandelaar en (10) de wetenschappelijke basis van eMH (Venkatesh et al., 2003; van der Vaart et al., 2016; Osma et al., 2017; Feijt et al., 2018).

Hypothese twee (H2) veronderstelt dat 'het verwachte nut en voordeel van eMH' de belangrijkste voorspeller is van intentie tot gebruik. Dit construct is sterk verwant aan '*Performance expectancy*' uit het UTAUT model, een factor die volgens Venkatesh (2003, p. 447) in elk model de sterkste voorspeller van intentie is. Ook het onderzoek van Chismar en Wiley-Patton (2006)

bevestigde dat de het 'waargenomen nut' een sterke bepalende factor was voor de intentie tot gebruik, terwijl 'sociale invloed' en 'gebruiksgemak' dat niet waren.

De derde hypothese (H3) zegt dat er een significante samenhang is tussen de intentie tot gebruik van eMH en het daadwerkelijke gebruik van de POH-GGZ en dat de sterkte van deze relatie in belangrijke mate bepaald wordt door de inschatting die de POH-GGZ maakt ten aanzien van de geschiktheid van de patiënt voor eMH. De samenhang tussen intentie en gedrag is de basis van de theoretische modellen (*Reasoned action approach* en *UTAUT*) waarop het onderzoeksmodel is gebaseerd. Dat de geschiktheid van de patiënt een moderator variabele is, is een manier om het belang van de karakteristieken van de patiënt in het model tot zijn recht te laten komen. Het lijkt een goede vertaling van de bevindingen van de eHealth monitor van 2017 (Wouters et al., 2017): POH's-GGZ staan over het algemeen positief ten opzichte van eMH, maar maken er slechts voor een klein deel van hun patiënten gebruik van. POH's vinden de patiënten niet digitaal vaardig genoeg en het type of de ernst van de klachten van de meeste patiënten niet passend bij het eMH aanbod. Ook denken ze dat veel patiënten de meerwaarde van eMH niet inzien en dus niet gemotiveerd zijn.

De vierde hypothese (H4) stelt dat ook faciliterende/tegenwerkende omstandigheden in en rond de organisatie van de huisartsenpraktijk een significante relatie hebben met het gebruik van eMH door de POH-GGZ (Venkatesh et al., 2003).

Volgens de vijfde hypothese (H5) wordt de inschatting van de geschiktheid van de patiëntenpopulatie voor eMH door de POH-GGZ voornamelijk gedaan op basis van de motivatie van de patiënten en de ernst van hun psychische problemen. In het kwalitatieve onderzoek van Titzler et al. (2018) kwamen deze factoren als meest belangrijke patiënt-gerelateerde factoren naar voren. In de oriënterende gesprekken met de POH's-GGZ werd met name motivatie van de patiënt genoemd en het feit dat sommige patiënten zelf vragen naar het toevoegen van online therapie aan de *face-to-face* gesprekken. Voor het belang van de ernst van de psychische problemen verwijzen we naar Osma et al. (2017). Osma et al. (2017) stelden vast dat zorgverleners over het algemeen de intentie hebben om eMH te gebruiken, maar dat eMH niet zinvol is voor bepaalde ernstige gevallen

(bijvoorbeeld patiënten met psychoses of als er indicaties zijn van urgente nood) of wanneer aan de basale voorwaarden om digitale diensten te gebruiken niet wordt voldaan (bijv. geen toegang tot internet of onvoldoende taalvaardigheid).

Methode

Onderzoeksdesign

Het betreft een cross-sectioneel online onderzoek. Onder POH's-GGZ werd een online vragenlijst uitgezet, waarin alle concepten uit het onderzoeksmodel via een of meerdere items geoperationaliseerd zijn. Voordat de vragenlijst op grote schaal uitgerold werd, werd er bij zeven POH's-GGZ gepretest met als doel om de vragenlijst verder te optimaliseren en te kijken of er items toegevoegd of verwijderd moesten worden. De pretest heeft tot kleine aanpassingen in de vragenlijst geleid. De data uit de pretest-fase werden niet meegenomen in de analyse (Bijlage 1).

Onderzoekspopulatie en omvang

Deelnemers aan het onderzoek moesten praktiserend POH-GGZ zijn en minimaal 8 uur per week werkzaam zijn in een huisartsenpraktijk.

Het aantal respondenten dat nodig was om in dit onderzoek voldoende *power* te garanderen, werd geschat op basis van de geplande regressieanalyses met respectievelijk tien en drie (waarvan 1 moderatorvariabele) onafhankelijke variabelen. Met behulp van de '*rule of thumb*' van Tabachnick en Fidell (2001) kwam het minimale aantal respondenten (N) voor de regressieanalyse met 10 onafhankelijke variabelen (m) op $N > 50 + 8 m = 130$.

Wervingsprocedure

Potentiële deelnemers (POH's-GGZ die klant zijn bij Therapieland of zijn partner Ksyos) werden via een email (21 april 2020) of nieuwsbrief (4 mei 2020) vanuit het adressenbestand van Therapieland uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Uitgaande van een respons rate van 35% (in lijn met de 36% respons rate van POH's-GGZ op de vragenlijsten in het onderzoek van Krijgsman et al., 2016) was het plan om een 400-tal POH's-GGZ aan te schrijven, verspreid over het hele land. In eerste instantie hebben Ksyos⁶ en Therapieland resp. een nieuwsbrief en een

e-mailbericht gestuurd naar hun klantenveld (in totaal > 1000). Echter, toen dit ook na het versturen van een *reminder* niet leidde tot voldoende respondenten, heeft de Open Universiteit naast een LinkedIn bericht ook een advertentie⁷ op de webpagina van de Landelijke Vereniging POH-GGZ geplaatst. Tegelijkertijd werd Minddistrict bij het onderzoek betrokken, zodat ook in hun klantenveld respondenten geworven werden. In de advertenties, nieuwsbrieven, LinkedIn en e-mailberichten stond een link naar de vragenlijst (zie Bijlage 2).

Om deelname te stimuleren werden onder de respondenten vijf VVV-bonnen van 10 euro verloot. Door een email te sturen naar een speciaal daarvoor geopend email account van de Open Universiteit konden de respondenten aangeven of ze op de hoogte gehouden wilden worden van de resultaten van dit onderzoek en/of ze kans wilden maken op de VVV-bonnen.

Meetinstrumenten

Voor het onderzoek werd in LimeSurvey een online vragenlijst ontwikkeld, waarmee alle factoren uit het onderzoeksmodel werden geoperationaliseerd. Deze vragenlijst (zie Bijlage 2) bestond uit meerkeuzevragen, aangevuld met enkele open vragen. Bij de meeste vragen was het verplicht om te antwoorden om verder te kunnen gaan naar de volgende vraag.

Demografische en functiegerelateerde kenmerken van de POH-GGZ. In de vragenlijst werden geen persoonsgegevens gevraagd, wel werd leeftijd, geslacht, type huisartsenpraktijk (met 1 of meer POH's-GGZ) en achtergrond van de POH-GGZ (SPV, psycholoog, maatschappelijk werker of ander) geregistreerd, alsook het aantal uur dat de POH-GGZ per week werkte en hun ervaringsjaren.

De tien determinanten van intentie tot gebruik van eMH en faciliterende condities. De vragenlijst heeft met 54 items de 10 factoren die volgens het onderzoeksmodel invloed hebben op intentie gemeten. De 54 items waren gebaseerd op de gevalideerde eMHAR (eMental Health Adoption Readiness) vragenlijst van Feijt et al. (2020), de MIDI vragenlijst (Fleuren et al., 2014), een online vragenlijst over digitale vaardigheden en op drie oriënterende gesprekken met POH's-GGZ (verdere toelichting in Bijlage 1). De 54 stellingen werden door de respondenten gescoord op een 5-punts Likertschaal (1 = *Helemaal niet mee eens*, 2 = *Niet mee eens*, 3 = *Neutraal*, 4 = *Mee eens*, en 5 =

Helemaal mee eens). De operationalisatie van de Faciliterende condities was gebaseerd op de MIDI vragenlijst, met name op de MIDI determinanten van de omgeving (Fleuren et al., 2014).

Faciliterende condities werd gemeten met 6 items. Ook deze stellingen werden gescoord op de eerder genoemde een 5-punts Likertschaal.

Omdat de samengestelde vragenlijst die in dit onderzoek gebruikt werd, nog niet was gevalideerd, hebben we de items van deze tien subschalen, samen met de items van de subschaal Faciliterende condities onderworpen aan een principale factoranalyse. De factoranalyse en de itemanalyse van de verschillende subschalen worden in detail beschreven in Bijlage 3 en 4. Deze analyses leidden weliswaar tot kleine aanpassingen aan de subschalen (itemsamenstelling, betekenis en soms ook factornaam), maar bevestigden dat er tien determinanten van intentie tot gebruik zijn.

Tabel 1

Operationalisatie van de Tien Determinanten van Intentie tot Gebruik van eMH

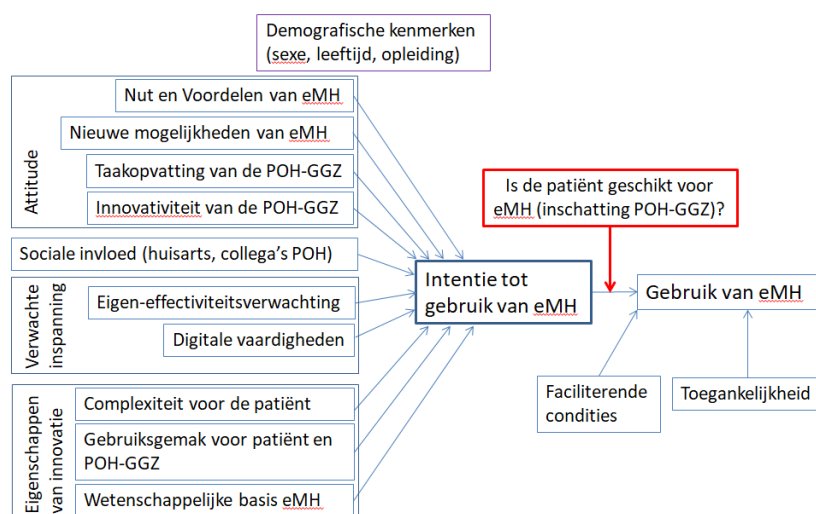
| | Factoren | # items | Cronbach's alpha | Voorbeelditem |
|----|---------------------------------------|---------|------------------|---|
| 1 | Nut en Voordelen van eMH | 9 | .89 | Ik verwacht dat eMental Health voordelen biedt voor de zorg die ik verleen. |
| 2 | Nieuwe mogelijkheden door eMH | 5 | .75 | Het gebruik van eMental Health tussen 2 face-to-face sessies maakt de face-to-face sessies efficiënter. |
| 3 | Taakopvatting van de POH-GGZ | 3 | .78 | eMental Health is een onmisbaar onderdeel van het werk van een POH-GGZ. |
| 4 | Innovativiteit van de POH-GGZ | 5 | .80 | Vergeleken met collega's maak ik veel gebruik van eMental Health. |
| 5 | Sociale invloed | 5 | .73 | Mijn collega's POH-GGZ gebruiken eMental Health programma's. |
| 6 | Eigen-effectiviteit van de POH-GGZ | 5 | .81 | Om eMental Health te gaan gebruiken moet ik nieuwe vaardigheden leren. |
| 7 | Digitale vaardigheden van de POH-GGZ | 4 | .89 | Ik kan relevante informatie opzoeken op het internet. |
| 9 | Complexiteit voor de patiënt | 2 | .68 | De meeste eMental Health programma's gebruiken moeilijk taalgebruik |
| 8 | Gebruiksgemak voor patiënt en POH-GGZ | 5 | .69 | De eMental Health programma's zijn erg gebruiksvriendelijk en nodigen de patiënt uit tot gebruik. |
| 10 | Wetenschappelijke basis van eMH | 2 | .77 | De eMental Health programma's waar ik mee werk, zijn bewezen effectief |

Na deze aanpassing hebben alle meetschalen van deze tien factoren een redelijke tot goede interne consistentie ($.68 \leq \alpha \leq .89$), zoals zichtbaar in Tabel 1 waar ook van elke meetschaal een voorbeelditem wordt gegeven. Ook de meetschaal Faciliterende condities werd aangepast, maar bleef inhoudelijk overeind. Na validatie bestond deze schaal uit 5 items die gaan over beschikbare tijd ('Ik krijg te weinig tijd van de huisarts om me te verdiepen in eMH mogelijkheden') of financiën en administratieve ballast ('De administratieve ballast weerhoudt me ervan om eMental Health te gebruiken.'). De betrouwbaarheid van de schaal is redelijk goed (5 items, $\alpha = .78$).

Bij de factoranalyse kwamen Toegankelijkheid en Externe verplichting als twee nieuwe factoren naar voren. Met Toegankelijkheid werd gemeten of eMental Health laagdrempelig kan ingezet worden ('Ik gebruik eMental Health toepassingen die eenvoudig voor handen zijn.'). Deze schaal had een goede betrouwbaarheid (2 items, $\alpha = .85$). Het is een factor waarvan direct invloed verondersteld werd op het gebruik van eMental Health (zie onderzoeksmodel, Fig. 3). Externe verplichting bestaat ook uit 2 items, een voorbeeld is 'Ik word verplicht door de organisatie om eMental Health te gebruiken'. Het is geen goede schaal (2 items, $\alpha = .36$) en daarom werd dit concept niet meegenomen in het model. Het aangepaste onderzoeksmodel wordt getoond in Fig. 3.

Figuur 3

Aangepast Onderzoeksmodel (na Validering van de Vragenlijst)



Omdat niet alle factoren met hetzelfde aantal items werden geoperationaliseerd, werden gemiddelde itemscores gebruikt als waarde voor de factor in het regressiemodel. Hierbij werden de

items die een negatieve waardering van eMH gaven eerst gehercodeerd (zie Bijlage 4). Een hoge score (> 3) geeft aan dat voor de POH-GGZ de betreffende factor een 'positieve waardering' van eMH inhoudt: hij ziet het nut en de voordelen van eMH, hij ziet nieuwe mogelijkheden van eMH, hij vindt dat eMH bij de taak van de POH hoort, hij staat open voor vernieuwingen, hij ervaart sociale invloed ten voordele van eMH, hij schat zijn eigen effectiviteit betreffende eMH en zijn digitale vaardigheden hoog in, hij vindt eMH niet complex voor patiënten, hij vindt het gebruiksgemak van eMH groot, en hij erkent de wetenschappelijke basis van eMH.

Intentie tot gebruik werd gemeten met vier items die op een 5-punts Likertschaal (1 = *Helemaal niet mee eens*, 2 = *Niet mee eens*, 3 = *Neutraal*, 4 = *Mee eens*, en 5 = *Helemaal mee eens*) gescoord werden. Na itemanalyse (Bijlage 3 en 4) bleven drie items over, waaronder 'Ik ben van plan om eMH in te zetten als onderdeel van mijn behandelingen'. De betrouwbaarheid van de schaal was goed (3 items, $\alpha = .85$). Voor het construct Intentie werd de gemiddelde itemscore gebruikt. Een hoge score (> 3) betekent dat de POH-GGZ positief staat tegenover het inzetten van eMH.

Het gebruik van eMH werd gemeten als categorale variabele met de vraag naar een inschatting betreffende het aandeel patiënten voor wie de POH-GGZ eMH heeft ingezet vóór de coronacrisis. Om van deze variabele een ratiovariabele te maken werden de antwoordcategorieën als volgt gehercodeerd: (1) Minder dan 10% wordt 0.05, (2) 10-20% wordt 0.15, (3) 20-40% wordt 0.30, (4) 40-60% wordt 0.50, (5) 60-80% wordt 0.70, (6) 80-90% wordt 0.85 en (7) 90-100% wordt 0.95. Het is deze ratiovariabele, GebruikVOOR, die gebruikt werd in het regressiemodel.

Aansluitend werden nog de open vragen gesteld naar belangrijkste reden om eMH wel/niet te gebruiken. Omdat volgens de media^{8,9} en de ervaring van Therapieland (Matthijs Spruijt, persoonlijke communicatie, april 2020) het gebruik van eMH (met beeldbellen in het bijzonder) tijdens de coronapandemie zou zijn toegenomen, werd deze vraag ook expliciet gesteld. In geval toegenomen gebruik werd bevestigd, werd aansluitend gevraagd hoe groot de toename van het gebruik was en of de toename blijvend zal zijn na de coronapandemie. Aanvullend werd nog de *waarom wel/niet?* vraag als open vraag gesteld.

Om een beter zicht te krijgen op wat gebruik van eMH inhoudt, werden veertien eMH activiteiten genoemd, met de vraag om op een 5-punts Likertschaal (1 = *nooit*, 2 = *soms*, 3 = *regelmatig*, 4 = *vaak*, en 5 = *altijd*) aan te geven hoe vaak de POH-GGZ deze in de afgelopen periode had uitgevoerd. Op deze activiteitschaal werd een principale factoranalyse losgelaten (zie Bijlage 5), wat drie gebruiksfactoren opleverde (zie Tabel 2) die middelsterk met elkaar correleerden (Tabel 8). Bij ACT_patiënt wordt een actie van de patiënt verwacht, bij ACT_POH betreft het eMH gebruik van de POH-GGZ zelf en bij ACT-therapie gaat het om eMH activiteiten ten behoeve van therapie.

Tabel 2

Karakteristieken van de Drie Factoren van Gebruik van eMH

| Factoren | # items | Cronbach's alpha | Gemiddelde | SD | Voorbeelditem |
|--------------|---------|------------------|------------|-----|---|
| ACT_patiënt | 5 | .63 | 2.76 | .62 | Ik verwijs patiënten door naar informatieve websites (bijv. thuisarts.nl). |
| ACT_POH | 4 | .59 | 2.48 | .65 | Ik gebruik onderdelen van eMH behandelmodules (bijv. oefeningen). |
| ACT_therapie | 3 | .60 | 2.74 | .67 | Ik laat patiënten zelf kiezen met welke eMH behandelmodule ze aan de slag gaan. |

De geschiktheid van de patiënt voor eMH werd gemeten als categorale variabele met de vraag naar een inschatting betreffende het aandeel van de patiënten die volgens de POH-GGZ geschikt was voor eMental Health. Om van deze variabele een ratiovariabele te maken die de ingeschatte geschiktheid van de patiëntenpopulatie weergaf, werden de antwoordcategorieën als volgt gehercodeerd: (1) Minder dan 10% werd 0.05, (2) 10-20% werd 0.15, (3) 20-40% werd 0.30, (4) 40-60% werd 0.50, (5) 60-80% werd 0.70, (6) 80-90% werd 0.85 en (7) 90-100% werd 0.95. Deze ratiovariabele (GESCHIKT) werd gebruikt in het regressiemodel.

De eigenschappen die bepalen of een patiënt door de POH-GGZ geschikt wordt gevonden voor eMH, werden op twee manieren bevraagd. Enerzijds werd gevraagd om een Top-5 van belangrijkste eigenschappen te kiezen uit een lijst van 11 items, bijvoorbeeld 'De patiënt is oud (>70 jaar)'. Anderzijds moest de POH-GGZ uit een lijst van negen items (discipline, openheid voor nieuwe ervaringen, aantoonbare computervaardigheden, beschikbare computer en internet, motivatie om

met eMH te werken, voldoende intellectuele vaardigheden, verbale vaardigheden, aantoonbare gezondheidsvaardigheden, andere) de minimale eigenschappen aankruisen die een patiënt nodig heeft om eMH te kunnen gebruiken. Bij het antwoord 'Andere' was ook nog de mogelijkheid om deze andere eigenschap te benoemen. Tenslotte hebben we bij de start van de vragenlijst – dus los van de vragen over geschiktheid van de patiënt – de open vragen gesteld naar wat voor de POH-GGZ de belangrijkste reden was om eMental Health wel/niet te gebruiken. Op deze vragen werden ook patiëntgerelateerde antwoorden gegeven.

Ethische verantwoording

Het onderzoeksvoorstel is goedgekeurd door de Commissie Ethische Toetsing van de Open Universiteit (cETO) (code U/2020/01469/MQF). De *informed consent* werd in LimeSurvey op de openingspagina getoond (zie bijlage 2). Pas als de deelnemer toestemming gaf, kon hij/zij de vragenlijst gaan invullen. Het is een anoniem onderzoek, data zijn niet herleidbaar tot personen.

Bij de werving werd iets afgeweken van het oorspronkelijke plan als gevolg van de zeer trage aanmelding van deelnemers (zie Wervingsprocedure). Deze wijziging is naderhand, ter kennisgeving, aan de cETO doorgegeven. Echter, cETO heeft geen goedkeuring kunnen geven voor dit specifiek wervingskanaal (LinkedIn) omdat cETO niet achteraf toetst en deze wijziging als amendementsaanvraag ingediend had moeten worden. Desondanks behoudt het onderzoek wel de cETO goedkeuring (mail dd 14-9-2020 aan prof. Bolman). Dat slechts twee respondenten geen klant zijn van Therapieland en/of Minddistrict (zie Tabel 3), wijst erop dat de werving grotendeels via de door cETO goedgekeurde wervingsprocedure is gelopen.

Analyse

Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS software (versie 26). Voor alle tests werd een significantieniveau van 95% aangehouden ($\alpha = .05$).

De kenmerken van de onderzoeksgroep zijn geanalyseerd met beschrijvende statistieken. Er werd vervolgens onderzocht of de kenmerken geslacht, leeftijd of professionele achtergrond de rol speelden van covariaat in de relatie tussen de determinanten en intentie tot gebruik. Indien voor

geslacht, leeftijd of professionele achtergrond significante verschillen werden gevonden voor een of meer significante variabelen uit het onderzoeksmodel, zou dit persoonskenmerk als covariaat meegenomen zijn in de regressieanalyse van H2. Omdat dit niet het geval bleek te zijn, worden analyse, resultaten en discussie van de covariaten geslacht, leeftijd en professionele achtergrond apart gerapporteerd in Bijlage 6. Om te onderzoeken of de factor ‘Sociale invloed’ beïnvloed werd door het wel/niet hebben van directe collega’s POH-GGZ, werd een t-toets gedaan om deze factor te vergelijken voor respondenten die wel/niet als enige POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkten.

De analyse ter verificatie van het onderzoeksmodel werd gestart met een correlatieanalyse (Pearsons r 's) met alle variabelen. Voor de verificatie van de eerste hypothese (H1) werd eerst de dummy variabele INTENTIE_Cat berekend (met behulp van een mediaansplitsing van INTENTIE) en vervolgens een t-test uitgevoerd om te kijken of er significante verschillen waren in de gemiddelde waarde van de tien factoren tussen respondenten met een hoge en een lage Intentie tot gebruik. Voor de verificatie van de tweede hypothese (H2) is een meervoudige *backward* lineaire regressieanalyse gedaan met Intentie als afhankelijke variabele en de tien factoren uit het onderzoeksmodel als predictor variabele. Er werd daarbij gecontroleerd op multicollineariteit.

Het gebruik van eMH, voor en tijdens de coronapandemie, werd vergeleken. Ook werd de correlatie van het gebruik voor en tijdens de coronapandemie en de drie eMH-activiteitsgroepen (ACT_patient, ACT_POH, ACT_therapie) onderzocht. De vragen rondom toename van gebruik tengevolge corona, leidden tot drie groepen van POH's-GGZ waarvoor het gebruik (1) niet toenam, (2) blijvend toenam en (3) tijdelijk toenam. Twee t-toetsen werden uitgevoerd om te kijken of er verschillen in aanvankelijk gebruik (GebruikVOOR) tussen deze groepen waren.

De derde hypothese (H3) bestond uit twee delen en de analyse is gestart met het tweede deel: de sterkte van de relatie tussen INTENTIE en GebruikVOOR wordt in belangrijke mate bepaald door de inschatting die de POH-GGZ maakt ten aanzien van de geschiktheid van de patiënt voor eMH. Hiermee werd bedoeld dat de geschiktheid van de patiënt (GESCHIKT) een moderatorvariabele zou zijn. Om dit te onderzoeken werd gebruik gemaakt van de PROCESS module van Andrew F.

Hayes^{10,11} (Field, 2015). Met behulp van deze module werd een moderator analyse uitgevoerd met GebruikVOOR als afhankelijke variabele (Y), INTENTIE als onafhankelijke variabele (X), GESCHIKT als moderatorvariabele (W) en Toegankelijkheid en Faciliterende condities als covariaten. Deze analyse laat ook toe om het eerste deel van de derde hypothese (er is een significante samenhang tussen de intentie en het gebruik), alsook de vierde hypothese (H4: Faciliterende condities hebben een significante relatie met het gebruik van eMH door de POH-GGZ), te bevestigen c.q. verwerpen. Ten behoeve van de interpretatie van de regressiecoëfficiënten werd vervolgens nog een meervoudige lineaire regressieanalyse uitgevoerd (*backward*) met GebruikVOOR als afhankelijke variabele (Y) en INTENTIE, GESCHIKT, Toegankelijkheid en Faciliterende condities als onafhankelijke variabelen. Er werd gecontroleerd op multicollineariteit. Toen bij het interpreteren van de analyseresultaten het idee ontstond dat GESCHIKT mogelijk een mediatorvariabele zou zijn in de relatie tussen intentie en gebruik, is ook nog een mediator analyse¹² uitgevoerd met de PROCESS module van Hayes.

Voor de vijfde hypothese werd beschrijvende statistiek gebruikt.

Resultaten

Steekproef

De online vragenlijst kreeg tussen 21 april en 8 augustus 2020 213 reacties, 145 vragenlijsten werden helemaal afgerond. Zeven respondenten gaven geen *informed consent* en van de 138 respondenten die wel *informed consent* gaven, waren er zeven niet actief als POH-GGZ (dat was een toelatingseis). Dat bracht het aantal volledig ingevulde vragenlijsten terug tot 131. De vragenlijst van een respondent die enkel de top-5 vraag van geschiktheid voor eMH niet had ingevuld (een vraag die niet meedeed in de regressieanalyse), werd ook nog meegenomen. Het totale aantal respondenten in dit onderzoek kwam daarmee op 132 en dat is meer dan de benodigde 130. Als gevolg van de wat moeizame wervingsprocedure was de responsrate niet meer te bepalen.

Van de 132 respondenten was 84% vrouw en de gemiddelde leeftijd was 47.4 jaar. Ze werkten tussen de 8 en 40 uur per week als POH-GGZ in 1 of meer huisartsenpraktijken. De karakteristieken van de respondenten worden samengevat in Tabel 3.

Tabel 3*Karakteristieken van de Steekproef (N = 132)*

| | <i>M</i> | <i>SD</i> | Bereik | |
|-----------------------------|----------|-----------|--------|--|
| Leeftijd | 47.4 | 10.7 | 27-65 | Mediaansplitsing* (Mediaan = 49.0): Jongere groep (< 50 jaar): 68 (51.5%) Oudere groep (≥ 50 jaar): 64 (48.5%) |
| Geslacht | | | | Man: 20 (15.2%) Vrouw: 111 (84.1%) Anders: 1 (0.8%) |
| Professionele achtergrond | | | | Psycholoog: 30 (22.7%) SPV: 26 (19.7%) Maatschappelijk werker: 25 (18.9%) Andere** : 51 (38.6%) |
| Werkuren/week | 23.0 | 7.6 | 8-40 | |
| Aantal patiënten/week | 25.6 | 10.5 | 4-65 | |
| Werkervaring (jaren) | 4.8 | 3.5 | 0-20 | ≤ 10 jaar: 128 (97%) ≤ 2 jaar (45 (34.1%) |
| Aantal huisartsenpraktijken | | | | 1: 43 (32.6%) 2: 45 (34.1%) >2: 44 (33.3%) |
| Aantal collega's POH-GGZ | | | | Geen: 42 (31.8%) |
| Gebruik van platform | | | | Enkel Therapieland: 41 Enkel Minddistrict: 80 Therapieland én Minddistrict: 9 Geen van beide: 2 |

* Dichotome variabele: LeeftijdCat

** Deze groep is divers met o.a. psychiatrische verpleegkundigen, toegepaste psychologen, ergotherapeuten, orthopedagogen, SPH's.

Dat er geen verschil werd gevonden in Sociale invloed tussen POH's-GGZ die in een huisartsenpraktijk werken met en zonder collega's POH-GGZ, toonde aan dat directe collega's niet de belangrijkste sociale invloed of druk geven.

Factoren uit het onderzoeksmodel

Dertien factoren uit het onderzoeksmodel werden bepaald als gemiddelde scores van de items (zie Tabel 5). Twee factoren, GebruikVOOR ($M = 0.38$, $SD = 0.22$) en GESCHIKTHEID ($M = 0.57$, $SD = 0.23$) werden bepaald uit de inschatting van de POH-GGZ. De Pearson's correlatieanalyse tussen alle factoren uit het onderzoeksmodel (Tabel 4) liet zien dat alle correlaties beneden de kritische waarde van .80 lagen, wat bevestigt dat het onafhankelijke constructen zijn. De correlatie tussen taakopvatting en voordelen was met $r = .74$, $p < .01$ het grootst.

Tabel 4*Pearson's Correlaties Tussen de Factoren uit het Onderzoeksmodel (N =132)*

| Variabele | INTENTIE | NUT | NIEUW | TAAK | INNO | SOCIAAL | EIGEN | DIGITAAL | GEMAK | COMPLEX | WETEN | CONDITIE | TOEGANG | GebruikV- | GESCHIKT |
|-----------------------|----------|------|-------|------|------|---------|-------|----------|-------|---------|-------|----------|---------|-----------|----------|
| INTENTIE | 1 | .70* | .43* | .66* | .41* | .32* | .02 | .03 | .,26* | .20* | .37* | .17 | .33* | .51* | .46* |
| NUT | | 1 | .56* | .74* | .54* | .39* | .06 | .01 | .28* | .24* | .44* | .32* | .28* | .51* | .61* |
| NIEUW | | | 1 | .50* | .40* | .30* | .03 | -.00 | .17* | .10 | .16 | .26* | .08 | .23* | .38* |
| TAAK | | | | 1 | .51* | .34* | .17 | .11 | .18* | .15 | .37* | .28* | .24* | .42* | .44* |
| INNO | | | | | 1 | .35* | .09 | .15 | .27* | .05 | .33* | .15 | .28* | .36* | .33* |
| SOCIAAL | | | | | | 1 | .04 | -.11 | .11 | .07 | .17 | .06 | .23* | .11 | .17 |
| EIGEN | | | | | | | 1 | .35* | .11 | .08 | .03 | .28* | .07 | -.06 | -.02 |
| DIGITAAL | | | | | | | | 1 | .17 | .29* | .10 | -.01 | .12 | .02 | .04 |
| GEMAK | | | | | | | | | 1 | .21* | .23* | .24* | .26* | .23* | .27* |
| COMPLEX | | | | | | | | | | 1 | .16 | .23* | .07 | .16 | .42* |
| WETEN | | | | | | | | | | | 1 | .08 | .30* | .22* | .36* |
| CONDITIE | | | | | | | | | | | | 1 | -.08 | .09 | .19* |
| TOEGANG | | | | | | | | | | | | | 1 | .15 | .17 |
| GebruikV- GESCHIKT | | | | | | | | | | | | | | 1 | .55* |
| | | | | | | | | | | | | | | | 1 |

Noot: * $p < .05$ (tweezijdig getoetst)**Verklaring van intentie tot gebruik**

De gemiddelde intentie in de totale groep was positief ($M = 4.04$, $SD = .64$). Via een mediaansplitsing (de mediaan is 4.0) in de dummy variabele INTENTIE_Cat werd de populatie verdeeld in een grote groep ($n = 98$) met hoge intentie (≥ 4 , $M = 4.32$, $SD = 0.41$) en een kleinere groep ($n = 34$) met lage/lagere intentie (< 4 , $M = 3.25$, $SD = 0.48$). Met behulp van univariate t-testen werden de scores op de tien factoren vergeleken voor de groepen met hoge en lage intentie tot gebruik (Tabel 5). De eerste hypothese (H1) werd hiermee deels bevestigd: de POH-GGZ met een grote intentie scoorde significant hoger dan de POH-GGZ met een lage intentie op zes van de tien factoren: Voordelen van eMH, Nieuwe mogelijkheden door eMH, Taakopvatting van de POH, Innovativiteit van de POH, Sociale Invloed en Wetenschappelijke basis, maar niet op ingeschatte Eigen-effectiviteit, Digitale vaardigheden, Gebruiksgemak van eMH en Complexiteit van eMH.

Tabel 5

Resultaten van de Schalen (Gemiddelde Itemscores) en Verschillen voor POH-GGZ met Lage en Hoge Intentie tot Gebruik (N = 132)

| Variabele | Totaal | | Lage Intentie | | Hoge Intentie | | <i>p</i> (t-toets) |
|---------------------------------------|--------|------|---------------|------|---------------|------|--------------------|
| | Gem. | SD | Gem. | SD | Gem. | SD | |
| Nut en Voordelen van eMH | 3.80 | 0.60 | 3.19 | 0.69 | 4.01 | 0.38 | .000* |
| Nieuwe mogelijkheden door eMH | 3.69 | 0.60 | 3.27 | 0.53 | 3.83 | 0.56 | .000 |
| Taakopvatting van de POH-GGZ | 4.02 | 0.79 | 3.29 | 0.78 | 4.27 | 0.62 | .000 |
| Innovativiteit van de POH-GGZ | 2.77 | 0.76 | 2.38 | 0.82 | 2.90 | 0.69 | .000 |
| Sociale invloed | 3.30 | 0.66 | 2.97 | 0.63 | 3.42 | 0.63 | .001 |
| Wetenschappelijke basis | 3.73 | 0.58 | 3.41 | 0.72 | 3.84 | 0.49 | .003* |
| Eigen effectiviteit | 3.60 | 0.73 | 3.61 | 0.77 | 3.60 | 0.72 | .925 |
| Digitale vaardigheden | 4.44 | 0.59 | 4.57 | 0.51 | 4.39 | 0.61 | .123 |
| Complexiteit voor de patiënt | 3.79 | 0.65 | 3.69 | 0.69 | 3.83 | 0.64 | .221 |
| Gebruiksgemak voor patiënt en POH-GGZ | 3.58 | 0.56 | 3.48 | 0.48 | 3.61 | 0.59 | .300 |

Lage intentie (INTENTIE_Cat=0), Hoge intentie (INTENTIE_Cat=1)

Noot: * Levene's test voor ongelijke varianties; in alle andere gevallen voor gelijke varianties

Uit de correlatieanalyse (Tabel 4) werd al zichtbaar dat Intentie significant correleerde met acht van de tien factorschalen. Intentie had een sterke positieve correlatie met Nut en Voordelen van eMH ($r = .70, p < .01$) en met Taakopvatting ($r = .66, p < .01$) en een middelsterke correlatie met Nieuwe mogelijkheden ($r = .43, p < .01$), Innovativiteit van de POH ($r = .41, p < .010$), Sociale invloed ($r = .32, p < .010$) en Wetenschappelijke basis ($r = .37, p < .01$). De correlaties met Gebruiksgemak ($r = .26, p < .01$) en Complexiteit ($r = .20, p < .05$) waren laag. De zes factoren met een middelmatig tot grote correlatie met Intentie tot gebruik waren ook de factoren waarop de groep met een hoge Intentie tot gebruik hoger scoorde.

Het hele model is vervolgens onderzocht met een meervoudige regressie analyse (*backward*) (Tabel 6). Het eerste regressiemodel (model 1) had 10 onafhankelijke variabelen en verklaarde met deze factoren 56% van de Intentie tot gebruik ($F(10, 131) = 15.113, p < .001, R^2 = .555$). Alleen de schalen Nut/Voordelen en Taakopvatting leverden een significante bijdrage aan de verklaring van Intentie. In het laatste model (model 9) bleven enkel deze twee onafhankelijke variabelen over. Dit

model verklaarde met deze twee factoren 54% van de variantie in Intentie ($F(2, 131) = 76.102, p < .001, R^2 = .541$). De VIF waarden zijn alle kleiner dan vier, en de *tolerance* waarden boven .20, er is dus geen sprake van multicollineariteit, wat ook bleek uit de correlaties die kleiner zijn dan .80 (zie Tabel 4). Hypothese twee (H2), die stelde dat het verwachte nut en voordeel van eMH de belangrijkste voorspeller is van intentie tot gebruik, werd hiermee bevestigd.

Tabel 6

Backward Regressie Analyse Voor de Voorspelling van Intentie tot Gebruik (N = 132)

| | R^2 | B | $SE B$ | β | p |
|------------------------------|-------|-------|--------|---------|------|
| Model 1 | .56* | | | | |
| (Constante) | | .852 | .481 | | .079 |
| Nut en voordelen van eMH | | .425 | .113 | .401 | .000 |
| Nieuwe mogelijkheden van eMH | | .012 | .080 | .011 | .881 |
| Taakopvatting van POH | | .274 | .077 | .339 | .001 |
| Innovativiteit van POH | | -.024 | .065 | -.028 | .717 |
| Sociale invloed | | .034 | .066 | .035 | .612 |
| Eigen effectiviteit | | -.057 | .057 | -.065 | .323 |
| Digitale vaardigheden | | -.012 | .077 | -.011 | .879 |
| Gebruiksgemak | | .089 | .074 | .079 | .233 |
| Complexiteit voor de patiënt | | .032 | .065 | .033 | .622 |
| Wetenschappelijke basis | | .054 | .076 | .049 | .480 |
| Model 9 | .54* | | | | |
| (Constante) | | 1.120 | .244 | | .000 |
| Nut en voordelen van eMH | | .499 | .094 | .471 | .000 |
| Taakopvatting van POH | | .255 | .072 | .316 | .001 |

Noot: * $p < .05$

Ter verificatie van het onderzoeksmodel werd vervolgens opnieuw een meervoudige regressie analyse *backward* uitgevoerd (Tabel 7) met, naast de 'overgebleven' factoren Nut en voordelen en Taakopvatting, de twee factoren waarvoor in het model een directe relatie met het Gebruik van eMH werd verondersteld: Faciliterende condities ($M = 3.38, SD = 0.77$) en Toegankelijkheid ($M = 3.77, SD = 0.68$). Het eerste regressiemodel uit deze analyse verklaarde met deze vier onafhankelijke variabelen 56% van de Intentie tot gebruik ($F(4, 131) = 40.794, p < .001, R^2 = .562$). De schalen Nut en Voordelen, Taakopvatting en Toegankelijkheid leverden een significante bijdrage aan de verklaring van Intentie. In het laatste model (model 2) bleven deze drie

onafhankelijke variabelen over. Dit model verklaarde met deze drie factoren 56% van de variantie in Intentie ($F(3, 131) = 54.151, p < .001, R^2 = .559$).

Tabel 7

Backward Regressie Analyse Voor de Voorspelling van Intentie tot Gebruik (N = 132)

| | R^2 | B | $SE B$ | β | p |
|--------------------------|-------|-------|--------|---------|------|
| Model 1 | .56* | | | | |
| (Constate) | | .901 | .306 | | .004 |
| Nut en voordelen van eMH | | .484 | .096 | .457 | .000 |
| Taakopvatting van POH | | .253 | .071 | .313 | .001 |
| Faciliterende condities | | -.049 | .052 | -.059 | .351 |
| Toegankelijkheid | | .120 | .058 | .129 | .040 |
| Model 2 | .56* | | | | |
| (Constate) | | .788 | .281 | | .006 |
| Nut en voordelen van eMH | | .466 | .094 | .440 | .000 |
| Taakopvatting van POH | | .247 | .071 | .306 | .001 |
| Toegankelijkheid | | .130 | .057 | .140 | .024 |

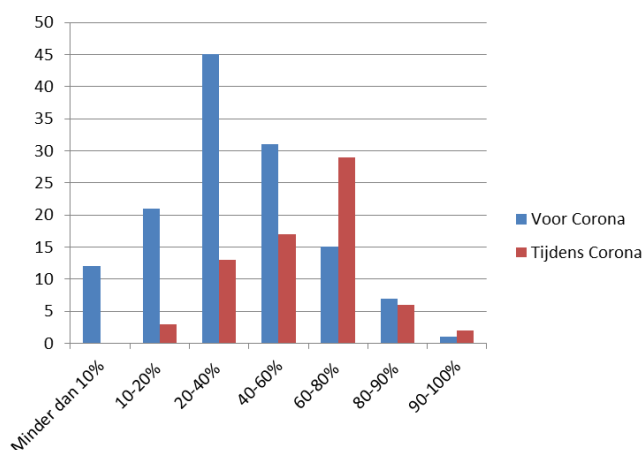
Noot: * $p < .05$

Gebruik van eMH (voor en tijdens de coronapandemie)

Het gebruik van eMH, voor en tijdens de coronapandemie, werd vergeleken (Fig. 4). Het gemiddelde Gebruik voor de coronapandemie was 38% ($M = 0.38, SD = 0.22$) en nam toe tijdens de coronapandemie tot 49% ($M = 0.49, SD = 0.25$). Er is een significant zeer sterke correlatie ($r = 0.794, p < .001$) tussen het gebruik voor en het gebruik tijdens de coronapandemie (Tabel 8).

Figuur 4

Histogram van het Geschatte Gebruik Voor en Tijdens de Coronapandemie



Een ruime helft van de POH's-GGZ ($n = 70$) maakte sinds de coronacrisis meer gebruik van eMH, en voor iets meer dan de helft van deze groep ($n = 36$) is deze toename naar verwachting ook blijvend. Met de t-toetsen werden geen significante verschillen in aanvangsniveau gevonden tussen de groepen waarvoor het gebruik van eMH wel/niet (blijvend) toenam tijdens de coronacrisis. Het aanvangsniveau kon dus geen verklaring geven voor deze verschillen in gedrag. Zoals getoond in Tabel 8 was er een significant middelsterke correlatie tussen gebruik voor de pandemie en alle drie de ACT-variabelen. De correlatie tussen het gebruik tijdens de pandemie en ACT_patient bleef middelsterk, waar de correlaties met ACT_POH (waaronder 'beveiligd beeldbellen' valt) en ACT_Therapie toenamen en sterk werden.

Tabel 8

Correlaties Tussen Gebruik Voor en Tijdens de Coronapandemie en de Drie Gebruiksvormen (N = 132)

| | Gebruik VOOR | Gebruik TIJDENS | ACT_patient | ACT_POH | ACT_therapie |
|------------------------|-----------------|--------------------|-------------|---------|--------------|
| Gebruik VOOR Corona | 1 | .79* | .47* | .49* | .45* |
| Gebruik TIJDENS Corona | | 1 | .44* | .54* | .55* |
| ACT_patient | | | 1 | .40* | .37* |
| ACT_POH | | | | 1 | .36* |
| ACT_therapie | | | | | 1 |

*Noot: * $p < .05$; Bij ACT_patient wordt een actie van de patiënt verwacht, bij ACT_POH maakt de POH-GGZ zelf gebruik van eMH en bij ACT_therapie nodigt de POH-GGZ de patiënt uit voor eMH therapie*

Beeldbellen kwam niet als aparte activiteit naar voren ('beeldbellen via een beveiligd platform' valt onder ACT_POH en 'beeldbellen met een gratis platform' werd weggelaten na itemanalyse, zie Bijlage 5). Beeldbellen bleek nog erg beperkt in onze onderzoeksgroep en gebeurde vooral via een beveiligd eMH platform (zie Tabel 9). Waar de gemiddelde waardes van de gebruiksfactoren relatief hoog waren (tussen 2.48 en 2.76) en neigden naar regelmatig gebruik, was de gemiddelde score op de items over beeldbellen duidelijk lager (zie Tabel 9). Opvallend was overigens de grote spreiding van het gebruik van beeldbellen via een beveiligd platform ($SD = 1.29$): een flink aantal POH's ($n = 51$, 39%) maakte nooit gebruik van beveiligd beeldbellen, terwijl anderen ($n = 48$, 36%) deze vorm van contact regelmatig tot altijd gebruikten (scores 3-5).

Tabel 9*De Twee Items Over Beeldbellen: Gemiddelde Waarde, Standaard Deviatie en Mediaan*

| | Gemiddelde | SD | Mediaan |
|--|------------|------|---------|
| Voor contact met mijn patiënten maak ik gebruik van beeldbellen via een gratis programma (bijvoorbeeld Whatsapp, Skype, ZOOM). | 1.46 | 0.74 | 1.00 |
| Voor contact met mijn patiënten maak ik gebruik van beeldbellen via een beveiligd eMental Health platform. | 2.25 | 1.29 | 2.00 |

Verklaring van Gebruik van eMH (voor de coronacrisis)

Met behulp van de PROCESS module van Hayes werd een moderator analyse uitgevoerd met GebruikVOOR als afhankelijke variabele (Y), INTENTIE als onafhankelijke variabele (X), GESCHIKT als moderatorvariabele (W) en Toegankelijkheid en Faciliterende condities als covariaten. Het model was significant ($F(5, 126) = 17.246, p < .001, R^2 = .406$), maar de product-term $X*W$ was dat niet ($F(1, 126) = 3.121, p = .08, \Delta R^2 = .015$). GESCHIKT was dus geen moderator en hiermee werd het tweede deel van de derde hypothese (H3) verworpen. Wel werd het eerste deel van de derde hypothese (H3) bevestigd: zowel Pearson's $r = .55$ (zie Tabel 10) als de PROCESS regressie analyse ($p = .031$) lieten zien dat er een significante positieve samenhang was tussen Intentie en Gebruik.

Tabel 10*Correlaties Tussen Gebruik, Intentie, Geschiktheid, Toegankelijkheid en Faciliterende Condities*

| | Gebruik VOOR | INTENTIE | TOEGANG | CONDITIE | Geschiktheid |
|---------------------|--------------|----------|---------|----------|--------------|
| Gebruik VOOR Corona | 1 | .55* | .13 | .09 | .53* |
| INTENTIE | | 1 | .32* | .14 | .48* |
| TOEGANG | | | 1 | -.10 | .17* |
| CONDITIE | | | | 1 | .19* |
| Geschiktheid | | | | | 1 |

*Noot: * $p < .05$*

In de PROCESS regressie analyse bleek Faciliterende conditie geen significante voorspeller van het gebruik van eMH ($p = .480$). Daarmee werd hypothese H4 (Faciliterende condities hebben een significante relatie met het gebruik van eMH door de POH-GGZ) verworpen. Ten behoeve van de interpretatie van de regressiecoëfficiënten werd nog een meervoudige lineaire regressieanalyse uitgevoerd (*backward*) met GebruikVOOR als afhankelijke variabele (Y) en INTENTIE, GESCHIKT, Toegankelijkheid en Faciliterende condities als onafhankelijke variabelen (zie Tabel 11). Het laatste

model van de *backward* regressie verklaarde met twee onafhankelijke variabelen (Intentie en Geschiktheid) 39% van de variantie in Gebruik ($F(2, 131) = 41.047, p < .001, R^2 = .389$).

Tabel 11

Backward Regressie Analyse Voor de Voorspelling van Gebruik van eMH (N = 132)

| | R^2 | B | $SE B$ | β | p |
|-----------------------------|-------|-------|--------|---------|------|
| Model 1 | .39* | | | | |
| (Constante) | | -.249 | .131 | | .059 |
| Intentie tot gebruik | | .122 | .029 | .346 | .000 |
| Toegang tot eMH | | -.011 | .024 | -.034 | .647 |
| Faciliterende condities | | -.014 | .021 | -.047 | .513 |
| Geschiktheid van de patiënt | | .394 | .076 | .406 | .000 |
| Model 3 | .39* | | | | |
| (Constante) | | -.311 | .099 | | .002 |
| Intentie tot gebruik | | .116 | .027 | .330 | .000 |
| Geschiktheid van de patiënt | | .386 | .075 | .399 | .000 |

Noot: * $p < .05$

Omdat Geschiktheid van de patiëntenpopulatie geen moderatorvariabele was, maar een directe predictor van gebruik, is in een aanvullende analyse met de PROCESS module van Hayes (Field, 2015) nagegaan of Geschiktheid een mediatorvariabele zou kunnen zijn. De resultaten worden getoond in Tabel 12. Het model 'Intentie als voorspeller van Geschiktheid' was significant ($F(1, 130) = 34.716, p < .001, R^2 = .211$). Dus hoe hoger de intentie, hoe hoger de waargenomen geschiktheid. Ook het model met 'Intentie en Geschiktheid als voorspellers van GebruikVOOR' was significant ($F(2, 129) = 41.047, p < .001, R^2 = .389$). Er was een significant indirect effect van Intentie op GebruikVOOR door Geschiktheid (0.065, 95% betrouwbaarheidsinterval = 0.035 – 0.099), waarmee bevestigd werd dat Geschiktheid een mediatorvariabele is.

Tabel 12

Mediatie Analyse van Geschiktheid in de Relatie tussen Intentie en Gebruik (N = 132)

| | | SE | β | p |
|----------------------------|--|-------|---------|------|
| Intentie → Geschiktheid | a = .167 | .028 | .459 | .000 |
| Geschiktheid → GebruikVOOR | b = .387 | .075 | .399 | .000 |
| Indirect effect: a*b | .065 95% betrouwbaarheidsinterval .035 - .099] | | | |
| Intentie → GebruikVOOR | c' = .116 | .0027 | .330 | .000 |

Geschiktheid voor eMH (inschatting van de POH)

De antwoorden op de vraag naar een Top-5 van belangrijkste eigenschappen, te kiezen uit een lijst van 11 items, worden samengevat in Tabel 13. Hier wordt weergegeven hoe vaak de items door respondenten gekozen werden als Top-1, Top-2, Top-3, Top-4 en Top-5. Tenslotte werd ook een gewogen totaalscore berekend (Top-1 = 5, Top-2 = 4, Top-3 = 3, Top-4 = 2, Top-5 = 1).

De antwoorden op de vraag naar de minimale eigenschappen/karakteristieken die een patiënt nodig zou hebben voor eMH, worden getoond in Tabel 14.

Tabel 13

Top 5 van Belangrijkste Eigenschappen die een Patiënt Geschikt Maken voor eMH (n = 131)

| | TOP1 | TOP2 | TOP3 | TOP4 | TOP5 | GEWOGEN TOTAAL |
|---|------|------|------|------|------|-------------------|
| De patiënt heeft geen computer en/of internet. | 50 | 16 | 13 | 7 | 22 | 389 |
| De patiënt is niet gemotiveerd om met eMental Health te werken. | 22 | 26 | 16 | 23 | 17 | 325 |
| De patiënt spreekt geen Nederlands (en er zijn geen eMental Health programma's in zijn taal beschikbaar). | 28 | 28 | 14 | 4 | 13 | 315 |
| De patiënt heeft weinig computervaardigheden. | 7 | 14 | 20 | 23 | 13 | 210 |
| De patiënt heeft beperkte leesvaardigheden. | 3 | 14 | 22 | 22 | 14 | 195 |
| De patiënt heeft beperkte cognitieve/intellectuele vaardigheden. | 7 | 9 | 17 | 16 | 5 | 159 |
| De patiënt is niet in staat om de instructies van de huisarts of POH-GGZ op te volgen. | 1 | 11 | 13 | 14 | 15 | 131 |
| De patiënt heeft een zeer ernstige psychische stoornis. | 3 | 5 | 5 | 11 | 10 | 82 |
| De patiënt is oud (>70 jaar). | 5 | 5 | 3 | 2 | 12 | 70 |
| De patiënt is niet in staat tot zelfreflectie. | 2 | 2 | 7 | 4 | 5 | 52 |
| De patiënt begrijpt niet dat wat hij dagelijks doet, verband houdt met zijn gezondheid. | 3 | 1 | 1 | 5 | 5 | 37 |

De beschikbaarheid van een computer en internet heeft in beide tabellen de hoogste score. Dit bevestigt het belang van deze factor, maar het betreft niet echt een eigenschap van de patiënt. Als we naar de echte eigenschappen of vaardigheden van de patiënt kijken voor het bevestigen/verwerpen van H5, dan komt motivatie van de patiënt voor eMH als belangrijkste factor naar voren in beide tabellen. De ernst van de psychische problemen, die overigens niet voorkomt in de tweede tabel, krijgt een lage score. De vijfde hypothese wordt daarmee deels verworpen.

Tabel 14

Wat Heeft een Patiënt Nodig Voor eMH? Aantal Keer Gekozen Minimale Eigenschappen (N = 132)

| | |
|---|-----|
| Beschikbaarheid computer en internet | 114 |
| Motivatie om met eMental Health te werken | 108 |
| Openheid voor nieuwe ervaringen | 61 |
| Verbale vaardigheden (in het Nederlands) | 57 |
| Voldoende intellectuele vaardigheden | 38 |
| Discipline | 36 |
| Aantoonbare computervaardigheden | 30 |
| Andere | 6 |
| Aantoonbare gezondheidsvaardigheden | 1 |

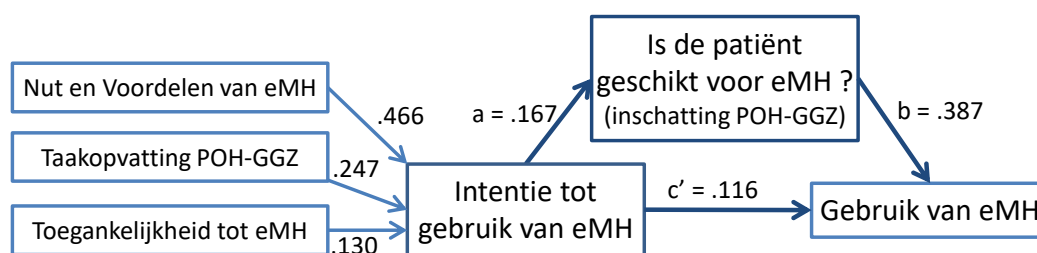
Op de open vragen in de rubriek 'Gebruik' naar de belangrijkste reden om wel/niet eMH te gebruiken kwamen veel patiënt-gerelateerde antwoorden. Dat toonde niet alleen dat de patiënt een belangrijke rol speelt in het besluit van de POH-GGZ om eMH te gebruiken, wat door de regressieanalyse werd bevestigd, maar het gaf ook informatie over de factoren die de inschatting van geschiktheid van de patiënt bepalen. Ook hier werden gebrek aan digitale vaardigheden, beperkte taalvaardigheden en gebrek aan motivatie bij de patiënt het vaakst genoemd. Meer dan 10% van de POH's-GGZ noemde het gebrek aan een geschikte module voor de betreffende patiënt.

Aangepast model na empirisch onderzoek

Uit de regressieanalyses is een vereenvoudigd model gekomen, dat in Fig. 5 wordt getoond.

Figuur 5

Empirisch Gevalideerd Theoretisch Model



Noot: pijlen geven de significante predictoren en mediatie weer

Discussie

Uit de literatuur is bekend dat de POH-GGZ over het algemeen een hoge intentie tot gebruik van eMH heeft, maar dat de inzet van eMH bij patiënten nog beperkt blijft (Krijgsman et al., 2016; Wouters et al., 2017). Ervoor zorgen dat kwetsbare groepen in beeld blijven bij initiatieven die het gebruik van eMH van de POH-GGZ bevorderen, is het hoofddoel van deze studie. Daar is inzicht voor nodig in de belangrijkste factoren die bepalen dat een POH-GGZ eMH gebruikt, maar ook in de rol van de (kwetsbare) patiënt in het besluit van de POH-GGZ om eMH in te zetten.

In dit onderzoek was de intentie tot gebruik hoog. Dat is in lijn met de literatuur, maar heeft misschien ook te maken met de steekproef en de werving. Mogelijk hebben vooral POH's-GGZ deelgenomen die positief staan tegenover eMH. Voor de coronapandemie werd gemiddeld bij 38% van de patiënten eMH ingezet. Dat is ruim meer dan in het onderzoek van Lokman et al. uit 2016 waar het minder dan 15% was. Een toename in de tijd was te verwachten, maar het grote, positieve verschil met Lokman et al. (2016) kan ook positieve bias zijn tengevolge de eerder genoemde steekproef en werving. Tijdens de coronapandemie groeide de inzet van eMH naar gemiddeld 49%, maar dat is verder niet onderzocht in deze scriptie. Het onderzoek toonde een lager gebruik van beeldbellen dan van de andere eMH activiteiten. Beeldbellen via een beveiligd platform won het weliswaar van onbeveiligd beeldbellen, maar het was nog zeker geen gemeengoed: 39% maakte er nooit gebruik van. De technische problemen die bij de open vragen werden genoemd (slechte wifi, ingewikkelde inlogprocedures) speelden hier mogelijk een rol. De observatie dat de introductie van beeldbellen in de huisartsenpraktijk ook tijdens de coronapandemie niet vanzelfsprekend is, is overigens in lijn met recent onderzoek (Meurs et al., 2020) en mediaberichten¹³.

Verondersteld werd dat de POH-GGZ die een hoge intentie tot gebruik van eMH heeft, ook hoog zal scoren op de tien factoren uit het model (cf. Hypothese 1). De resultaten ondersteunden deze hypothese deels: de POH-GGZ met een hoge intentie tot gebruik scoorde significant hoger voor zes van de tien factoren (Nut en voordelen van eMH, Nieuwe mogelijkheden door eMH, Taakopvatting van de POH-GGZ, Innovativiteit van de POH-GGZ, Sociale invloed, Wetenschappelijke

basis van eMH) dan de POH-GGZ met een lage intentie. Deze zes factoren hadden een middelmatig tot sterke correlatie met Intentie tot gebruik. Uit de regressieanalyse kwamen de twee factoren die een sterke correlatie hadden met Intentie tot gebruik, Nut en voordelen van eMH en Taakopvatting, als significante predictoren van Intentie naar voren. Uit de aanvullende, exploratieve regressieanalyse bleek Toegankelijkheid ook een significant effect te hebben op intentie tot gebruik.

‘Nut en voordelen’ was - conform Hypothese 2 - de belangrijkste predictor van intentie tot gebruik en dat betekent dat de resultaten uit deze studie in lijn zijn met relevante literatuur over de introductie van informatietechnologie (IT). ‘Nut en voordelen’ is immers als construct zeer verwant aan PE uit het UTAUT model (Venkatesh et al., 2003). In de review over acceptatie van IT definieerden Venkatesh et al. (2003) ‘*Performance expectancy*’ (PE) als de mate waarin iemand gelooft dat het gebruik van het IT systeem zijn werkprestaties zal verbeteren en ze stelden vast dat PE in elk model de sterkste voorspeller van intentie was. Chismar en Wiley-Patton (2006) gebruikten de voorloper van het UTAUT model om het internetgebruik in de gezondheidszorg te voorspellen en vonden dat het ‘waargenomen nut’ een significant sterk effect had op de intentie tot gebruik, terwijl ‘sociale invloed’ en ‘gebruiksgemak’ niet significant waren als predictor van intentie tot gebruik. Ook van der Vaart et al. (2016) gebruikten het UTAUT model in hun onderzoek naar het gebruik van online zelfmanagement interventies door POH’s-GGZ en psychologen in de basis-GGZ en vonden dat PE de belangrijkste significante voorspeller van intentie tot gebruik is voor de POH-GGZ.

Hypothese 4 (Faciliterende condities hebben een significante relatie met het gebruik van eMH door de POH-GGZ) werd verworpen. Ook Toegankelijkheid bleek geen significante predictor van gebruik van eMH. Aanvullende exploratieve regressieanalyses toonden aan dat Faciliterende condities niet, maar Toegankelijkheid wel een significante predictor van intentie tot gebruik was. In de studie van van der Vaart et al. (2016) waren zowel ‘*effort expectancy*’ (EE) als faciliterende condities (FC) significante predictoren van de intentie tot gebruik van de POH-GGZ.

Overeenstemming dus voor Toegankelijkheid, dat verwant is aan EE wat door Venkatesh et al. (2003) als de mate van gebruiksgemak gedefinieerd werd. Faciliterende condities verwijst in

onderhavig onderzoek naar beschikbare tijd en financiën en de afwezigheid van administratieve ballast en heeft daarmee een andere betekenis dan het gelijknamige construct uit de UTAUT vragenlijst. Waarschijnlijk is het verschil wat betreft FC (wel/niet significant) in eerste instantie te verklaren door het verschil in betekenis, maar er zijn meer verschillen tussen beide studies. In onderhavig onderzoek hebben bijna alle respondenten toegang tot professionele eMH platforms, terwijl van der Vaart et al. (2016) de voorspellingen van intentie tot gedrag doen voor de respondenten die nog geen gebruiker zijn van online interventies. De derde significante voorspeller van intentie, Taakopvatting, komt niet voor in het UTAUT model en dus ook niet in het onderzoek van van der Vaart et al. (2016).

Van Hypothese 3 (Er is een significante samenhang tussen de intentie en het gebruik en de sterkte van deze relatie wordt in belangrijke mate bepaald door de inschatting die de POH-GGZ maakt ten aanzien van de geschiktheid van de patiënt voor eMH) werd het eerste deel bevestigd door zowel correlatie- als regressieanalyse. Het tweede deel van Hypothese 3 werd verworpen, want de ingeschatte Geschiktheid van de patiëntenpopulatie bleek geen moderatorvariabele te zijn. Wel bleek Geschiktheid zowel een directe voorspeller van gebruik van eMH als een mediatorvariabele tussen intentie tot gebruik en gebruik te zijn. Intentie tot gebruik had dus een direct en een indirect effect op het gebruik van eMH (het directe effect was het grootste). Intentie tot gebruik en ingeschatte geschiktheid van de patiëntenpopulatie hadden beide een significant, direct effect op gebruik. Het effect van de ingeschatte geschiktheid op het gebruik van eMH is daarbij het grootst, wat betekent dat de POH-GGZ de geschiktheid van de patiënten het sterkst laat meewegen in zijn besluit om wel of niet eMH in te zetten. Ook al staat de POH-GGZ zelf positief tegenover de inzet van eMH, toch zal hij maar weinig eMH gebruiken als hij zijn patiëntenpopulatie niet geschikt vindt voor eMH. De vraag waarom hij de patiënten niet geschikt vindt voor eMH, wordt verderop besproken bij de beschouwing op Hypothese 5. Daar wordt ook verder ingegaan op het interessante, maar onverwachte resultaat dat de intentie tot gebruik van de POH-GGZ invloed heeft op zijn inschatting van de geschiktheid van de patiëntenpopulatie. De vraag over de omgekeerde relatie, dus of

Geschiktheid invloed heeft op intentie tot gebruik, is overigens niet onderzocht, omdat deze niet past in het conceptuele model (waar intentie tot gebruik een karakteristiek is van de POH-GGZ die er al is voor de POH-GGZ de inschatting maakt van de geschiktheid van zijn patiëntenpopulatie).

De eerste vier hypothesen en verder exploratief onderzoek brachten dus inzicht betreffende de factoren die bepalen of de POH-GGZ eMH gebruikt en dus werd de eerste doelstelling bereikt.

Hypothese 5 ging over de inschatting van de geschiktheid van de patiëntenpopulatie en stelde dat deze voornamelijk werd gedaan op basis van de motivatie van de patiënten en de ernst van hun psychische problemen. Op de vraag om een rangorde van voorwaarden en kenmerken te benoemen die een patiënt nodig heeft om eMH te gebruiken, kwam naast de noodzakelijke voorwaarden voor eMH (toegang tot een computer met internet en digitale vaardigheden¹⁴) motivatie van de patiënt als belangrijkste voorwaarde naar voren. Ook kennis van de Nederlandse taal en goede leesvaardigheden eindigden hoog in de rangorde. De ernst van de psychische problemen kreeg een veel lagere plaats. Dat is sterk afwijkend van het kwalitatieve onderzoek van Titzler et al. (2018) waarin gebrek aan motivatie van de patiënt en ziekte-gerelateerde contra-indicaties als belangrijkste barrières werden genoemd. Hypothese 5 werd daarmee deels verworpen. Dat motivatie van de patiënt een belangrijke factor is in de afweging van de POH-GGZ, werd bevestigd door het feit dat motivatie c.q. het gebrek aan motivatie ook heel vaak genoemd werd als antwoord op de open vragen naar de belangrijkste redenen om eMH wel of niet te gebruiken. De stelling van Wouters et al. (2017) dat eMH niet gebruikt wordt als patiënten de meerwaarde van eMH niet inzien, is een andere formulering, maar betekent eigenlijk hetzelfde. Immers, motivatie kunnen we interpreteren als intentie tot gebruik, cf. het AMO (*Ability – Motivation – Opportunity*) model van Ölander & Thøgersen (1995)¹⁵, en intentie tot gebruik blijkt bij de patiënt niet anders te werken dan bij de POH-GGZ en wordt voor een groot deel bepaald door het ingeschatte nut en de voordelen (Peek et al., 2014; Hoque & Sorwar, 2017). De patiënt zal dus alleen gemotiveerd zijn voor eMH als hij meerwaarde ziet in het gebruik van eMH.

De POH's-GGZ schatten 57% van hun patiëntenpopulatie geschikt voor eMH. Dat is best een hoge schatting in vergelijking met de 33% bij Lokman et al. (2016). Dat de intentie tot gebruik van de POH-GGZ invloed heeft op deze inschatting, is interessant. Dit zou betekenen dat een POH-GGZ die een lage intentie tot gebruik heeft, zijn patiënten sneller zal 'diskwalificeren' voor eMH. Dat het belangrijk is voor het slagen van de implementatie van een interventie om de intermediairs te motiveren, is bekend (Peels et al., 2014). Alleen een enthousiaste POH-GGZ zal de interventie (eMH) aanbieden aan de patiënt en in staat zijn om de patiënt te motiveren (Titzler et al., 2018). Door de nadruk die de POH-GGZ legde op de motivatie van de patiënt, bleven kwetsbare groepen in eerste instantie enigszins buiten beeld. Toch werd het tweede doel (inzicht krijgen in de rol van kwetsbare patiënten bij het besluit van de POH-GGZ) bereikt, omdat de POH-GGZ moeite met taal en lage computervaardigheden noemde als exclusiecriteria voor het gebruik van eMH en dit zijn wel degelijk karakteristieken van kwetsbare patiënten. Voor patiënten die computer- en taalvaardigheden missen, zal de POH-GGZ nu nog geen eMH inzetten.

Hiermee komen we bij de derde en laatste doelstelling: het formuleren van aanbevelingen voor de ontwikkelaars van eMH therapie om het gebruik van deze programma's ook voor kwetsbare groepen toegankelijk te maken. Het is onze aanbeveling om te werken aan de toegankelijkheid van eMH programma's voor patiënten die minder vaardig zijn met computers en de (Nederlandse) taal. Daarvoor kunnen ze in eerste instantie gebruik maken van bestaande kennis en inzichten, bijvoorbeeld de kennis van het landelijke expertisecentrum Pharos¹⁶. Pharos adviseert om voor patiënten die problemen hebben met taal begrijpelijke informatie en beeldverhalen te gebruiken.

Verdere aanbevelingen zijn gerelateerd aan de factoren die een significant effect hadden op de intentie tot gebruik van de POH-GGZ: Nut en voordelen, Toegankelijkheid en Taakopvatting. Taakopvatting valt buiten de *scope* van de eMH ontwikkelaars, maar op Nut en voordelen en Toegankelijkheid heeft de eMH ontwikkelaar een directe invloed. 'Nut en voordelen' is met stip het belangrijkste: pas als gebruikers toegevoegde waarde zien in het gebruik van een ICT systeem, gaan ze het systeem gebruiken en pas als het systeem gebruikt wordt, wordt ook gebruiksvriendelijkheid

belangrijk (Keil et al., 1995). De eMH ontwikkelaar moet er dus voor zorgen dat de toegevoegde waarde van eMH duidelijk is voor de POH-GGZ. Dat kan bijvoorbeeld door in overleg met de POH-GGZ (deel)modules te ontwikkelen die de POH-GGZ flexibel kan inzetten. Aanvullend, kwalitatief onderzoek zou uitermate geschikt zijn om meer specifieke input van de POH-GGZ te krijgen, bijvoorbeeld om te begrijpen wat de POH's-GGZ bedoelen die als reden om geen eMH te gebruiken antwoordden dat er geen geschikte module was bij de hulpvraag van de patiënt. Het onderzoek van Titzler et al. (2018) onder psychotherapeuten is een mooi voorbeeld van wat gestructureerde interviews aan nuttige inzichten voor eMH ontwikkelaars kan opleveren. Toegankelijkheid (of gebruiksgemak) van het systeem is belangrijk om de gebruikers vervolgens het leven zo aangenaam mogelijk te maken, dus dit is zeker een aspect om niet uit het oog te verliezen.

Kanttekeningen bij dit onderzoek

Op grond van de hier beschreven survey werden in dit onderzoek causale relaties verondersteld. Met dit onderzoekstype kan echter niet met zekerheid een causale relatie worden vastgesteld. Omdat het onderzoeksmodel gebaseerd is op theoretische modellen die al eerder empirisch geverifieerd zijn, geeft dit onderzoek wel indicaties voor de veronderstelde causale verbanden tussen gebruik van eMH, intentie tot gebruik en de determinanten van intentie.

Een tweede kanttekening betreft de vragenlijst, die weliswaar deels gebaseerd was op gevalideerde vragenlijsten, maar in zijn geheel toch specifiek ontwikkeld was voor dit onderzoek. Positief is dat de betrouwbaarheid van de meeste schalen goed is gebleken en dat slechts een kleine aanpassing nodig was om met goede subschalen de analyses uit te voeren. Omdat we veel aspecten wilden bevragen, is het een heel uitgebreide vragenlijst geworden en kostte het de POH-GGZ veel tijd om deze in te vullen (15-20 minuten). Dat is mogelijk de oorzaak van de lage responsrate (die door de gewijzigde wervingsprocedure niet meer is vast te stellen), maar ook de coronapandemie heeft mogelijk een rol gespeeld. Het feit dat de POH-GGZ al veel meer uren dan normaal bezig was met online activiteiten, heeft zijn bereidheid om een online vragenlijst in te vullen mogelijk verminderd. Anderzijds was er in die periode meer dan gemiddeld aandacht voor eMH, zodat het

onderwerp zeker actueel was ten tijde van de werving van de respondenten. Onvermijdelijk heeft dit geleid tot een positieve bias van zowel intentie als gebruik van eMH in dit onderzoek: wie positief stond tegenover eMH en online werken, was waarschijnlijk meer geneigd de vragenlijst in te vullen dan POH's die minder enthousiast waren over online activiteiten¹⁷.

Ten derde kan ook de werving onder klanten van Therapieland/Ksyos en Minddistrict geleid hebben tot (waarschijnlijk) positieve bias. In ons onderzoek had ruim 98% van de POH's-GGZ toegang tot een betaald eMH platform, terwijl in het onderzoek van Lokman et al. (2016) ongeveer de helft van de huisartsenpraktijken geen ingekocht eMH aanbod gebruikte, maar verwees naar gratis psycho-educatie sites en zelfhulpaanbod. Anderzijds heeft de werving van respondenten onder gebruikers van professionele platforms ook voordelen, omdat dit wel de toekomstige organisatie van eMH in de huisartsenpraktijk betreft. De groep respondenten was daarmee ook voldoende homogeen, waardoor (kleine) effecten die specifiek zijn voor deze populatie niet uitgevlakt werden. De vraag blijft dan wel hoe generaliseerbaar de resultaten zijn.

Ten vierde kan er ook bias zijn opgetreden die samenhangt met de aard van de metingen. Het betreft zelfrapportage vragenlijsten met Likertschalen die respondenten naar eigen interpretatie invullen, er kan daarom responsbias optreden. Een stelling die vrij algemeen geformuleerd wordt, wordt misschien al te makkelijk met 'mee eens' beantwoord (score 4). Dit geldt bijvoorbeeld voor de twee items die samen de subschaal Toegankelijkheid vormen. Beide items hebben een mediaan van '4' en respectievelijk 85 (64%) en 81 (61%) van de respondenten die 'mee eens' antwoordden. Of dit een probleem is, is niet direct duidelijk. Deze waarneming sluit wel aan bij de vraag naar de operationalisatie (en dus validiteit) van het construct 'Toegankelijkheid van eMH'.

De vijfde kanttekening gaat over de operationalisatie van de constructen uit het conceptuele model, vooral degene die overblijven na de *backward* regressieanalyse. Te beginnen met Gebruik en Geschiktheid, beide waren een inschatting door de POH-GGZ van het deel van hun patiëntenpopulatie voor wie ze respectievelijk eMH gebruikten en eMH geschikt achtten. De afschattingen van gebruik en geschiktheid waren in feite *workarounds* omdat het onmogelijk was om

in een regressiemodel de hoge/lage geschiktheid van een individuele patiënt te relateren aan het wel/niet gebruiken van eMH door de POH-GGZ, zoals in het oorspronkelijke conceptuele model bedoeld was (gebruik van eMH was in dat model een dichotome uitkomstvariabele). Nut en voordelen en verklaarden samen 54% van de variantie van Intentie tot gebruik. De acht andere factoren uit het onderzoeksmodel speelden bij het verklaren van de variantie een ondergeschikte rol, met als gevolg dat het conceptuele model sterk vereenvoudigd kon worden. Toegankelijkheid, een determinant die na de factoranalyse werd toegevoegd aan het model, is inhoudelijk verwant aan Gebruiksgemak (aanvankelijk hoorden hun items bij dezelfde schaal), maar kwam in de factoranalyse toch als aparte factor naar voren. Hoewel de betrouwbaarheid goed is, is er enige twijfel over de inhoudsvaliditeit. Feijt et al. (2020) kwamen tot dezelfde conclusie (Milou Feijt, persoonlijke communicatie, sept 2020).

De laatste kanttekening betreft het feit dat eMH een brede definitie kent (van communicatiemiddelen tot online behandelmodules) wat maakt dat het onduidelijk is wat een POH-GGZ doet die eMH gebruikt. We hebben geprobeerd dit te ondervangen door gebruik van eMH te correleren met drie categorieën van eMH-activiteiten. Ook hebben we items zo specifiek mogelijk gemaakt, door een voorbeeld toe te voegen ('bijvoorbeeld beeldbellen') of te spreken van 'eMH programma' als we therapie met behulp van online programma's bedoelden. Toch is het een aanbeveling voor vervolgonderzoek om gebruik van eMH nog duidelijker te categoriseren. Het onderzoek van van der Vaart et al. (2016) dat zich expliciet richt op het gebruik van een specifiek onderdeel van eMH (de begeleide online zelfmanagement interventies in de eerste lijn) is daar een goed voorbeeld van. De conclusies uit dat onderzoek zijn daarom wat betreft gebruik van eMH ook niet helemaal met het hier beschreven onderzoek te vergelijken.

Conclusies van dit onderzoek

De belangrijkste conclusie is dat het onderzoek inzicht heeft gegeven in de relatie tussen de intentie tot gebruik van eMH van de POH-GGZ, de geschiktheid van de patiëntenpopulatie (volgens

de inschatting van de POH-GGZ) en het ingeschatte gebruik van eMH door de POH-GGZ en de determinanten van deze drie constructen.

De intentie tot gebruik was groot. De belangrijkste predictor van de intentie tot gebruik was of de POH-GGZ meerwaarde (nut en voordelen) zag in het gebruik van eMH. Ook was het belangrijk dat de POH-GGZ eMH vond passen bij zijn werkzaamheden als POH-GGZ (taakopvatting) en dat hij er makkelijk mee aan de slag kon gaan (toegankelijkheid).

De POH-GGZ met een grote intentie tot gebruik, gebruikte vaker eMH dan de POH-GGZ met een lage intentie tot gebruik. In deze relatie tussen intentie tot gebruik en gebruik van eMH was sprake van gedeeltelijke mediatie. Het directe effect was het grootste, het indirecte effect liep via de geschiktheid van de patiëntenpopulatie.

Intentie tot gebruik en ingeschatte geschiktheid van de patiëntenpopulatie hadden dus beide een significant, direct effect op gebruik. De geschiktheid heeft het grootste effect, wat betekent dat de POH-GGZ maar weinig eMH zal gebruiken als hij zijn patiëntenpopulatie niet geschikt vindt voor eMH, ook al staat hij zelf positief tegenover de inzet van eMH.

Om te bepalen of een patiënt geschikt is voor eMH, kijkt de POH-GGZ in eerste instantie naar het feit of de patiënt toegang heeft tot een computer en het internet en ook voldoende digitale vaardigheden en Nederlandse taalvaardigheid heeft en dit zijn inclusiecriteria waar de POH-GGZ geen impact op heeft. De POH-GGZ vindt het daarnaast ook zeer belangrijk dat de patiënt gemotiveerd is om met eMH aan de slag te gaan en te blijven. De POH-GGZ schatte 57% van zijn patiëntenpopulatie geschikt voor eMH en deze inschatting werd beïnvloed door zijn eigen intentie tot gebruik: hoe hoger zijn intentie tot gebruik hoe eerder de POH-GGZ de patiënt geschikt vond voor eMH. Dit betreft waarschijnlijk vooral de inschatting of de patiënt gemotiveerd is of niet en daar heeft de POH-GGZ wel invloed op.

Er is pas een toekomst voor *blended care* als de POH-GGZ overtuigd is van de toegevoegde waarde van eMH en zijn enthousiasme kan overdragen op de patiënt.

Literatuurlijst

- Akwa GGZ. (2017). *Generieke module eHealth*. Geraadpleegd van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ehealth/introductie>
- Becker, E. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Computer-Assisted Therapies: Examination of Therapist-Level Barriers to Their Use. *Behavior Therapy, 44*, 614-624.
- Bernard, R., Sabariego, C., & Cieza, A. (2016). Barriers and Facilitation Measures Related to People With Mental Disorders When Using the Web: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research, 18*(6): e157.
<https://doi.org/10.2196/jmir.5442>
- Bolman, C. (2019). *eHealth bij kwetsbare groepen: een uitdaging*. [Oratie]. Open Universiteit. Geraadpleegd van https://www.ou.nl/documents/40554/724769/Oratieboekje_Catherine_Bolman_DEF_15012019.pdf/48046c78-622a-400f-213d-46995a221b46
- Brug, J., Assema, P. van, & Lechner, L. (2017). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak* (9th ed.). Koninklijke Van Gorcum BV.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). Computerkennis en vaardigheid; persoonskenmerken, 2012-2019. Geraadpleegd van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83428NED/table?ts=1605988343499>
- Chismar, W. R., & Wiley-Patton, S. (2006). Predicting Internet Use: Applying the Extended Technology Acceptance Model to the Healthcare Environment. In T. A. M. Spil, & R. W. Schuring (Red.), *E-health systems diffusion and use: the Innovation, the user and the UseIT model* (pp. 13-29). Idea Group Publishing.
- Conijn, B., van der Poel, A., Abello, K. M., & Boon, B. (2014). *E-Mental Health door POH-GGZ en huisarts. Wat is er nodig voor opschaling?* (Report No. AF1364). Trimbos-instituut. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1364-infographic-e-mental-health-door-huisarts-en-poh-ggz>

van Duivenboden, J. (2015). Huisarts, patiënt en e-health. Nederlands Huisartsengenootschap.

Geraadpleegd van

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/huisarts_patiënt_en_ehealth_-_nhg_-_28052015.pdf

van der Els-Schoenmaker, S., Hopmans, E., Jansen, S., & Korte, A. (2020). E-Health kan toegankelijkheid zorg belemmeren. *Medisch Contact*, 3, 34-36.

EMH Toolkit. (2016). *Trimbos toolkit 'E-mental health in de huisartspraktijk'*. Geraadpleegd van

<https://www.nhg.org/actueel/nieuws/trimbos-toolkit-e-mental-health-de-huisartspraktijk>

Eshet-Alkalai, Y. (2004). Digital literacy: a conceptual framework for survival skills in the digital era.

Journal of Educational Multimedia and Hypermedia, 13(1), 93-106.

Feijt, M. A., de Kort, Y. A., Bongers, I. M., & IJsselsteijn, W. A. (2018). Perceived Drivers and Barriers to the Adoption of eMental Health by Psychologists: The Construction of the Levels of Adoption of eMental Health Mode, *Journal of Medical Internet Research*, 20(4):e153.

<https://doi.org/10.2196/jmir.9485>

Feijt, M. A., De Kort, Y. A. W., Westerink, J. H. D. M., IJsselsteijn, W. A. (2020). Assessing professionals' adoption readiness for eMental Health: Development and Validation of the eMental Health Adoption Readiness (eMHAR) Scale. *Artikel in voorbereiding*.

Field, A. (2015). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). Sage Publications Inc.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior. The reasoned action approach*. Psychology Press.

Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., van Dommelen, P., & van Buuren, S. (2014). Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(5), 501-510.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu060>

Heijmans, M., Brabers, A., & Rademakers, J. (2018). *Health Literacy in Nederland*. Nivel.

Geraadpleegd van

https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Gezondheidsvaardigheden_in_Nederland.pdf

Heiligers, P. J. M., Noordman, J., Korevaar, J. C., Dorsman, S., Hingstman, L., van Dulmen, A. M., & de

Bakker, D. H. (2012). *Kennisvraag – POH's klaar voor de toekomst?*. Nivel. Geraadpleegd van

<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/kennisvraag-praktijkondersteuners-de-huisartspraktijk-pohs-klaar-voor-de-toekomst>

Hoque, R., & Sorwar, G. (2017). Understanding factors influencing the adoption of mHealth by the elderly: An extension of the UTAUT model. *International Journal of Medical Informatics*, 101, 75-84.

van Houwelingen, C. T. M., Ettema, R. G. A., Antonietti, M. G. E. F., & Kort, H. S. M. (2018).

Understanding Older People's Readiness for Receiving Telehealth: Mixed-Method Study.

Journal of Medical Internet Research, 20(4):e123.

<https://doi.org/10.2196/jmir.8407>

Keil, M., Beranek, P. M., & Konsynski, B. R. (1995). Usefulness and ease of use: field study evidence regarding task considerations. *Decision Support Systems*, 13, 75-91.

Keuper, J., Meurs, M., Victoor, A., Huygens, M., de Groot, J., & de Jong, J. (2020). *De inzet van e-health-toepassingen in de huisartsenzorg. Leren van de succesverhalen uit de praktijk*. Nivel.

Geraadpleegd van

<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-inzet-van-e-health-toepassingen-de-huisartsenzorg-leren-van-de-succesverhalen-uit-de>

Krijgsman, J., Swinkels, I., Van Lettow, B., De Jong, J., Out, K., Friele, R., & Van Gennip, L. (2016).

Meer dan techniek. eHealth-monitor 2016. Nictiz & Nivel. Geraadpleegd van

<https://nivel.nl/nl/publicatie/meer-dan-techniek-ehealth-monitor-2016>

- Lee, C. C., Czaja, S. J., Moxley, J. H., Sharit, J., Boot, W. R., Charness, N., & Rogers, W. A. (2019). Attitudes Toward Computers Across Adulthood From 1994 to 2013. *The Gerontologist*, 59(1), 22-33.
- Lokman, S., van der Poel, A., Smeets, O., Martin Abello, K., & Boon, B. (2016). *E-mental health in de huisartsenpraktijk. Onderzoek naar gebruik en ervaringen* (Report No INF010). Trimboos-instituut. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/inf010-e-mental-health-in-de-huisartsenpraktijk>
- Meurs, M., Sankatsing, V., Batenburg, R., Keuper, J. J., de Jong, J., van Tuyl, L. H. D. (2020). *Nederlandse bevolking overwegend positief over het gebruik van digitale toepassingen in de zorg in coronatijd. Organisatie van zorg op afstand in coronatijd*. Nivel. Geraadpleegd van <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/nederlandse-bevolking-overwegend-positief-over-het-gebruik-van-digitale-toepassingen-de>
- Ölander, F., & Thøgersen, J. (1995). Understanding of consumer behaviour as a prerequisite for environmental protection. *Journal of Consumer Policy*, 18, 345-386.
- Or, C. K. L., & Karsh, B. (2009). A systematic review of patient acceptance of consumer health information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16(4), 550-560. <https://doi.org/10.1197/jamia.M2888>
- Osma, J., Sprenger, M., & Mettler, T. (2017). Introduction of e-mental health in national health systems – A health professionals' perspective, *Health Policy and Technology*, 6, 436-445. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2017.07.001>
- Peek, S. T. M., Wouters, E. J. M., van Hoof, J., Luijkx, K. G., Boeije, H. R., & Vrijhoef, J. M. (2014). Factors influencing acceptance of technology for aging in place: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 83, 235-248.

- Peels, D., Mudd, A., Bolman, C., Golsteijn, R., de Vries, H., & Lechner, L. (2014). Correlates of the Intention to Implement a Tailored Physical Activity Intervention: Perceptions of Intermediaries, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*, 1885-1903.
<https://doi.org/10.3390/ijerph110201885>
- Plantinga, S., & Kaal, M. (2018). *Hoe mediawijs is Nederland?* Kantar Public. Geraadpleegd van <https://www.mediawijzer.net/wp-content/uploads/sites/6/2018/09/Rapport-Mediawijsheid-volwassenen-2018.pdf>
- van der Poel, A., Conijn, B., Abello, K. M., van Duivenboden, J., & Boon, B. (2015). Struikelblokken en succesfactoren. Inventarisatie: wat heeft eerste lijn nodig voor ggz-behandeling met online zelfhulp. *De Eerstelijns*, oktober, 28-31.
- Rademakers, J. (2014). *Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden: Niet voor iedereen vanzelfsprekend*. Nivel. Geraadpleegd van <https://nivel.nl/nl/publicatie/kennissynthese-gezondheidsvaardigheden-niet-voor-iedereen-vanzelfsprekend>
- van Rijen, A. J. G., de Lint, M. W., & Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-health*. Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Geraadpleegd van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2002/04/25/inzicht-in-e-health>
- Riper, H., Smit, F., van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-Mental Health; High Tech, High Touch, High Trust*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd van <https://docplayer.nl/1170803-E-mental-health-trimbos-institut.html>
- Robotham, D., Satkunanathan, S., Doughty, L., & Wykes, T. (2016). Do We Still Have a Digital Divide in Mental Health? A Five-Year Survey Follow-up. *Journal of Medical Internet Research*, *18*(11):e309.
<https://doi.org/10.2196/jmir.6511>

- Smeets, O., & Zijlstra-Vlasveld, M. (2016). *Implementatie 'Blended e-(mental) health in de huisartsenpraktijk' Resultaten en lessons learned van de implementatie van blended Kleurjeven in de huisartsenzorg* (Report No. AF1519). Trimbos-instituut. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1519-implementatie-blended-e-mental-health-in-de-huisartsenpraktijk->
- van Straten, A. (2013). E-mental health ter overbrugging van de wachttijd in de tweedelijns ggz. *Directieve therapie*, 33(3), 251-252.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001) *Using multivariate statistics* (4th ed.). Allyn and Bacon.
- 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>
- van Tuyl, L. H. D., Batenburg, R., Keuper, J. J., Meurs, M., & Friele, R. (2020). *Toename gebruik e-health in de huisartsenpraktijk tijdens de coronapandemie. Organisatie van zorg op afstand in coronatijd*. Nivel. Geraadpleegd van <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/toename-gebruik-e-health-de-huisartsenpraktijk-tijdens-de-coronapandemie-organisatie-van>
- van der Vaart, R., Atema, V., & Evers, A. W. M. (2016). Guided online self-management interventions in primary care: a survey on use, facilitators and barriers. *BMC Family Practice*, 17:27.
<https://doi.org/10.1186/s12875-016-0424-0>
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478.
- Verhaak, P. F. M., van Beljouw, I. M. J, & ten Have, J. (2010). De opmars van de POH-GGZ. *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning*, 5, 130-134.

Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, J. E. (2016a). Mixing online and face-to-face therapy: how to benefit from blended care in mental health. *Journal of Medical Internet Research*, 3(1):e9.

<https://doi.org/10.2196/mental.4534>.

Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E. T., & van Gemert-Pijnen, J. E. (2016b). *Fit for Blended Care*. Geraadpleegd op 12 oktober 2019, van

<https://www.utwente.nl/en/bms/ehealth/documents/fit-for-blended-care-hardcopy.pdf>

Wind, L. A., & Milo, M. A. (2019). E-mental-health bij de huisarts. In *De dokter en de patiënt met psychische problemen* (pp. 99-113). Bohn Stafleu van Loghum.

Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., de Jong, J., Brabers, A., van Lettow, B., Friele, R., van Gennip, L. (2017). *Kies bewust voor eHealth. eHealth-monitor 2017*. Nictiz & NIVEL. Geraadpleegd van

https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Nictiz_eHealth_monitor_2017.pdf

Wouters, E. (2018). *Technologie: een zorg minder?* [Oratie]. Tilburg University. Geraadpleegd van

<https://www.tilburguniversity.edu/nl/actueel/persberichten/persbericht-wouters-zorg-technologie>

Bijlage 1: Operationalisatie van de factoren uit het model

1. Determinanten van intentie tot gebruik van eMental Health door de POH-GGZ

Het betreft de operationalisatie van de 10 factoren uit het eerste onderzoeksmodel.

De 17 items van de gevalideerde eMHAR schaal van Feijt et al. (2020) (genummerd 1-17) werden verdeeld over de factoren uit het onderzoeksmodel en aangevuld met items die gebaseerd zijn op de MIDI vragenlijst, een online vragenlijst over digitale vaardigheden en op de 3 oriënterende interviews met POH's-GGZ. Bij aanvang van het pretesten waren dit 50 items.

Situatie voor het pretesten:

| Factoren uit het onderzoeksmodel | Aantal items | eMHAR vragenlijst (Feijt et al., 2020 ¹) | Andere bronnen (MIDI vragenlijst ² , Digizelftest ³) |
|---|--------------|--|---|
| 1 Taakopvatting | 4 | items 1, 2, 8, 14 | MIDI Determinant 10: Taakopvatting |
| 2 Verwacht nut/voordeel | 8 | items 3, 5, 13 | MIDI Determinant 8: Persoonlijk voordeel/nadeel |
| 3 Innovativiteit van de POH-GGZ | 5 | items 4, 6, 9, 15, 17 | |
| 4 Sociale invloed | 5 | | MIDI Determinant 14: Descriptieve norm MIDI Determinant 15: Subjectieve norm (~Determinant 13: Sociale steun) |
| 5 Eigen-effectiviteit van de POH-GGZ | 3 | items 10, 11, 12 | |
| 6 Digitale vaardigheden van de POH-GGZ ³ | 7 | | Gebaseerd op Digizelftest |
| 7 Congruentie met huidige werkwijze | 5 | | MIDI Determinant 5: Congruentie (~Determinant 12: Medewerking cliënt) |
| 8 Gebruiksgemak voor de patiënt | 5 | | ~ MIDI Determinant 11: Tevredenheid cliënt |
| 9 Gebruiksgemak voor de POH-GGZ | 6 | items 7, 16 | MIDI Determinant 4: Complexiteit ~ Determinant 1: Procedurele helderheid |
| 10 Wetenschappelijke basis van eMH | 2 | | MIDI Determinant 2: Juistheid MIDI Determinant 7: Relevantie cliënt |

1 eMHAR vragenlijst, dit is de gevalideerde vragenlijst van Feijt et al. (2020)

2 <https://www.tno.nl/media/1870/midivragenlijst.pdf>; de vragen zijn niet steeds letterlijk overgenomen, maar aangepast aan deze innovatie (eMH toepassing door POH-GGZ. Als de formulering toch iets meer afwijkt van de MIDI formulering, wordt dat aangegeven met '~', wat betekent 'in lijn met'

3 deze items zijn zelf geformuleerd, gebaseerd op <https://basismeters.nl/meters/digizelftest>

Situatie zoals in de LimeSurvey vragenlijst, dit is na pretesten en met de aanvullingen tengevolge de COVID-19 crisis, 54 items:

| | Factoren uit het onderzoeksmodel | Aantal items in LimeSurvey vragenlijst | eMHAR vragenlijst (Feijt et al., 2020) |
|----|--------------------------------------|--|--|
| 1 | Taakopvatting | 4 → 3 | items 1, 8, 14 |
| 2 | Verwacht nut/voordeel | 8 → 9 | items 3, 5, 13 |
| 3 | Innovativiteit van de POH-GGZ | 5 | items 4, 6, 9, 15, 17 |
| 4 | Sociale invloed | 5 | |
| 5 | Eigen-effectiviteit van de POH-GGZ | 3 → 6 | items 10, 11, 12 |
| 6 | Digitale vaardigheden van de POH-GGZ | 7 → 6 | |
| 7 | Congruentie met huidige werkwijze | 5 → 7 → 8 | item 2 |
| 8 | Gebruiksgemak voor de patiënt | 5 → 4 | |
| 9 | Gebruiksgemak voor de POH-GGZ | 6 → 5 → 6 | items 7, 16 |
| 10 | Wetenschappelijke basis van eMH | 2 | |

(rode pijl: tengevolge pretesten; blauwe pijl: tengevolge COVID-19 crisis)

2. Faciliterende condities

De operationalisatie van 'faciliterende condities' is gebaseerd op het MIDI model: determinanten van de omgeving en de 3 oriënterende interviews met POH's-GGZ over dit onderwerp.

Van het MIDI model gebruiken we determinant 19 (formele bekrachtiging management), determinant 22 (financiële middelen), determinant 23 (tijd) en determinant 27 (beschikbaarheid van informatie over gebruik innovatie).

Het betreft een 5-punts Likertschaal (1 = 'Zeer mee oneens', 2 = 'Mee oneens', 3 = 'Neutraal', 4 = 'Mee eens', en 5 = 'Zeer mee eens')

Na pretesten bleven er van de 8 items nog 5 over (MIDI determinant 27 is eruit gehaald) en er is 1 item toegevoegd tengevolge de COVID-19 crisis, totaal dus 6 items (Omstand1 t/m Omstand6) in de LimeSurvey vragenlijst.

3. Intentie tot gebruik van eMental Health

Na pretesten bleven er 2 van de 4 items over, en in verband met COVID-19 werden nog 2 items toegevoegd.

Bijlage 2: LimeSurvey vragenlijst

<https://lab.ou.nl/ls/index.php/638696?newtest=Y>

eMental Health-toepassingen

Onderzoek naar het gebruik van eMental Health interventies door de praktijkondersteuners GGZ.

Fijn dat u meewerkt aan het onderzoek naar het gebruik van eMental Health-toepassingen door praktijkondersteuners GGZ in de huisartsenpraktijk.

Dit is een wetenschappelijke studie die wordt gedaan door de Open Universiteit, in samenwerking met Therapieland.

De studie is goedgekeurd door de commissie Ethische Toetsing Onderzoek (cETO) van de Open Universiteit op 11 februari 2020 met code U/2020/01469/MQF.

eMental Health is het gebruik van informatie- en communicatie-technologie (ICT) om mensen met psychische klachten of aandoeningen te informeren en/of te ondersteunen met betrekking tot hun psychische gezondheid om zo het herstelproces en daarmee hun kwaliteit van leven te verbeteren (Alliantie Kwaliteit GGZ, 2017).

De coronacrisis lijkt het gebruik van digitale communicatie overal, maar zeker ook in de zorg, te versnellen. Vooral beeldbellen wordt onmiddellijk omarmd, zodat de therapie die normaliter face-fo-face plaatsvindt, nu screen-to-screen verdergezet kan worden.

Wanneer naast face-to-face of screen-to-screen contacten ook online modules ingezet worden en/of de patiënt verwezen wordt naar websites voor verdere informatie spreken we over blended therapie.

Het is goed mogelijk dat uw houding tegenover het gebruik van eMental Health de laatste weken erg is veranderd en dat u het nu meer toepast dan voorheen. Het is belangrijk dat u de vragen invult op basis van uw huidige inzichten.

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

INFORMED CONSENT

Voor ons onderzoek vragen wij u om een vragenlijst in te vullen. Het invullen van deze vragenlijst kost u 15-20 minuten.

Deelname aan het onderzoek is vrijwillig. Niet deelnemen heeft geen nadelige gevolgen voor u. Als u wel meedoet, kunt u u altijd bedenken en stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft niet te zeggen waarom u stopt. Als u deelneemt, kunt u na het onderzoek (medio september 2020) een verslag met de belangrijkste bevindingen krijgen door te mailen naar onderzoek_eHealth@ou.nl. Bovendien maakt u kans op 5 cadeaubonnen van elk 10 €.

De persoonsgegevens (leeftijd en geslacht, type huisartsenpraktijk en de achtergrond van de POH-GGZ) die voor dit onderzoek worden verzameld, gebruikt en bewaard, zijn niet tot u te herleiden. Ook het databestand en de uitkomsten van het onderzoek bevatten geen informatie die terug te leiden is naar individuele personen. Alleen mw. De Veirman, drs. Spruijt en prof. dr. Bolman hebben geautoriseerde toegang tot het databestand (conform OU beleid: www.ou.nl/privacy). Rapportages (ook aan Therapieland en aan de huisartsen) zullen enkel op groepsniveau gebeuren en betreffen dus geen individuele resultaten.

Om te kunnen beoordelen of het onderzoek op een betrouwbare wijze is uitgevoerd, kunnen leden van een visitatiecommissie inzage krijgen tot de volledige (anonieme) dataset.

Alle verzamelde gegevens moeten 10 jaar worden bewaard door de Open Universiteit.

Indien u nog vragen heeft, neem dan contact op met Ann De Veirman (onderzoek_eHealth@ou.nl) of met haar begeleider prof dr. Catherine Bolman (catherine.bolman@ou.nl).

Hieronder volgen 5 stellingen over **INFORMED CONSENT**.

U KUNT ALLEEN DEELNEMEN ALS U OP ALLE VRAGEN 'JA' HEBT GEANTWOORD.

MOCHT U NOG VRAGEN HEBBEN HIEROVER, NEEM DAN SVP CONTACT OP MET ONS (onderzoek_eHealth@ou.nl).

*

| | Ja | Nee |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Ik geef toestemming om de gegevens die tijdens deze studie worden verzameld, te gebruiken voor dit wetenschappelijk onderzoek. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik heb de informatiebrief met betrekking tot dit onderzoek gelezen en ik heb de gelegenheid gehad om vragen te stellen aan de onderzoeker als bepaalde punten niet duidelijk waren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik begrijp dat alle informatie die ik verstrek in het kader van dit onderzoek op een veilige manier zal worden verzameld, anoniem zal worden gepubliceerd en daarom niet naar mij terug kan leiden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik begrijp dat ik me op elk moment uit de studie kan terugtrekken en daar geen reden voor hoef te geven. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik begrijp dat de gegevens worden opgeslagen voor een periode van 10 jaar, in overeenstemming met de VSNU-richtlijnen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Kenmerken van de POH-GGZ
Vragen over uzelf en de huisartsenpraktijk waar u werkt

• **Wat is uw geslacht?**

Kies één van de volgende antwoorden

- Vrouw
 Man
 Anders

• **Wat is uw leeftijd ?**

Uw antwoord moet tussen 22 en 67 liggen
In dit veld mag alleen een geheel getal worden ingevoerd.

• **Werkt u als POH-GGZ bij een huisartsenpraktijk?**

- Ja Nee

• **Wat is uw achtergrond?**

Kies één van de volgende antwoorden

- SPV
 psycholoog
 maatschappelijk werker
 Andere:

• **Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week?**

Uw antwoord moet tussen 8 en 40 liggen
In dit veld mag alleen een geheel getal worden ingevoerd.

• **Hoeveel patiënten ziet u gemiddeld per week?**

In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

* Hoeveel jaar bent u werkzaam als POH-GGZ?

In dit veld mogen alleen cijfers ingevoerd worden.

* Bij hoeveel praktijken bent u werkzaam als POH-GGZ?

Kies één van de volgende antwoorden

- 1 huisartsenpraktijk
- 2 huisartsenpraktijken
- meer dan 2 huisartsenpraktijken

* Bent u de enige POH-GGZ in de huisartsenpraktijk waar u werkt?

- Ja
- Nee

* Heeft de huisartsenpraktijk waar u werkt, een abonnement bij een leverancier van eMental Health toepassingen? De leverancier kan bijvoorbeeld Therapieland zijn, al dan niet via Ksyos.

- Ja
- Nee

* Kunt u gebruik maken van dit abonnement?

- Ja
- Nee

Gebruik van eMental Health

In eMental Health interventies beoogt de behandelaar een verbetering of verandering van het gedrag en/of het welzijn van de patiënt tot stand te brengen, door gebruik te maken van:

- Websites: bijvoorbeeld websites waar de patiënt informatie over psychische klachten kan vinden, een test kan doen om klachten in kaart te brengen of een zelfhulpmodule kan volgen. Bij deze websites kan je denken aan thuisarts.nl (van NHG), gripopjedip.nl (van o.a. Trimbos), deze zijn gratis toegankelijk.

- Platforms van een eHealth-leverancier waarbinnen diverse elementen gebruikt kunnen worden.

Denk aan vragenlijsten ten behoeve van diagnostiek en monitoring, psycho-educatie, zelfhulpmodules, beveiligd contact via e-mail of chat, en behandelmodules (ook wel behandelprogramma's genoemd). Bij deze behandelmodules kan je denken aan programma's voor patiënten die beter willen slapen, online mindfulness en online Cognitieve Gedragstherapie voor patiënten met angststoornis of depressie. Vaak kan de behandelaar binnen de behandelmodules feedback geven aan de patiënt.

Therapieland, Minddistrict, ZorgIQ en Mentalshare Direct zijn de grootste leveranciers van eMental Health platforms in Nederland.

- Beeldbellen: communicatie op afstand tussen zorgverlener en patiënt via een beveiligde videoverbinding.

Beeldbellen is vaak geïntegreerd in het platform van de eHealth-leverancier

Ook het communiceren met patiënten via e-mail, instant messaging (chat) en videoconferenties (beeldbellen) valt dus onder eMental Health.

De coronacrisis lijkt het gebruik van digitale communicatie overal, maar zeker ook in de zorg, te versnellen.

Vooral beeldbellen wordt onmiddellijk omarmd, zodat de therapie die normaliter face-fo-face plaatsvindt, nu screen-to-screen verdergezet wordt.

Wanneer naast face-to-face of screen-to-screen contacten ook online behandelmodules ingezet worden en/of de patiënt verwezen wordt naar websites voor verdere informatie, spreken we over blended therapie.

Kunt u aangeven hoe vaak u de volgende activiteiten in de afgelopen periode heeft uitgevoerd.

| | nooit | soms | regelmatig | vaak | altijd |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik bespreek met de patiënten de mogelijkheid om naast face-to-face ook eMental Health in de therapie te gebruiken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik stuur e-mail berichten (bijvoorbeeld een samenvatting van het adviesgesprek) naar de patiënt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik verstuur berichten aan de patiënt via het eMental Health platform. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik verwijst patiënten door naar informatieve websites (bijvoorbeeld thuisarts.nl). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Voor contact met mijn patiënten maak ik gebruik van beeldbellen via een gratis programma (bijvoorbeeld Whatsapp, Skype, ZOOM). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Voor contact met mijn patiënten maak ik gebruik van beeldbellen via een beveiligd eMental Health platform. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik nodig patiënten uit voor een of meerdere eMental Health behandelmodules. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik laat patiënten zelf kiezen met welk eMental Health behandelmodule ze aan de slag gaan. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik bied patiënten meerdere eMental Health behandelmodules tegelijk aan. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik moedig patiënten aan om een volledige behandelmodule stapsgewijs te doorlopen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik gebruik onderdelen van eMental Health behandelmodules (bijvoorbeeld oefeningen). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik maak gebruik van eMental Health programma's (bijv. video-voorbeelden) tijdens de face-to-face sessies. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik gebruik eMental Health bij patiënten die ik heb doorverwezen naar de GGZ en die daar op een wachtlijst staan. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik gebruik digitale klachtenlijsten (bijv. 4DKL, BDI, via Telepsy) bij de intake van een patiënt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

- Kunt u een inschatting geven van het aandeel patiënten voor wie u eMental Health hebt ingezet VOOR de coronacrisis ?
Kies één van de volgende antwoorden

- 90-100%
- 80-90%
- 60-80%
- 40-60%
- 20-40%
- 10-20%
- Minder dan 10%

Wat is voor u de belangrijkste reden om eMental Health te gebruiken?

Wat is voor u de belangrijkste reden om eMental Health NIET te gebruiken?

- Maakt u sinds de coronacrisis meer gebruik van eMental Health?

- Ja
- Nee

- Kunt u een inschatting geven van het aandeel patiënten voor wie u eMental Health hebt ingezet SINDS de coronacrisis ?
Kies één van de volgende antwoorden

- 90-100%
 - 80-90%
 - 60-80%
 - 40-60%
 - 20-40%
 - 10-20%
 - Minder dan 10%
-

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

| | |
|--|---|
| <p>• Is deze toename blijvend?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee</p> <p>Waarom gaat u blijvend meer eMental Health inzetten?</p> <div data-bbox="232 392 674 501" style="border: 1px solid black; height: 68px; width: 197px;"></div> | <p>• Is deze toename blijvend?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nee</p> <p>• Waarom gaat u na de coronacrisis niet vaker eMental Health inzetten?</p> <div data-bbox="808 400 1220 501" style="border: 1px solid black; height: 63px; width: 184px;"></div> |
| <p>• Met welke eMental Health platforms werkt u? Meerdere antwoorden mogelijk</p> <p><input type="checkbox"/> Minddistrict</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieland (al dan niet via Ksyos)</p> <p><input type="checkbox"/> ZorgIQ</p> <p><input type="checkbox"/> Mentalshare Direct</p> <p><input type="checkbox"/> Andere: <input data-bbox="360 783 640 818" style="width: 125px; height: 22px;" type="text"/></p> | |

Taakopvatting van de POH-GGZ in relatie tot eMental Health
 Het betreft de vraag of eMental Health hoort bij het takenpakket van de POH-GGZ.
 Hieronder volgen een aantal stellingen.
 Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| eMental Health sluit goed aan bij mijn werk als zorgverlener/POH-GGZ. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| eMental Health past NIET bij het beroep van zorgverlener/POH-GGZ. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| eMental Health is een onmisbaar onderdeel van het werk van een zorgverlener/POH-GGZ. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

Het verwachte nut en voordeel van eMental Health
 Hier wordt gevraagd of u als POH-GGZ het nut en de voordelen van eMental Health ziet.
 Hieronder volgen een aantal stellingen.
 Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik verwacht dat eMental Health voordelen biedt voor de zorg die ik verleen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| eMental Health biedt GEEN verbetering aan de zorg die ik verleen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| eMental Health heeft GEEN toegevoegde waarde voor mijn werk als zorgverlener/POH-GGZ. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Het gebruik van eMental Health zorgt ervoor dat ik sneller resultaten bereik met de behandeling. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Het gebruik van eMental Health heeft een toegevoegde waarde voor mijn patiënten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Het gebruik van eMental Health tussen 2 face-to-face sessies maakt de face-to-face sessies efficiënter. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In het eMental Health platform kan ik makkelijk feedback geven en dat werkt motiverend voor de patiënt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| eMental Health zorgt ervoor dat patiënten informatie over de behandeling kunnen nalezen of bekijken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dankzij eMental Health kan ik begeleiding geven aan de patiënt ook als ik door omstandigheden geen face-to-face afspraken kan maken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

Innovativiteit van de POH-GGZ

Hier vragen we naar uw openheid voor eMental Health: bent u een pionier of eerder een volger?

Hieronder volgen een aantal stellingen.

Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik houd me bezig met het opzetten van initiatieven voor de ontwikkeling van nieuwe eMental Health toepassingen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vergeleken met collega's maak ik veel gebruik van eMental Health. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ten opzichte van collega's neem ik veel initiatief op het gebied van eMental Health. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik heb ideeën over wat er nog meer ontwikkeld zou kunnen worden aan eMental Health toepassingen (bijv. toepassing virtual reality, gaming, biofeedback). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In mijn werk probeer ik collega's aan te sporen eMental Health te gebruiken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

0%  100%**Sociale invloed (huisarts, collega's)**

Hier vragen we naar het gedrag en de houding van de huisarts en de collega's ten aanzien van eMental Health.
Hieronder volgen een aantal stellingen.
Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mijn huisarts maakt gebruik van de laatste mogelijkheden op het gebied van eHealth. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mijn huisarts verwacht dat ik eMental Health inzet bij de behandeling van patiënten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mijn collega's POH-GGZ gebruiken eMental Health programma's. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In het POH-GGZ teamoverleg wordt eMental Health vaak geagendeerd. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mijn collega's POH-GGZ verwachten dat ik bij de behandeling van patiënten gebruik maak van eMental Health. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Eigen-effectiviteit van de POH-GGZ

Het gaat hier om de vraag of u zich als POH-GGZ in staat vindt om eMental Health toepassingen te gebruiken.
Hieronder volgen een aantal stellingen.
Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik heb behoefte aan een training beeldbellen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik moet nog oefenen met het geven van empathische, schriftelijke feedback. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Om eMental Health te gaan gebruiken moet ik nieuwe vaardigheden leren. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik mis nog vaardigheden om online therapie te geven (via beeldbellen). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik bezit vaardigheden die nodig zijn om eMental Health toe te passen in mijn werk. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Het gebruiken van eMental Health toepassingen gaat me gemakkelijk af. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Digitale vaardigheden van de POH-GGZ
 Hoe goed kunt u met de computer omgaan?
 Hieronder volgen een aantal stellingen.
 Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

*

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|---|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik kan zelfstandig met een computer omgaan en ben in staat kleine problemen zelf op te lossen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik kan relevante informatie opzoeken op het internet. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik kan goed omgaan met e-mail berichten (ontvangen, versturen, bijlage toevoegen). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik kan goed werken met digitale documenten: aanmaken, openen, sluiten, opslaan in de juiste folder etc. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bij het werken met de computer ben ik bang om fouten te maken die ik niet meer kan corrigeren (bijv. door verkeerde toetsen te gebruiken of verkeerde dingen aan te klikken). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik gebruik een smartphone (bijvoorbeeld apps zoals whatsapp) voor communicatie met familie en vrienden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

Aansluiting bij huidige werkwijze

Hier stellen we de vraag of eMental Health aansluit bij uw huidige werkwijze.
Hieronder volgen een aantal stellingen.
Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

*

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|---|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| eMental Health is een mooie aanvulling op face-to-face contact. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er is te weinig tijd in de face-to-face contacten om aandacht te besteden aan eMental Health. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Patiënten komen voor face-to-face behandeling, het kost me veel moeite om hen te overtuigen van de voordelen van blended care. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| eMental Health sluit goed aan bij hoe ik gewend ben om te werken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Een patiënt die goed meewerkt bij face-to-face therapie, zal over het algemeen ook meewerken aan eMental Health opdrachten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Contact tussen zorgverlener en cliënt moet altijd deels face-to-face te zijn. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er is te weinig werktijd om goede feedback te geven aan patiënten in het eMental Health platform (bijvoorbeeld omdat alle tijd is volgepland met face-to-face afspraken). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Als het tijdelijk niet mogelijk is om face-to-face afspraken te maken, loopt de behandeling gewoon door via eMental Health. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

Gebruiksgemak voor de patiënt

Hoe gemakkelijk is het voor de patiënt om eMental Health programma's te gebruiken?
Hieronder volgen een aantal stellingen.
Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| De meeste eMental Health programma's gebruiken moeilijk taalgebruik. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Het is goed mogelijk om onderdelen van de programma's te gebruiken, de patiënt hoeft niet steeds het hele programma doorlopen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De eMental Health programma's zijn erg gebruiksvriendelijk en nodigen de patiënt uit tot gebruik. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| eMental Health is alleen geschikt voor hoger opgeleiden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Gebruiksgemak voor de POH-GGZ

Hoe gemakkelijk is het voor u als POH-GGZ om eMental Health programma's te gebruiken?
Hieronder volgen een aantal stellingen.
Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|---|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik gebruik eMental Health toepassingen die gemakkelijk zijn in het gebruik. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik gebruik eMental Health toepassingen die eenvoudig voor handen zijn. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Het is voor mij makkelijk om de patiënt in het eMental Health programma feedback te geven. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik vind het aanbod van eMental Health programma's overzichtelijk. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De eMental Health programma's zijn erg gebruiksvriendelijk en nodigen de POH-GGZ uit tot gebruik. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tijdens de coronacrisis worden we snel en goed geholpen door de leveranciers van eMental Health. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

Wetenschappelijke basis eMental Health
 Zijn eMental Health interventies gebaseerd op wetenschappelijke kennis?
 Hieronder volgen een aantal stellingen.
 Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

*

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|---|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| De eMental Health programma's waar ik mee werk, zijn bewezen effectief. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De eMental Health programma's waar ik mee werk, zijn gebaseerd op juiste, wetenschappelijke kennis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Intentie tot gebruik van eMental Health
 In welke mate bent u van plan om eMental Health toepassingen te gaan gebruiken?
 Hieronder volgen een aantal stellingen.
 Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

*

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik wil face-to-face contacten graag aanvullen met eMental Health. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik ben van plan om eMental Health in te zetten als onderdeel van mijn behandelingen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Het is waarschijnlijk dat ik ook na de coronacrisis ga beeldbellen met patiënten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Na de coronacrisis ben ik van plan om eMental Health blijvend te gebruiken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Omstandigheden

Faciliterende en belemmerende omstandigheden in en rond de organisatie van de huisartsenpraktijk

Het betreft hier factoren die te maken hebben met de organisatie van de huisartsenpraktijk.
Te denken valt hier aan onduidelijkheid over financiën, formele steun van de huisarts, tijd etc.
Hieronder volgen een aantal stellingen.

Geef per stelling aan in hoeverre u het met deze stelling eens bent.

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Het gebruik van eMental Health is onderdeel van het beleid van onze huisartsenpraktijk. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik word verplicht door de organisatie om eMental Health te gebruiken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Het is onmogelijk om de tijd te declareren die nodig is om me te verdiepen in de mogelijkheden van eMental Health. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik krijg te weinig tijd van de huisarts om me te verdiepen in eMental Health mogelijkheden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De administratieve ballast weerhoudt me ervan om eMental Health te gebruiken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De coronacrisis verplicht mij om eMental Health te gebruiken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Is de patiënt geschikt voor eMental Health ?

In dit onderdeel willen we inzicht krijgen in hoeverre bepaalde kenmerken van de patiënt bepalen of u als POH-GGZ de patiënt geschikt vindt om eMental Health programma's te gebruiken.

| | Helemaal niet mee eens | Niet mee eens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens |
|--|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik zet eMental Health in ongeacht welke patiënt ik voor me heb. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik laat het afhangen van de kenmerken van de patiënt of ik eMental Health gebruik of niet. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Als ik iemand 'niet-geschikt-voor-eMental Health' vind, zal ik geen eMental Health inzetten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

Kunt u aangeven welke voor u de 5 belangrijkste redenen zijn waarom een patiënt NIET geschikt is voor eMental Health, in volgorde van belangrijkheid? Geef een TOP-5 aan: 1 is de belangrijkste, 2 is de op een na belangrijkste etc.. Sleep 5 items van de linkerlijst naar de rechterlijst. Zet in de rechterlijst de items op volgorde van belangrijkheid. Zet het voor u belangrijkste item bovenaan.

Uw keuzes

Uw rangschikking

| | |
|---|--|
| De patiënt is oud (>70 jaar). | |
| De patiënt heeft weinig computervaardigheden. | |
| De patiënt heeft geen computer en/of internet. | |
| De patiënt is niet gemotiveerd om met eMental Health te werken. | |
| De patiënt spreekt geen Nederlands (en er zijn geen eMental Health programma's in zijn taal beschikbaar). | |
| De patiënt begrijpt niet dat wat hij dagelijks doet, verband houdt met zijn gezondheid. | |
| De patiënt is niet in staat om de instructies van de huisarts of POH-GGZ op te volgen. | |
| De patiënt heeft beperkte leesvaardigheden. | |
| De patiënt heeft beperkte cognitieve/intellectuele vaardigheden. | |
| De patiënt is niet in staat tot zelfreflectie. | |
| De patiënt heeft een zeer ernstige psychische stoornis. | |
| | |

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

Kunt u aangeven welke eigenschappen een patiënt MINIMAAL moet hebben om hem te beschouwen als 'geschikt voor eMental Health'.

Als een patiënt deze eigenschappen niet heeft, besluit u om voor deze patiënt geen eMental Health in te zetten.

Hieronder ziet u een lijst met eigenschappen van de patiënt. Vink de eigenschappen aan die u noodzakelijk vindt om eMental Health te kunnen gebruiken.

- Discipline
- Openheid voor nieuwe ervaringen
- Aantoonbare computervaardigheden
- Beschikbaarheid computer en internet
- Motivatie om met eMental Health te werken
- Voldoende intellectuele vaardigheden
- Verbale vaardigheden (in het Nederlands)
- Aantoonbare gezondheidsvaardigheden
- Andere:

Kunt u een inschatting geven van het aandeel van uw patiënten dat geschikt is voor eMental Health?

Kies één van de volgende antwoorden

- 90-100%
- 80-90%
- 60-80%
- 40-60%
- 20-40%
- 10-20%
- Minder dan 10%

Tijdens de coronacrisis heeft u waarschijnlijk vaker eMental Health gebruikt (bijvoorbeeld beeldbellen, maar mogelijk ook behandelmodules). Werkte dat goed voor ALLE patiënten?

- Ja
- Nee

Waar liep u tegen aan?

Bijlage 3: Valideren van de vragenlijst

De meetschalen werden gevalideerd aan de hand van een itemanalyse (Cronbach's alpha) en een factoranalyse ($N = 132$).

1. **Itemanalyse van 11 voorspellende factoren.**

Het betreft de 10 factoren die in ons model voorspellers zijn van de Intentie tot gebruik (Taak, Nut, Innovativiteit, Eigen-effectiviteit, Digitale vaardigheden, Aansluiting bij huidige werkwijze (Congruentie), Gebruiksgemak Patiënt en POH, Wetenschappelijke basis) en de subschaal Omstandigheden die in het model een directe voorspeller is voor gebruik.

Taak:

Deze schaal met 3 items heeft een Cronbach's alpha van .78 en is dus redelijk goed. De item-rest correlaties zijn $> .30$ en alle inter-item correlaties zijn ruim $> .20$.

Nut en Voordelen

Deze schaal met 9 items heeft een mooie Cronbach's alpha van .86. De gemiddelde waarden van de items liggen weliswaar niet heel dicht bij elkaar, maar ze zijn mooi gespreid tussen 3.42 en 4.21. Er is een item-rest correlatie $< .30$ (.28) en zes inter-item correlaties zijn $< .20$. Dit kan opgelost worden door Nut9 weg te laten, eventueel ook Nut8, dan neemt ook Cronbach's alpha verder toe.

Innovativiteit

Deze schaal met 5 items heeft een mooie Cronbach's alpha van .80. De item-rest correlaties zijn $> .30$ en geen enkele inter-item correlatie $< .20$.

Aansluiting bij huidige werkwijze (Congruentie)

Deze schaal met 8 items heeft een Cronbach's alpha van .69. Dit is redelijk. De gemiddelde waarden van de items liggen niet heel dicht bij elkaar. Congru6 (*Contact tussen zorgverlener en cliënt moet altijd deels face-to-face zijn*) is een uitschieter naar beneden (2.17), de overige items liggen tussen 2.94 en 4.25. De item-rest correlaties van items Congru5, Congru6 en Congru8 zijn $< .30$ en een flink aantal inter-item correlaties zijn $< .20$.

De overige items lijken 2 factoren te geven (congruentie & beschikbare tijd). Naar deze schaal moeten we opnieuw kijken na de factoranalyse.

Sociale invloed

Deze schaal met 5 items heeft een Cronbach's alpha van .65. Dit is redelijk. De item-rest correlaties van Soc4 (*In het POH-GGZ teamoverleg wordt eMH vaak geagendeerd*) ligt net onder .30 (.29) en drie inter-item correlatie zijn $< .20$. Weglaten van items levert geen verbetering van Cronbach's alpha.

Eigen-effectiviteit

Deze schaal met 5 items heeft een Cronbach's alpha van .79. Dit is redelijk goed. Bovendien liggen de gemiddelde waarden van de items dicht bij elkaar (tussen 3.40 en 3.82). De item-rest correlatie van Eigen5 is het laagst en precies gelijk aan .30. Er zijn ook twee inter-item correlatie $<.20$. Eigen5 weglaten zou een optie kunnen zijn, omdat het item zeer algemeen geformuleerd is. De Cronbach alpha neemt dan weliswaar toe, maar niet heel veel (van .79 naar .81). Een besluit hierover zal afhangen van de factoranalyse.

Digitale vaardigheden

Deze schaal met 6 items heeft een Cronbach's alpha van .76. Dit is redelijk goed. Bovendien liggen de gemiddelde waarden van de items dicht bij elkaar (tussen 4.11 en 4.56). De item-rest correlaties van items Digi5 en Digi6 zijn net $<.30$ (.27 en .28) en ook twee inter-item correlaties met Digi5 en Digi6 zijn $<.20$. Het voorstel is om deze items te verwijderen, dan stijgt Cronbach's alpha naar .89.

Gebruiksgemak voor de patiënt

Deze schaal met 4 items heeft een Cronbach's alpha van .47. Dat is $<.60$ en dus niet goed genoeg. De gemiddelde waarden van de items liggen zeer dicht bij elkaar (tussen 3.50 en 3.86). De item-rest correlatie van item GemakPat2 is $<.30$ (.13). Het voorstel zou zijn om dit item te verwijderen, dan stijgt Cronbach's alpha naar .57, maar dat is nog steeds laag.

Naar deze schaal moeten we opnieuw kijken na de factoranalyse.

Gebruiksgemak POH

Deze schaal met 6 items heeft een Cronbach's alpha van .65. Dat is redelijk. De gemiddelde waarden van de items liggen zeer dicht bij elkaar (tussen 3.42 en 3.80). De item-rest correlatie van item GemakPOH3 is $<.30$ (.24). Cronbach's alpha stijgt maar een beetje (.66) als dit item verwijderd wordt. Naar deze schaal moeten we opnieuw kijken na factoranalyse.

Wetenschappelijke basis

Deze schaal met 2 items heeft een Cronbach's alpha van .77. Deze schaal is verder goed wat betreft de item-rest correlaties en de inter-item correlaties.

Omstandigheden

Deze schaal met 6 items heeft een Cronbach's alpha van .42. Dat is niet goed ($<.60$). De gemiddelde waarden van de Omstand6 en Omstand2 wijken af (resp. 2.39 en 2.51) van de andere waarden die tussen 3.19 en 3.80 liggen. Diverse item-rest correlaties zijn veel $<.30$ en ook zeer veel inter-item correlaties zijn $<.20$

Factoranalyse moet aanvullende informatie leveren zodat we deze schaal kunnen optimaliseren.

2. Factoranalyse

Op de 60 items waarmee de 11 factoren (dus inclusief Omstandigheden) werden geoperationaliseerd, werd een exploratieve factoranalyse losgelaten. Het betreft een principale factoranalyse (SPSS 'Principal Axis Analyses') met Promax rotatie.

De factoranalyse geeft nuttige input voor het optimaliseren van de subschalen die als enigszins problematisch werden geïdentificeerd op basis van Cronbach's alpha en van de item-rest en inter-item correlaties.

Er worden 16 factoren geïdentificeerd (op basis van het criterium eigenwaarde > 1, de eerste factor heeft een eigenwaarde van 11.5, vervolgens 4.9, 3.5, 3.0, 2.6 etc.). Op basis van de factorladingen en de inhoudelijke betekenis van de items, worden uiteindelijk 12 factoren herkend (zie appendix 1). Daar komt de volgende conclusie uit:

- Factor 1: **Attitude**, 15 items (Taak1, Taak2, Taak3, Nut1, Nut2, Nut3, Nut4, Nut5, Nut6, Nut7, Congru1, Congru3, Congru4, Congru5, Congru8); Omdat er vanuit de theorie redenen zijn om niet met 1 attitudefactor te werken en in het onderzoeksmodel drie verschillende aspecten te onderscheiden, is een 3-factoranalyse uitgevoerd op deze 15 items, aangevuld met de items Nut8 en Nut9 die laden op de 11^{de} factor (zie appendix 2). Uit deze analyse komen 3 factoren (de derde factor heeft een eigenwaarde van .99):
 - **Taakopvatting**: 3 items (Taak1, Taak2, Taak3), $\alpha=.78$; hoewel het item Taak3 laadt op de factor Voordelen, houden we op inhoudelijke gronden het item toch bij de factor Taakopvatting, dus ongewijzigd.
 - **Nut en Voordelen van eMH**: 9 items (Nut1, Nut2, Nut3, Nut4, Nut5, Congru1, Congru3, Congru4, Congru5), $\alpha=.89$.
Alle item-rest correlatie zijn > .30 en geen enkele inter-item correlatie is < .20.
 - **Nieuwe mogelijkheden door eMH**: 5 items (Nut6, Nut7, Nut8, Nut9, Congru8), $\alpha=.75$. Alle item-rest correlatie zijn > .30 en geen enkele inter-item correlatie is < .20.
- Factor 2: **Digitale vaardigheden**, voorstel om Digi5 en Digi6 te verwijderen (op basis van de itemanalyse).
4 items (Digi1, Digi2, Digi3, Digi4), $\alpha=.89$. Alle item-rest correlatie zijn > .30 en geen enkele inter-item correlatie is < .20.
- Factor 3: **Eigen-effectiviteit**, voorstel om Eigen5 te verwijderen (op basis van de betrouwbaarheidsanalyse, lijkt ook in de factoranalyse een buitenbeen).
Met 5 items (Eigen1, Eigen2, Eigen3, Eigen4, Eigen6) wordt $\alpha=.81$. Alle item-rest correlatie zijn > .30 en slechts 1 inter-item correlatie is < .20.

TOEPASSING VAN eMH DOOR POH-GGZ

- Factor 4: **Faciliterende condities**, voorstel om deze schaal te vormen uit Omstand3, Omstand4, Omstand5, aangevuld met Congru2 en Congru7. Alle items gaan dan over beschikbare tijd en/of administratieve ballast. Met deze 5 items wordt $\alpha=.79$.

Alle item-rest correlatie zijn $> .30$ en alle 2 inter-item correlaties zijn $> .20$.

- Factor 5: **Sociale invloed**, voorstel om de Soc4 te verwijderen (laadt niet op deze factor) en Omstand1 toe te voegen. Met 5 items (Soc1, Soc2, Soc3, Soc5, Omstand1) wordt $\alpha=.73$.

Alle item-rest correlatie zijn $> .30$ en slechts 2 inter-item correlatie zijn $< .20$ (.18 en .19).

- Factor 6: **Innovativiteit**: 5 items (Inno1, Inno2, Inno3, Inno4, Inno5) ($\alpha=.80$), onveranderd

- Factor 7: **Gebruiksgemak**, 1 schaal voor patiënten én POH, bestaande uit 5 items (GemakPat2, GemakPat3, GemakPOH4, GemakPOH5 en GemakPOH6). Op het eerste zicht is het vreemd dat het gebruiksgemak van POH en patiënt in dezelfde factor voorkomen, waar het theoretisch wel degelijk verschillende zaken betreft. Een mogelijke verklaring is het feit dat het ook wat betreft het gebruiksgemak van de patiënt hier de perceptie van de POH betreft.

Met 5 items wordt $\alpha=.69$ en dat is redelijk goed. De gemiddelde waarde van de items liggen dicht bij elkaar (tussen 3.42 en 3.73). De item-rest correlatie van GemakPOH6 $< .30$, maar niet heel veel (.29) en ook 1 inter-item correlatie met GemakPOH6 is $< .20$. Hoewel het item GemakPOH6 inhoudelijk wat afwijkt van de overige items in deze schaal, kiezen we er toch voor om het item te behouden (verwijderen uit de schaal levert maar een zeer kleine stijging van alpha op (.70)), omdat het aspect van ondersteuning door de leverancier de inhoudsvaliditeit van deze schaal versterkt.

- Factor 8: **Toegankelijkheid**: Met 2 items (GemakPOH1 en GemakPOH2), $\alpha=.83$ is dit een goede schaal, ook wat betreft de gemiddelde waardes, de item-rest correlaties en de inter-item correlatie.
- Factor 9: **Wetenschappelijke basis**, 2 items (Wet1 en Wet2), $\alpha=.77$, goede schaal
- Factor 10: **Complexiteit**, 2 items (GemakPat1 en GemakPat4), $\alpha=.68$, redelijke schaal, ook wat betreft de gemiddelde waardes, de item-rest correlaties en de inter-item correlatie.
- Factor 11: **Added value**: 2 items (Nut8 en Nut9)
Deze 2 items werden toegevoegd aan de 15 items van de Attitude-factor (zie Factor 1), en worden dus niet beschouwd als aparte schaal.
- Factor 12: **Externe verplichting**, 2 items (Omstand2 en Omstand6), $\alpha=.36$. De item-rest correlatie is $< .30$ (.22). Dit is geen goede schaal, deze factor wordt niet meegenomen in het model.

Intentie tot gebruik

De subschaal Intentie tot gebruik heeft in de vragenlijst 4 items (Intent1, Intent2, Intent3, Intent4), $\alpha=.68$. De item-rest correlatie van Intent3 is $< .30$ en ook de inter-item correlaties met Intent3 zijn laag (.19, .24 en .12). Bovendien wijkt de gemiddelde waarde sterk af (2.88), terwijl de 3 overige items gemiddeldes hebben tussen 3.97 en 4.17. Het voorstel is om dit item (*Het is waarschijnlijk dat ik ook na de coronacrisis ga beeldbellen*) te verwijderen. Daarmee stijgt Cronbach's alpha naar .85.

Conclusie:

De voorgestelde (aangepaste) meetschalen hebben alle een redelijke tot goede betrouwbaarheid.

Als voorspellers voor intentie tot gebruik nemen we de volgende 10 factoren/schalen mee:

- Taakopvatting (3 items, $\alpha=.78$)
- Nut en Voordelen van eMH (9 items, $\alpha=.89$)
- Nieuwe mogelijkheden door eMH (5 items, $\alpha=.75$)
- Innovativiteit van de POH (5 items, $\alpha=.80$)
- Sociale invloed (5 items, $\alpha=.73$)
- Eigen-effectiviteit (5 items, $\alpha=.81$)
- Digitale vaardigheden (4 items, $\alpha=.89$)
- Complexiteit voor de patiënt (2 items, $\alpha=.68$)
- Gebruiksgemak voor patiënt en POH (5 items, $\alpha=.69$)
- Wetenschappelijke basis (2 items, $\alpha=.77$)

Als voorspellers tot gebruik nemen we de 3 volgende factoren/schalen mee:

- Intentie tot gebruik (3 items, $\alpha=.85$)
- Toegankelijkheid van eMH (2 items, $\alpha=.83$)
- Faciliterende condities (5 items, $\alpha=.79$)

Bijlage 3 Appendix 2 Factoranalyse

| | | Pattern Matrix ^a | | |
|--|--|-----------------------------|--------|-------|
| | | Factor | | |
| | | Voordelen | Nieuwe | Taak |
| | | 1 | 2 | 3 |
| Taak1 | [eMental Health sluit goed aan bij mijn werk als zorgverlener/POH-GGZ.] | 0,295 | | 0,589 |
| Taak2 | [eMental Health past NIET bij het beroep van zorgverlener/POH-GGZ.] | | | 0,870 |
| Taak3 | [eMental Health is een onmisbaar onderdeel van het werk van een zorgverlener/POH-GGZ.] | 0,546 | | |
| Nut1 | [Ik verwacht dat eMental Health voordelen biedt voor de zorg die ik verleen.] | 0,771 | | |
| Nut2 | [eMental Health biedt GEEN verbetering aan de zorg die ik verleen.] | 0,752 | | |
| Nut3 | [eMental Health heeft GEEN toegevoegde waarde voor mijn werk als zorgverlener/POH-GGZ.] | 0,759 | | |
| Nut4 | [Het gebruik van eMental Health zorgt ervoor dat ik sneller resultaten bereik met de behandeling.] | 0,684 | 0,221 | |
| Nut5 | [Het gebruik van eMental Health heeft een toegevoegde waarde voor mijn patiënten.] | 0,735 | | |
| Nut6 | [Het gebruik van eMental Health tussen 2 face-to-face sessies maakt de face-to-face sessies efficiënter.] | 0,493 | 0,572 | |
| Nut7 | [In het eMental Health platform kan ik makkelijk feedback geven en dat werkt motiverend voor de patiënt.] | | 0,504 | |
| Nut8 | [eMental Health zorgt ervoor dat patiënten informatie over de behandeling kunnen nalezen of bekijken.] | | 0,596 | |
| Nut9 | [Dankzij eMental Health kan ik begeleiding geven aan de patiënt ook als ik door omstandigheden geen face-to-face afspraken kan maken.] | -0,361 | 0,730 | |
| Congru1 | [eMental Health is een mooie aanvulling op face-to-face contact.] | 0,672 | | |
| Congru3 | [Patiënten komen voor face-to-face behandeling, het kost me veel moeite om hen te overtuigen van de voordelen van blended care.] | 0,889 | -0,217 | |
| Congru4 | [eMental Health sluit goed aan bij hoe ik gewend ben om te werken.] | 0,702 | | |
| Congru5 | [Een patiënt die goed meewerkt bij face-to-face therapie, zal over het algemeen ook meewerken aan eMental Health opdrachten.] | 0,389 | | |
| Congru8 | [Als het tijdelijk niet mogelijk is om face-to-face afspraken te maken, loopt de behandeling gewoon door via eMental Health.] | | 0,486 | |
| Extraction Method: Principal Axis Factoring. | | | | |
| Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization. | | | | |
| a. Rotation converged in 5 iterations. | | | | |

Bijlage 4: Items per factor (na valideren van de LimeSurvey vragenlijst)**VERWACHT NUT EN VOORDELEN VAN eMH**

Nut1: Ik verwacht dat eHealth voordelen biedt voor de zorg die ik verleen. (eMHAR3)

Nut2: eMental Health biedt geen verbetering aan de zorg die ik verleen. (eMHAR5) (REVERSE RECODE)

Nut3: eMental Health heeft geen toegevoegde waarde voor mijn werk als zorgverlener/POH-GGZ (eMHAR13) (REVERSE RECODE)

Nut4: Het gebruik van eMental Health zorgt ervoor dat ik sneller resultaten bereik met de behandeling.

Nut5: Het gebruik van eMental Health heeft een toegevoegde waarde voor mijn patiënten.

Congru1: eMental Health is een mooie aanvulling op face-to-face contact.

Congru3: Patiënten komen voor face-to-face behandeling, het kost me veel moeite om hen te overtuigen van de voordelen van blended care. (REVERSE RECODE)

Congru4: eMental Health sluit goed aan bij hoe ik gewend ben om te werken.

Congru5: Een patiënt die goed meewerkt bij face-to-face therapie, zal over het algemeen ook meewerken aan eMental Health opdrachten.

NIEUWE MOGELIJKHEDEN DOOR eMH

Nut6: Het gebruik van eMental Health tussen 2 face-to-face sessies maakt de face-to-face sessies efficiënter.

Nut7: In de eMental Health programma's kan ik makkelijk feedback geven aan de patiënten en dat werkt motiverend voor de patiënt.

Nut8: eMental Health zorgt ervoor dat patiënten informatie over de behandeling kunnen nalezen of bekijken.

Nut9: Dankzij eMental Health kan ik begeleiding geven aan de patiënt ook als ik door omstandigheden geen face-to-face afspraken kan maken.

Congru8: Als het tijdelijk niet mogelijk is om face-to-face afspraken te maken, loopt de behandeling gewoon door via eMental Health.

TAAKOPVATTING VAN DE POH-GGZ

Taak1: eMental Health sluit goed aan bij mijn werk als zorgverlener/POH-GGZ. (eMHAR1)

Taak2: eMental Health past niet bij het beroep van zorgverlener/POH-GGZ. (eMHAR8) (REVERSE RECODE)

Taak3: eMental Health is een onmisbaar onderdeel van het werk van een zorgverlener/POH-GGZ. (eMHAR14)

INNOVATIVITEIT VAN DE POH-GGZ

Inno1: Ik houd me bezig met het opzetten van initiatieven voor de ontwikkeling van nieuwe eMental Health toepassingen (eMHAR4)

Inno2: Vergeleken met collega's maak ik veel gebruik van eMental Health (eMAHR6)

Inno3: Ten opzichte van collega's neem ik veel initiatief op het gebied van eMental Health (eMAHR9)

Inno4: Ik heb ideeën over wat er nog meer ontwikkeld zou kunnen worden aan eMental Health toepassingen (bijv. toepassing virtual reality, gaming, biofeedback) (eMAHR15)

Inno5: In mijn werk probeer ik collega's aan te sporen eMental Health te gebruiken. (eMAHR17)

SOCIALE INVLOED (HUISARTS, COLLEGA'S)

Soc 1: Mijn huisarts maakt gebruik van de laatste mogelijkheden op gebied van eHealth.

Soc2: Mijn huisarts verwacht dat ik eMental Health inzet bij de behandeling van patiënten.

Soc3: Mijn collega's POH-GGZ gebruiken eMental Health programma's.

Soc5: Mijn collega's POH-GGZ verwachten dat ik bij de behandeling van patiënten gebruik maak van eMental Health.

Omstand1: Het gebruik van eMental Health is onderdeel van het beleid van onze huisartsenpraktijk.

EIGEN-EFFECTIVITEITSVERWACHTING VAN DE POH-GGZ

Eigen1: Ik heb behoefte aan een training beeldbellen. (REVERSE RECODE)

Eigen2: Ik moet nog oefenen met het geven van empathische, schriftelijke feedback. (REVERSE RECODE)

Eigen3: Om eMental Health te gaan gebruiken moet ik nieuwe vaardigheden leren. (eMAHR12) (REVERSE RECODE)

Eigen4: Ik mis nog vaardigheden om online therapie te geven (via beeldbellen) (REVERSE RECODE).

Eigen6: Het gebruiken van eMental Health toepassingen gaat me gemakkelijk af. (eMHAR11)

DIGITALE VAARDIGHEDEN VAN DE POH-GGZ

Digi1: Ik kan zelfstandig met een computer omgaan en ben in staat kleine problemen zelf op te lossen.

Digi2: Ik kan relevante informatie opzoeken op het internet.

Digi3: Ik kan goed omgaan met e-mail berichten (ontvangen, versturen, bijlage toevoegen).

Digi4: Ik kan goed werken met digitale documenten: aanmaken, openen, sluiten, opslaan in de juiste folder etc.

COMPLEXITEIT VOOR DE PATIËNT

GemakPat1: De meeste eMental Health programma's gebruiken moeilijk taalgebruik. (REVERSE RECODE)

GemakPat4: eMental Health is alleen geschikt voor hoger opgeleiden. (REVERSE RECODE)

GEBRUIKSGEMAK VOOR PATIËNT EN POH-GGZ

GemakPat2: Het is goed mogelijk om onderdelen van de programma's te gebruiken, de patiënt hoeft niet steeds het hele programma te doorlopen.

GemaktPat3: De eMental Health programma's zijn erg gebruiksvriendelijk en nodigen de patiënt uit tot gebruik.

GemakPOH4: Ik vind het aanbod van eMental Health programma's overzichtelijk.

GemakPOH5: De eMental Health programma's zijn erg gebruiksvriendelijk en nodigen de POH-GGZ uit tot gebruik.

GemakPOH6: Tijdens de coronacrisis worden we snel en goed geholpen door de leveranciers van eMental Health.

WETENSCHAPPELIJKE BASIS eMH

Wet1: De eMH programma's waar ik mee werk, zijn bewezen effectief.

Wet2: De eMH programma's waar ik mee werk, zijn gebaseerd op juiste, wetenschappelijke kennis.

TOEGANKELIJKHEID

GemakPOH1: Ik gebruik eMental Health toepassingen die gemakkelijk zijn in het gebruik. (eMHAR7)

GemakPOH2: Ik gebruik eMental Health toepassingen die eenvoudig voor handen zijn. (eMHAR16)

FACILITERENDE CONDITIES

Omstand3: Het is onmogelijk om de tijd te declareren die nodig is om me te verdiepen in de mogelijkheden van eMental Health. (REVERSE RECODE)

Omstand4: Ik krijg te weinig tijd van de huisarts om me te verdiepen in eMental Health mogelijkheden. (REVERSE RECODE)

Omstand5: De administratieve ballast weerhoudt me ervan om eMental Health te gebruiken. (REVERSE RECODE)

Congru2: Er is te weinig tijd in de face-to-face contacten om aandacht te besteden aan eMental Health. (REVERSE RECODE)

Congru7: Er is te weinig werktijd om goede feedback te geven aan patiënten in het eMental Health platform (bijvoorbeeld omdat alle tijd is volgepland met face-to-face afspraken). (REVERSE RECODE)

INTENTIE TOT GEBRUIK VAN eMENTAL HEALTH

Intent1: Ik wil face-to-face contacten graag aanvullen met eMental Health.

Intent2: Ik ben van plan om eMental Health in te zetten als onderdeel van mijn behandelingen.

Intent4: Na de coronacrisis ben ik van plan om eMental Health blijvend te gebruiken.

EXTERNE VERPLICHTING (nemen we niet mee in het onderzoeksmodel)

Omstand2: Ik word verplicht door de organisatie om eMental Health te gebruiken.

Omstand6: De coronacrisis verplicht me om eMental Health te gebruiken.

De 7 items die verwijderd zijn bij het valideren van de vragenlijst zijn:

Soc4: In het POH-GGZ overleg wordt eMental Health vaak geagendeerd.

Eigen5: Ik bezit vaardigheden die nodig zijn om eMental Health toe te passen in mijn werk (eMHAR10).

Digi5: Bij het werken met de computer ben ik bang om fouten te maken die ik niet meer kan corrigeren (bijv. door verkeerde toetsen te gebruiken of verkeerde dingen aan te klikken). (REVERSE RECODE)

Digi6: Ik gebruik een smartphone (bijvoorbeeld apps zoals whatsapp) voor communicatie met familie en vrienden.

Congru6: Contact tussen zorgverlener en cliënt moet altijd deels face-to-face zijn (eMHAR2). (REVERSE RECODE)

GemakPOH3: Het is voor mij makkelijk om de patiënt in het eMental Health programma feedback te geven.

Intent3: Het is waarschijnlijk dat ik ook na de coronacrisis ga beeldbellen met patiënten.

Aanvullende opmerking:

De items van de gevalideerde eMHAR schaal maken weliswaar deel uit van de vragenlijst uit dit onderzoek, maar de onderzoekster (Ann De Veirman) heeft pas na het valideren van de vragenlijst én het afronden van de analyse kennis genomen van de inhoud van het artikel van Feijt et al. (2020). Het is dan ook interessant om vast te stellen dat de eMHAR items vrijwel tot dezelfde constructen behoren in ons onderzoek als in het artikel van Feijt et al. (2020).

Bijlage 5: Factoranalyse van de meetschaal van eMH activiteiten

Als je alle 14 items (Act1 t/m Act14) samenneemt, geeft dat wel een goede Cronbach's alpha (.74), maar er zijn 4 item-rest correlaties < .30 en 52 inter-item correlaties zijn < .20. Het is dus statistisch geen goede meetschaal. Waarschijnlijk zitten er meerdere subschalen in, daar moet factoranalyse uitsluitend over geven. Op basis van eigenwaarde > 1, verschijnen er 6 factoren, waarmee cumulatief 66% van de variantie wordt verklaard. Toch is de 5^{de} factor (beeldbellen en klachtenlijsten) inhoudelijk niet sterk, omdat een 2^{de} item over beeldbellen niet laadt op deze factor. Daarom kijken we ook naar de 3- en 4-factoranalyse en besluiten dat drie factoren inhoudelijk het beste te verklaren zijn.

| | | Pattern Matrix ^a | | |
|--|--|-----------------------------|----------|------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 |
| | | POH legt actie bij patiënt | POH zelf | POH informeert patiënt |
| Act1 | Ik bespreek met de patiënten de mogelijkheid om naast face-to-face ook eMental Health in de therapie te gebruiken. | | 0,377 | 0,400 |
| Act2 | Ik stuur e-mail berichten (bijvoorbeeld een samenvatting van het adviesgesprek) naar de patiënt. | | | 0,296 |
| Act3 | [Ik verstuur berichten aan de patiënt via het eMental Health platform.] | 0,498 | | |
| Act4 | [Ik verwijs patiënten door naar informatieve websites (bijvoorbeeld thuisarts.nl).] | 0,771 | | |
| Act5 | [Voor contact met mijn patiënten maak ik gebruik van beeldbellen via een gratis programma (bijvoorbeeld Whatsapp, Skype, ZOOM).] | | | 0,312 |
| Act6 | [Voor contact met mijn patiënten maak ik gebruik van beeldbellen via een beveiligd eMental Health platform.] | -0,257 | 0,796 | |
| Act7 | [Ik nodig patiënten uit voor een of meerdere eMental Health behandelmodules.] | 0,361 | 0,450 | |
| Act8 | [Ik laat patiënten zelf kiezen met welk eMental Health behandelmodule ze aan de slag gaan.] | | | 0,790 |
| Act9 | [Ik bied patiënten meerdere eMental Health behandelmodules tegelijk aan.] | | | 0,833 |
| Act10 | [Ik moedig patiënten aan om een volledige behandelmodule stapsgewijs te doorlopen.] | 0,565 | | |
| Act11 | [Ik gebruik onderdelen van eMental Health behandelmodules (bijvoorbeeld oefeningen).] | | 0,557 | |
| Act12 | [Ik maak gebruik van eMental Health programma's (bijv. video-voorbeelden) tijdens de face-to-face sessies.] | | 0,666 | |
| Act13 | [Ik gebruik eMental Health bij patiënten die ik heb doorverwezen naar de GGZ en die daar op een wachtlijst staan.] | 0,731 | | |
| Act14 | [Ik gebruik digitale klachtenlijsten (bijv. 4DKL, BDI, via Telepsy) bij de intake van een patiënt.] | 0,573 | -0,267 | 0,280 |
| Extraction Method: Principal Component Analysis. | | | | |
| Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization. | | | | |
| a. Rotation converged in 6 iterations. | | | | |

Deze drie factoren zijn:

ACT_patient: er wordt een actie van de patiënt verwacht

ACT_POH: de POH-GGZ maakt zelf gebruik van eMH

ACT_therapie: de POH-GGZ nodigt de patiënt uit voor eMH therapie

ACT_patient (5 items: Act3, Act4, Act10, Act13, Act14), $\alpha=.63$. Deze factor is ook statistisch redelijk in orde: enkel item-rest correlatie van Act3 is < .30 en slechts twee inter-itemcorrelaties met Act3 zijn < .20. Wel ligt Act10 qua gemiddelde (3.59) buiten de range van de 4 overige items (2.39 – 2.73). Cronbach's alpha is redelijk, maar niet heel hoog. Dat heeft mogelijk met de inhoudsvaliditeit van de schaal te maken (volle breedte van eMH). Cronbach's alpha neemt niet toe als er items worden weggelaten.

ACT_POH (4 items: Act6, Act7, Act11, Act12), $\alpha=.59$. Cronbach's alpha is net iets te laag om redelijk te zijn, maar dat heeft mogelijk met de inhoudsvaliditeit van de schaal te maken (volle breedte van eMH). Deze factor is statistisch in orde: alle item-rest correlaties > .30 en geen inter-itemcorrelaties

<.20. De range van de gemiddelde waardes is groot (1.78 – 3.29), maar de items zijn verspreid over deze range. Cronbach's alpha neemt niet toe als er items worden weggelaten.

ACT_therapie (5 items: Act1, Act2, Act5, Act8, Act9), $\alpha=.50$. Deze factor is niet echt goed, de item-rest correlatie van Act2 en Act5 zijn <.30 (deze items hebben ook de laagste lading op deze factor) en zeven inter-itemcorrelaties zijn <.20. Cronbach's alpha wordt .60 als we Act2 en Act5 weglaten. Op inhoudelijke gronden lijkt dat ook het beste. De schaal ACT_therapie bestaat dan uit 3 items (Act1, Act8, Act9), $\alpha=.60$. Dat is redelijk, en statistisch klopt het nu ook: alle item-rest correlaties >.30 en geen inter-itemcorrelaties <.20. Alleen de spreiding blijft groot (2.21 – 3.45).

Bijlage 6: Covariaten-analyse van geslacht, leeftijd en professionele achtergrond

Voorafgaand aan de hoofdanalyse van dit onderzoek, werd de invloed van geslacht, leeftijd en professionele achtergrond van de POH-GGZ onderzocht om uit te sluiten dat ze als covariaat invloed zouden hebben op een of meerdere variabelen.

Analyse

De onderzoeksgroep werd voor de kenmerken geslacht en leeftijd opgesplitst in twee groepen, resp. man/vrouw en laag/hog (deze laatste met behulp van een mediaansplitsing), en met een t-toets werd gekeken of er significante verschillen waren tussen beide groepen voor alle factoren uit het onderzoeksmodel. Met een univariate ANOVA met post hoc toetsen werd vervolgens gezocht naar verschillen tussen POH's-GGZ met een verschillende professionele achtergrond.

Resultaten

Er werden geen significante verschillen gevonden in de gemiddelde waarden van de variabelen voor mannen en vrouwen. Omdat er slechts 1 respondent van het 'andere' geslacht was, werd geslacht in de analyse als dichotome variabele beschouwd en werd de t-toets met $n = 131$ respondenten gedaan.

Wat betreft leeftijd waren er enkel significante verschillen tussen de leeftijdsgroep onder 50 jaar en vanaf 50 jaar voor Digitale vaardigheden, ingeschatte Eigen effectiviteit en Complexiteit van eMH voor de patiënt (zie Tabel 15). De jongere groep vindt zichzelf digitaal vaardiger, schat zijn eigen effectiviteit hoger in en vindt eMH minder complex voor de patiënt dan de oudere groep.

Tabel 15

Versillen in Gemiddelden Voor de Variabelen Eigen effectiviteit, Digitale Vaardigheden en Complexiteit Voor de Patiënt Tussen POH's-GGZ Onder of Vanaf 50 Jaar Oud (N = 132)

| Variabele | Totaal (N = 132) | | Onder 50 jaar (n = 68) | | 50 jaar en ouder (n = 64) | | p-waarde |
|------------------------------|---------------------|------|---------------------------|------|------------------------------|------|----------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | |
| Eigen effectiviteit | 3.60 | 0.73 | 3.77 | 0.72 | 3.43 | 0.71 | .007 |
| Digitale vaardigheden | 4.44 | 0.59 | 4.63 | 0.45 | 4.23 | 0.65 | .000 |
| Complexiteit voor de patiënt | 3.79 | 0.65 | 3.90 | 0.59 | 3.67 | 0.70 | .041 |

LeeftijdCat = 0 (onder 50 jaar), LeeftijdCat = 1 (50 jaar en ouder)

De professionele achtergrond van de POH-GGZ had een significante invloed op de intentie tot gebruik (Tabel 16): de psychologen hadden de hoogste intentie, gevolgd door de SPV en de Andere groep, maar deze kleine verschillen waren niet significant. Wel significant was het grotere verschil tussen de psycholoog en de maatschappelijke werker. Wat betreft digitale vaardigheden (Tabel 16) scoorde de psycholoog ook het hoogst, de verschillen met de SPV en met de Andere groep waren significant.

Tabel 16

Verschillen in Gemiddelden van Intentie tot Gebruik en Digitale Vaardigheden Tussen Groepen POH's-GGZ met Verschillende Professionele Achtergrond

| Variabele | Psycholoog (n = 30) | | Maatschappelijk werker (n = 25) | | SPV (n = 26) | | Andere (n = 51) | | Totaal (N = 132) | | F (df=3) |
|-----------------------|------------------------|------|------------------------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|---------------------|------|----------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | |
| Intentie tot gebruik | 4.21 ^a | 0.54 | 3.69 ^a | 0.72 | 4.14 | 0.63 | 4.06 | 0.60 | 4.04 | 0.64 | 3.65* |
| Digitale vaardigheden | 4.68 ^{b,c} | 0.61 | 4.58 | 0.51 | 4.25 ^b | 0.48 | 4.32 ^c | 0.61 | 4.44 | 0.59 | 4.01* |

Psycholoog (Achtergrond = 1), Maatschappelijk werker (Achtergrond = 2), SPV (Achtergrond = 3), Andere (Achtergrond = 0)

Noot: * $p < .05$; superscript a, b en c geven significante verschillen weer ($p < .05$; Bonferroni *post hoc* test)

Er werd geen verschil gevonden in Sociale invloed tussen POH's-GGZ die in een huisartsenpraktijk werken met en zonder collega's POH-GGZ.

Discussie

Er werden geen verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen, maar wel tussen de leeftijdsgroepen (onder de 50 jaar versus vanaf 50 jaar) en de professionele achtergrond van de POH-GGZ (psychologen, maatschappelijk werkers, SPV's en andere). De jongere groep vond zichzelf digitaal vaardiger, schatte zijn eigen effectiviteit hoger in en vond eMH minder complex voor de patiënt dan de oudere groep. De negatieve relatie tussen leeftijd en computervaardigheden was niet verrassend en al eerder vastgesteld in onderzoek (Lee et al., 2019; Becker & Jensen-Doss, 2013).

Het is interessant dat digitale vaardigheden, ingeschatte eigen-effectiviteit en complexiteit, de drie factoren waarvoor een leeftijdseffect werd gezien, geen significante correlatie met Intentie

tot gedrag hadden (zie resultaten H1). Daarom werd leeftijd niet meegenomen als covariaat in de regressieanalyse.

De professionele achtergrond van de POH-GGZ had een significante invloed op de intentie tot gebruik (de psychologen hadden een significant hogere intentie dan de maatschappelijke werker), maar het daadwerkelijke gebruik van eMH was niet significant hoger. Ook voor taakopvatting werden geen significante verschillen gezien tussen POH-GGZ met verschillende achtergrond, dat zou de meest logische verklaring geweest zijn om het verschil in intentie tussen psychologen en maatschappelijk werkers te verklaren. Wat betreft digitale vaardigheden scoorde de psycholoog significant hoger dan de SPV en de groep met andere achtergrond, maar niet significant hoger dan de maatschappelijk werker. Voor dit verschil is geen goede verklaring gevonden. Hoewel het effect van professionele achtergrond van de POH-GGZ interessant was, waren de deelgroepen te klein om professionele achtergrond als covariaat mee te nemen in de regressieanalyse.

Voetnoten

¹ Wat betekent dat we voor internationale literatuur kijken naar de toepassing van eMH door de huisarts (*general practitioner*) zelf. In publicaties in Engelstalige vakbladen worden de POH's-GGZ "mental health counsellors (MHC) working in GP practices" genoemd (e.g. van der Vaart et al., 2016).

² Er zijn zowel mannelijke als vrouwelijke POH's-GGZ (meerderheid is vrouw, ook in ons onderzoek). In deze scriptie verwijzen we naar de POH-GGZ met 'hij', waar we dus 'hij/zij' bedoelen.

³ <https://www.huisarts-emh.nl/waarom#qfinancieel>

⁴ de invoering van de basis-GGZ en het vergroten van de rol van de huisarts

⁵ Kleurjeleven is een online cursus voor volwassenen om zelfstandig of met begeleiding depressieve klachten aan te pakken (<https://www.kleurjeleven.nl/>).

⁶ Ksyos is een partner van Therapieland <https://www.ksyos.nl/over/partners/>. Therapieland is de leverancier en ontwikkelaar van het eMental Health platform.

⁷ <https://www.poh-ggz.nl/poh-ggz/onderzoek-onder-de-poh-ggz/>

⁸ <https://www.ggzoostrabant.nl/actueel-nieuws/139-nieuws-uit-de-organisatie/1384-beeldbellen-in-de-ggz-in-coronatijd>

⁹ <https://www.trouw.nl/religie-filosofie/moet-de-zorg-digitaal-sommige-mensen-vertrouwen-meer-toe-aan-een-gezicht-op-een-beeldscherm~b2055588/>

¹⁰ <https://www.utwente.nl/nl/bms/m-winkel/handleidingen/handleidingen-statistiek/moderator-en-mediator-analyse-met-process/>

¹¹ <https://statisticalhorizons.com/wp-content/uploads/MM-Sample-Materials.pdf>

¹² <https://wiki.uva.nl/methodologiewinkel/index.php/Mediatie>

¹³ <https://ggz.nl/meningen-verdeeld-over-digitale-behandeling-in-de-ggz/>

¹⁴ Toegang tot een computer met internet en digitale vaardigheden zijn niet alleen noodzakelijke voorwaarden voor eMH, maar ook om mee te kunnen draaien in de digitale maatschappij.

¹⁵ In haar oratie over eHealth refereerde Wouters (2018) naar het AMO model.

¹⁶ <https://www.pharos.nl/kennisbank/testen-van-voorlichtingsmateriaal-hoe-doe-je-dat/>

¹⁷ Dit wordt ook wel *self-selection bias* genoemd.