

E-health bij depressie: *klaar voor of klaar mee?*

Kwalitatief onderzoek met fenomenologische kenmerken naar de ervaring van voortijdige stoppers met e-health

Auteur	<i>P.P. van Keulen</i>
Datum	<i>25 januari 2019</i>
Redigeerversie voor artikel Praxis	definitief
Studentnummer	<i>0406</i>
Opleiding	<i>GGZ-VS</i>
Groep	<i>GGZ-VS16</i>
Begeleider omwerken artikel	<i>G. de Niet</i>

Samenvatting

Achtergrond: E-health in combinatie met face-to-face zorg (blended behandeling) aan patiënten in de gespecialiseerde ggz is bewezen effectief bij depressie. Toch stopt bij GGZ-Yulius méér dan 50 procent voortijdig.

Doel: Inzicht verkrijgen in de beweegredenen die patiënten hebben om voortijdig te stoppen met e-health, hoe e-health ervaren wordt en wat bevorderend werkt om interventies via e-health in de vorm van blended behandeling te gebruiken.

Methode: Semigestructureerde interviews, afgenomen bij zes deelnemers aan de hand van een topiclist.

Resultaten: Vier thema's zijn beschreven: e-health ervaren als belastend tijdens depressie; rol van de behandelaar; niet ondersteunend voor de hulpvraag; aanmeld- en inlogproblemen en andere beperkingen van de applicatie.

Conclusie: In de huidige vorm heeft e-health geen plek in het behandel aanbod en is het niet aansprekend voor deelnemers met depressie om een blended behandeling op de poli van Yulius te beginnen en af te maken.

Aanbevelingen: Starten van vervolgonderzoek naar de motivatie van behandelaren en het herijken van de visie op het gebruik van e-health. Bij een vernieuwd implementatietraject wordt de inzet van ervaringsdeskundigheid aanbevolen en er dient rekening gehouden te worden met de mate van depressie bij het gebruik van e-health.

Trefwoorden: e-health, depressie, voortijdig stoppen

Inleiding

Depressie is één van de grootste problemen voor de volksgezondheid en staat al jaren in de top van aandoeningen met de hoogste ziektelast en ziektekosten (Trimbos Instituut, 2016). Bijna 20% van de volwassenen in Nederland in de leeftijd van 18 tot 64 jaar maakt in het leven een depressieve episode door en in 2015 had ruim 5,2 procent van de volwassenen een depressie (Trimbos Instituut, 2016). Bij depressie is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandeling. Uit een meta-analyse van diverse psychotherapeutische interventies blijkt dat cognitieve gedragstherapie het vaakst onderzocht is en dat er veel aanwijzingen zijn voor de effectiviteit daarvan (Cuijpers & Dekker, 2005). Cognitieve gedragstherapie die via internet wordt aangeboden met ondersteuning van een behandelaar (blended behandeling), is eveneens effectief (Spek et al., 2007). Onderzoek geeft ook aan dat e-healthinterventies voor depressie het meest effectief zijn als ze in combinatie met zorg via direct contact (blended) worden aangeboden (Buntrock et al., 2016; Richters & Gerrits, 2013). Ondanks de bewezen effectiviteit volgt echter minder dan één op de tien patiënten een blended behandeling (Grolleman, Groothuis, & Van Eekeren, 2016). In de gereviseerde multidisciplinaire richtlijn is opgenomen dat e-healthinterventies een plaats dienen te hebben in de behandeling van depressie (Spijker et al., 2013).

Verwachtingen van patiënten versus daadwerkelijk gebruik

Uit onderzoek naar behoeften en verwachtingen van patiënten met betrekking tot het gebruik van e-health in de geestelijke gezondheidszorg blijkt de verwachting dat e-healthinterventies ondersteunen bij het bereiken van doelen én dat dergelijke interventies de voordelen van het internet hebben (Krijgsman et al., 2013). Bij deze voordelen van het gebruik behoren onder meer een flexibele tijdsplanning en onafhankelijkheid van plaats en ruimte (Musiat, Goldstone, & Tarrier 2014; Kelders, 2012). Vanuit een analyse in de beroepspraktijk van januari 2017 blijkt dat meer dan de helft van de patiënten die bij GGZ-Yulius beginnen met e-health, voortijdig stopt.

Onderzoek naar beleving

In het schaarse onderzoek dat is uitgevoerd naar patiëntbeleving en factoren gekoppeld aan voortijdig stoppen, komt naar voren dat onder andere de werkrelatie met de therapeut een belangrijke factor is (Cavanagh, 2010). Ook vanuit het perspectief van de hulpverleners is onderzoek gedaan naar de oorzaken waarom e-health onvoldoende een integraal onderdeel van de behandeling wordt: zo hebben behandelaren vaak onvoldoende e-skills, zijn er vragen over veiligheid en zijn systemen nog niet optimaal om mee te werken (Krijgsman et al., 2016).

Het is onduidelijk wat de beweegredenen zijn voor het afbreken van een e-healthbehandeling van volwassen patiënten met depressie die poliklinisch behandeld worden bij GGZ-Yulius.

Doelstelling

Inzicht verkrijgen in de beweegredenen van patiënten om voortijdig te stoppen met e-health, in de manier waarop e-health ervaren wordt en hoe mengvormen tussen e-healthinterventies en persoonlijk contact kunnen bijdragen aan het effectief gebruik en afronden van e-healthprogramma's.

Vraagstelling

Wat zijn de beweegredenen van patiënten om voortijdig te stoppen met e-health?

Methode

Design

Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek met fenomenologische kenmerken, waarbij de interpretatie van subjectieve beleving centraal stond (Dassen, Keuning, Jansen, & Jansen, 2015). Open en semigestructureerde interviews zijn hiervoor bij uitstek geschikt (Boeije, 2014). Omdat het hier gaat om motivatie en (stop)-ervaringen, zijn de verzamelde data interpretatief én subjectief. Volgens een inductief proces is geredeneerd van het bijzondere naar het algemene (Boeije, 2014). Omdat de data retrospectief is verzameld bestond het risico op recall-bias (Polit & Beck, 2016). Om dit risico zo klein mogelijk te houden, werden

de interviews maximaal drie maanden na het beëindigen van e-health afgenomen.

Onderzoekspopulatie en steekproef

Op de poli angst en stemming van GGZ-Yulius werd een gelegenheidssteekproef uitgevoerd onder patiënten met een depressie, in de leeftijd tussen de 21 en 65 jaar. Het kenmerk van de gelegenheidssteekproef is dat deelnemers betrokken worden die beschikbaar zijn. Exclusiecriteria waren een psychotische depressie, het doormaken van een crisis of onvoldoende beheersing van het Nederlands. Deelnemers waren gestart met e-health binnen de applicatie Het E-health Warenhuis, maar zijn hiermee voortijdig gestopt. Stoppen werd geoperationaliseerd als geen activiteit in de applicatie gedurende minimaal één maand en maximaal drie maanden. In het onderzoek waren zes deelnemers betrokken. In de tabel hieronder staan de demografische gegevens weergegeven.

Tabel 1.

Gegevens deelnemers

<i>Geslacht</i>	<i>Leef-tijd</i>	<i>Werk of studie-achtergrond</i>	<i>Nationaliteit</i>	<i>DSM-classificatie</i>
V	26	Student	Nederlands	Depressieve stoornis: eenmalige episode – ernstig
V	34	Verkoopster	Nederlands	Depressieve stoornis: recidiverende episode - Gedeeltelijk in remissie
V	29	Paramedisch assistent	Nederlands	Depressieve stoornis: recidiverende episode – ernstig
V	32	Leerkracht	Nederlands -Turks	Depressieve stoornis: recidiverende episode – matig
M	60	Chauffeur	Nederlands	Depressieve stoornis: recidiverende episode – matig
V	48	Koerier	Nederlands	Persisterende depressieve stoornis

Dataverzameling

In de periode van 25 september 2017 tot 28 februari 2018 werden zes semigestructureerde interviews uitgevoerd. Bij de interviews werd gebruik gemaakt van een topiclist voor het richting geven aan de thema's, waarbij de inbreng van de deelnemers leidend was. De topiclijst werd samengesteld na literatuuronderzoek en een discussiebijeenkomst met een ervaren hoofdonderzoeker. De onderzoeker maakte van alle interviews geluidsopnames.

De onderzoeker hield een logboek bij en maakte contextnotities. Hoewel deelnemers aangemeld waren door hun behandelaar als zijnde gestopt met e-health, bleek één deelnemer nog een onderdeel van de applicatie te gebruiken. Besloten werd om de gegevens van laatstgenoemde wel te includeren omdat het interview voldoende inzichten gaf in de beleving en waardering omtrent het gebruik van de applicatie.

Data-analyse

De uitspraken van de deelnemers werden geanonimiseerd en verbatim uitgewerkt in transcripties. Deze transcripties werden doorgenomen, gelezen en herlezen door de onderzoeker, de onderzoeksbegeleider en een peermember. Uitgangspunten en gedachten van de onderzoeker over onderzoeksuitkomsten werden besproken als sensitizing concepts (Boeije, 2014). De verkregen data werden bediscussieerd, gecodeerd en geclusterd, waarbij er gelinkt werd aan de onderzoeksvraag. Bij het analyseren werd gebruik gemaakt van Atlas ti, versie 8.1 (<http://www.atlas.ti.com>). Code-saturatie was bepalend: als er geen nieuwe codes meer gevonden werden, zouden de interviews ophouden (Boeije, 2014). Dit moment ligt gemiddeld tussen de zes en twaalf interviews (Guest, Bunce, & Johnson, 2006; Hennink, Kaiser, & Marconi, 2016). Codesaturatie werd binnen dit onderzoek bij het derde interview bereikt.

Methodologische kwaliteit

De waarborging van de methodologische kwaliteit in kwalitatief onderzoek wordt weergegeven in het begrip trustworthiness (Polit & Beck, 2016). Het begrip bestaat uit een aantal aspecten: credibility (geloofwaardigheid), confirmability (objectiviteit), dependability (betrouwbaarheid), authenticity (authenticiteit) en transferability (overdraagbaarheid) (Polit & Beck, 2016). In het onderzoek werden diverse strategieën ingezet om deze aspecten te versterken.

De credibility werd vergroot door na het eerste interview middels peerreview de topiclijst bij te stellen en aan te vullen. De verbatim uitgewerkte transcripten en resultaten werden aan de deelnemers voorgelegd als membercheck. Hiermee konden deelnemers constateren dat het een letterlijke weergave was van het afgenomen interview en werd er nagegaan of zij zich herkenden in de resultaten (Polit & Beck, 2016; Boeije, 2014). De confirmability werd vergroot doordat

uitgangspunten en gedachten van de onderzoeker over onderzoeksuitkomsten werden besproken met de onderzoeksbegeleider, de opleider van de verpleegkundige in opleiding tot specialist en de peermember, waarbij aannames werden bediscussieerd (Boeije, 2014). De verbatim uitgewerkte interviews werden door de onderzoeker en de peermember uitvoerig gelezen en herlezen en twee interviews werden onafhankelijk van elkaar gecodeerd. De uitkomsten werden in een discussie besproken totdat er consensus was over de open codering en dit werd herhaald na het axiaal en selectief coderen (Boeije, 2014). De dependability werd vergroot door een logboek bij te houden waarin belangrijke momenten in het onderzoeksproces werden vastgelegd en door geluidsopnames te maken van de interviews (Polit & Beck, 2016). Door het voeren van discussie over de werkwijze en bevindingen van het onderzoek met de onderzoeksbegeleider werd peerdebriefing toegepast. Er werd gebruik gemaakt van citaten, waardoor de authenticity werd vergroot (Boeije, 2014). Transferability werd geborgd door het vastleggen van de beschrijvende gegevens van het onderzoek, de setting en de deelnemers.

Ethische verantwoording

Het onderzoeksvoorstel werd voorgelegd aan de werkgroep Protocolbeoordeling binnen GGZ-Yulius. Er was geen noodzaak voor een WMO-toets omdat deelnemers niet onderworpen werden aan belastende handelingen en/of een gedragswijze (CCMO, 2016). Op 6 juli 2017 werd toestemming verleend voor de uitvoering van het onderzoek. Pas na overleg met de behandelaar mochten de deelnemers benaderd worden. Deelname aan het interview vond plaats nadat de onderzoeker nogmaals een voorlichting had gegeven en het informed consent was getekend. Deelnemers mochten op ieder moment stoppen met deelname aan het onderzoek. De verkregen gegevens werden verwerkt volgens de werkinstructie van de instelling: 'Omgaan met Onderzoeksdata' (Yulius, 2016).

Resultaten

Uit de data-analyse kwamen een aantal terugkerende thema's naar voren die van invloed bleken op de beslissing om voortijdig te stoppen met e-health.

E-health belastend tijdens depressie

Drie van de zes deelnemers gaven aan dat het gebruik van e-health op zichzelf juist een flinke psychische belasting met zich meebracht op het moment dat de deelnemer méér of sterkere depressieve klachten had. Deelname werd hierdoor juist ervaren als extra druk.

- Deelnemer 1: “Ja, want je moet er dan ook lang achter zitten...want het zijn echt wel heel veel dingen die je moet invullen zeg maar, dus op een gegeven moment denk je van...pffff... ik heb er geen zin meer in”.
- Deelnemer 3: “...dat was het eigenlijk ook wel dat ik daar echt niet de energie voor had. Dat ik dacht van ja, maar als je dat aanbiedt aan mensen die zich hartstikke klote voelen dan moet je wel zorgen dat het makkelijk is”.
- Deelnemer 4: “Dus heel veel mapjes. Als je die opent en daar ben je klaar ga je naar de volgende. Dus ja het leek weer alsof ik... uh... weer met mijn studie bezig was. Zo'n gevoel kreeg ik”.

Niet ondersteunend voor hulpvraag

Eén deelnemer vond het gebruik van e-health in principe ondersteunend voor zijn hulpvraag maar niet meer in de huidige fase van zijn behandeling. Een andere deelnemer had veel affiniteit met e-health en achtte het potentieel zeer ondersteunend voor de hulpvraag maar liep er juist tegenaan dat de behandelaar het niet inzette. De andere deelnemers vonden het gebruik van e-health niet ondersteunend voor de hulpvraag. Wat wel aansprak was de berichtenmodule, omdat hierbij gemakkelijk contact gelegd kon worden met de behandelaar.

- Deelnemer 1: “Ik heb er niet veel aan gehad moet ik zeggen”.
- Deelnemer 5: “Maar je leest dat een keer en dan denk je..., ja, dat weet ik al lang...en dan lees ik: nou je moet gaan wandelen, je moet gaan fietsen”(...) “Die modules zijn eigenlijk voor mij gesneden koek. Dat is de reden van afhaken eigenlijk”.

Rol van de behandelaar

Over de ondersteuning door de behandelaar bij e-health werd door vier deelnemers gemeld dat de behandelaar weinig betrokken was, te weinig kennis had over e-health en het ook persoonlijk niet ondersteunde.

- Deelnemer 1: “...we hebben er niet heel vaak over gesproken, en niet heel uitgebreid”.

- Deelnemer 3: “...en toen kwam ik bij haar en toen zei ze oh... maar ja...daar doe ik eigenlijk helemaal niks mee”(…) “Als iemand er niet mee werkt en we zijn hier nu alleen maar een beetje crisismanagement aan het doen en wachten totdat ik een keer kan, een behandeling kan starten, laat dan maar”.
- Deelnemer 6: “...op een gegeven moment kwam ze er niet meer op terug”.

Aanmeld- en inlogproblemen en beperkingen van de applicatie

De periode van toestemming door de deelnemer tot de activatie van de applicatie door de instelling duurde bij alle deelnemers geruime tijd, variërend van een aantal weken tot een maand. Vijf van de zes deelnemers hadden problemen met inloggen omdat links en wachtwoorden regelmatig niet werkten. Door de helft van de deelnemers werd ervaren dat het inloggen ingewikkeld was. Ook gaven deelnemers aan dat er beperkingen waren bij het gebruik van de applicatie. Opgemerkt werd dat inloggen op de applicatie vanaf een ander apparaat dan een PC of laptop nauwelijks mogelijk was. Deelnemers hadden graag meer invoermogelijkheid gehad voor stemmingsregistratie en er werd aangegeven dat de menustructuur van het programma als niet logisch ervaren werd. Ook was er de behoefte om gebruik van apps te maken. Dit alles werd als frustrerend ervaren en genoemd als reden voor afhaken.

- Deelnemer 1: “Er wordt één keer gevraagd van hoe voel je je nu? Maar dat kan in de ochtend anders zijn dan in de avond bijvoorbeeld” (...) “Eerst probeerde ik het wel op een telefoon, toen mijn laptop kapot was. Maar dat werkte niet”.
- Deelnemer 3: “...deed eerst mijn wachtwoord het al niet, dus het duurde echt een week of vier voordat ik via het secretariaat was gereset” (...) “...je wilt dat iets werkt en je wilt gewoon makkelijk kunnen inloggen, maar dat ging dus niet..”.
- Deelnemer 5: “...want die modules, dat ging in het begin nog niet echt goed. Die kreeg ik nog niet echt binnen” (...) “...en dan moet je naar die code. En die code moet je weer opschrijven en dan moet je weer terug naar e-health”.

Discussie

De beweegredenen van deelnemers met depressie die in behandeling zijn op de polikliniek van GGZ-Yulius om voortijdig te stoppen met e-health, zijn in een

viertal thema's onder te verdelen: niet ondersteunend voor hulpvraag; e-health belastend tijdens depressie; rol van de behandelaar en aanmeld- en inlogproblemen en andere beperkingen van de applicatie.

Voor wat betreft e-health tijdens depressie: deelnemers gaven aan het gebruik van e-health moeilijk te vinden tijdens de depressie. Over de mate van depressie en het cognitief functioneren is bekend dat patiënten minder goed presteren op het werkgeheugen en de informatieverwerkingsnelheid (Korten, 2014). Het is dan ook van belang dat de behandelaar dit met de patiënt afstemt bij het starten van de e-healthinterventie (Knight & Baune, 2018).

Ook vonden deelnemers dat de e-healthapplicatie niet ondersteunend was voor de hulpvraag. Bij de inzet van een e-healthinterventie is het belangrijk dat de randvoorwaarden te vergelijken zijn met een reguliere interventie (De Groot, Hermans, & De Lange, 2013). Op de polikliniek angst en stemming is dit niet het geval; e-health heeft geen geïntegreerde en volwaardige plek in het behandelaanbod. Deelnemers ervaren dan ook weinig ondersteuning vanuit de applicatie voor de hulpvraag.

Voor wat betreft de rol van de behandelaar is het op zichzelf al opvallend dat één deelnemer feitelijk niet gestopt was. Dit geeft weer hoe de desbetreffende behandelaar geïnformeerd was over het gebruik van de e-healthapplicatie door deze deelnemer. Juist bij een relatief nieuwe ontwikkeling als e-health is er aandacht nodig voor de voorbereiding van behandelaren, ze te ondersteunen én te motiveren in hun nieuwe rol. Het wordt dan ook aanbevolen om hulpverleners bij het verwerven van deze nieuwe competenties (e-skills) te ondersteunen (De Hoop, 2014). Als een behandelaar zich ondersteund voelt én gemotiveerd is zal hij patiënten stimuleren tot het gebruik van e-health en hen instrueren (Aerts & Van Dam, 2015). E-skills bij behandelaren dienen dan ook ontwikkeld te worden vanuit een opleiding (Van Houwelingen, Moerman, Ettema, Kort, & Ten Cate, 2016). Daarbij is het van belang dat instellingen meer prioriteit geven aan de ontwikkeling van e-health, zodat behandelaren daadwerkelijk aan de slag kunnen (Van den Elsen, 2016). Momenteel is e-health echter niet verankerd in de werkprocessen en vormt het geen daadwerkelijk speerpunt binnen de poliklinieken van GGZ-Yulius. Daardoor worden behandelaren ook niet gestimuleerd om de juiste kennis en e-skills aan te leren en uit te voeren (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink, & Van Os 2016).

De gesignaleerde aanmeld- en inlogproblemen en beperkingen zijn een bekend gegeven. Vanuit de GGZ-standaard Generieke Module E-health wordt geadviseerd om op het criterium gebruiksvriendelijkheid de systemen makkelijker toegankelijk te maken en procedures te vereenvoudigen (GGZ-standaard, 2017). De deelnemers gaven daar handzame tips voor. Uit onderzoek blijkt dat patiënten tevredener zijn over e-health als deze voldoet aan hun behoeften en wensen (Zarrinkhameh, 2015). Om die reden wordt aanbevolen om ervaringsdeskundigheid te gebruiken bij het ontwikkelen van e-health (GGZ Nederland, 2014; De Beurs, Van Bruinessen, Noordman, Friele, & Van Dulmen 2017).

Conclusie en aanbevelingen

Uit dit beperkte kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat de implementatie van e-health op de poli angst en stemming van GGZ-Yulius niet gelukt is en dat e-healthinterventies geen volwaardige positie hebben binnen het behandelaanbod. Deelnemers geven aan dat het niet aansprekend is om een blended behandeling te beginnen en af te maken. Oorzaken hiervoor zijn problemen met aanmelden en inloggen, beperkingen van de applicatie, het niet ondersteunend zijn voor de hulpvraag en de rol van de behandelaar. Ook wordt e-health als belastender ervaren naarmate een deelnemer zwaarder depressief is. E-health is een interventie met veel potentie maar er zal naar verwachting veel werk verzet moeten worden om deze positie bij GGZ-Yulius te krijgen.

Aanbevolen wordt om vervolgonderzoek uit te voeren naar de motivatie van behandelaren voor het toepassen van blended gebruik op de poli. Ook wordt aanbevolen om in gesprek te gaan met de directbetrokkenen, zowel professionals als patiënten, over het ontwikkelen van een visie op het gebruik van e-health en te kijken wat ervoor nodig is om e-health wél ondersteunend te laten zijn. Vervolgens kan een nieuw implementatietraject opgezet worden om e-health te verankeren in de werkprocessen, waarbij aandacht gegeven dient te worden aan het ontwikkelen van e-skills en er gebruik gemaakt wordt van de inzet van ervaringsdeskundigheid. Van belang hierbij is onder meer dat er rekening wordt gehouden met de mate van depressie, omdat het gebruik van e-health op bepaalde momenten (nog) te zwaar wordt gevonden.

Literatuur

- Aerts, J., & van Dam, A. (2015). *E-health attitudelijst: Wat drijft de behandelaar?* Psychopraktijk, 7(5), 26-30.
- Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (Tweede druk ed.). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Buntrock, C., Ebert, D., Lehr, D., Smit, F., Riper, H., Berking, M., Cuijpers, P. (2016). *Effect of a web-based guided self-help intervention for prevention of major depression in adults with subthreshold depression: A randomized clinical trial.* *Jama*, 315(17), 1854-1863.
- Cavanagh, K. (2010). *Turn on, tune in and (don't) drop out: Engagement, adherence, attrition, and alliance with internet-based interventions.* *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*, 227-233.
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (2017). Geraadpleegd op 12 april 2017, van <http://www.ccmo.nl/nl/niet-wmo-onderzoek>
- Cuijpers, P., & Dekker, J. (2005). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 1892-1897. *Psychologische behandeling van depressie: Een systematisch overzicht van meta-analyses.*
- Dassen, T. W., Keuning, F., Jansen, G., & Jansen, W. (2015). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties: Een handleiding voor studenten hbo en wo-gezondheidszorg, geneeskunde en gezondheidswetenschappen* (zevende druk ed.). Amersfoort, Nederland: ThiemeMeulenhoff.
- De Beurs, D., van Bruinessen, I., Noordman, J., Friele, R., & van Dulmen, S. (2017). *Active involvement of end users when developing Web-based mental health interventions.* *Frontiers in Psychiatry*, 8, 72.
- De Groot, J., Hermans, P.C., de Lange, M. (2013). *EHealth in de richtlijnen.* Geraadpleegd op 14 maart 2018, van https://www.zorgvoorinnovieren.nl/uploads/media/130702_eHealth-in-de-richtlijnen_definitief.pdf
- De Hoop, I. H. (2014). *Attitude @E-Health: A qualitative study on the attitude of formal caregivers towards E-Health to support self-management for persons with severe mental illness.* Geraadpleegd op 16 maart 2018 van <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/296149/IrmadeHoop.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2016). *GOEDE GGZ !: Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden, Nederland: Diagnosis Uitgevers.
- GGZ Nederland (2014). *Handreiking eHealth in de praktijk Tips en handvatten voor implementatie van eHealth in de ggz*. Geraadpleegd op 5 mei 2018, van <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Handreiking%20implementatie%20eHealth%20in%20de%20ggz%20DEF.pdf>
- GGZ-standaarden Generieke Module ehealth (2017). Geraadpleegd op 24 maart 2018, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ehealth>
- Grolleman, J., Groothuis, B., van Eekeren, P. (2016). *Meer rendement met e-mental health*. Zeist: M&I Partners.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). *How many interviews are enough? an experiment with data saturation and variability*. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2016). *Code saturation versus meaning saturation: How many interviews are enough?* *Qualitative Health Research*, 1049732316665344.
- Kelders, S. M. (2012). *Understanding adherence to web-based interventions*. Universiteit Twente.
- Knight, M. J., & Baune, B. T. (2018). Cognitive dysfunction in major depressive disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 26-31.
- Korten, N. C. (2014). *Stress, depression and cognition across the life span*. Geraadpleegd op 4 maart 2018, van <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/51756/title?sequence=13>
- Krijgsman, J., Bie, J. D., Burghouts, A., Jong, J. D., Cath, G. J., Gennip, L. V., & Friele, R. (2013). *eHealth, verder dan je denkt: eHealth-monitor 2013*.
- Krijgsman, J., Swinkels, I., Van Lettow, B., De Jong, J., Out, K., Friele, R., & Van Gennip, L. (2016). *Meer dan techniek: eHealth-monitor 2016*. Geraadpleegd op 12 maart 2018, van [https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/eHealth-monitor%202016%20\(web\).pdf](https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/eHealth-monitor%202016%20(web).pdf)
- Moerman, A., Kort, H. S. M., ten Cate, O., & van Houwelingen, T. (2015). *Verpleegkundige eHealth-taken en daarvoor benodigde competenties*. Geraadpleegd op 18 maart 2018 van <https://surfsharekit.nl/publiek/hu/0e78c47d-449d-49a4-aa7c-f7c6aea43e98>

- Musiat, P., Goldstone, P., & Tarrier, N. (2014). *Understanding the acceptability of e-mental health--attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems*. *BMC Psychiatry*, 14, 109-244X-14-109.
- Nictiz (2012). *White Paper: Hoe betrek ik patiënten bij de ontwikkeling van ehealth diensten v 1.0*. Geraadpleegd op 24 maart 2018, van <https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Whitepapers/WP%20Hoe%20betrek%20ik%20patiënten%20bij%20de%20ontwikkeling%20van%20eHealth%20diensten%20v1.0%20def.pdf>
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (International Edition ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Raad voor de Volksgezondheid (2017). *Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte*. Geraadpleegd op 2 april 2018, van <https://www.raadrvs.nl/publicaties/item/implementatie-van-e-health-vraagt-om-durf-en-ruimte/-downloads>
- Richters, J., & Gerrits, R. S. (2013). Een pilot-studie naar de potentiële effecten van online behandeling voor verschillende angststoornissen en depressie. *Gedragstherapie*, 46, 161-178.
- Sieverink, F. (2014). *Opening the Black Box of eHealth*. Geraadpleegd op 22 april 2018 van <https://ris.utwente.nl/ws/portalfiles/portal/19226592>.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklícek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(03), 319-328.
- Spijker, J., Bockting, C. L. H., Meeuwissen, J. A. C., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Hermens, M. L. M., & van Balkom, A. (2013). Multidisciplinaire richtlijn depressie (derde revisie). *Richtlijn Voor De Diagnostiek, Behandeling En Begeleiding Van Volwassen Patiënten Met Een Depressieve Stoornis*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Trimbos Instituut (2016). *Depressie: Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 14 januari 2017, van <https://www.trimbos.nl/themas/depressie/depressie-feiten-en-cijfers>
- Van den Elsen, W. (2016). Ggz zet online behandelplatformen nauwelijks in. *Zorgvisie ICT*, 17(2), 4-5.

- Van der Linden (2016). *Implementatie vakgebied dat volwassen wordt*. Geraadpleegd op 8 april 2018 van <https://www.overkwaliteitvanzorg.nl/2016/04/implementatie-vakgebied-dat-volwassen-wordt>
- Van Houwelingen, C. T., Moerman, A. H., Ettema, R. G., Kort, H. S., & ten Cate, O. (2016). Competencies required for nursing telehealth activities: A Delphi-study. *Nurse education today*, 39, 50-62.
- Wouters, M., Swinkels, I., Sinnige, J., Jong, J. D., Brabers, A., Lettow, B. V., Friele, R. & Gennip, L. V. (2017). *Kies bewust voor eHealth: eHealth-monitor 2017*. Geraadpleegd op 14 maart 2018, van <https://www.nictiz.nl/programmas/e-health-monitor/e-health-monitor-2017>
- Yulius Academie (2016). *Werkinstructie omgaan met onderzoeksdata*.
- Zarrinkhameh, A. (2015). *Gebruik van eHealth bij zelfmanagement, Verschillen die het verschil uitmaken*. Geraadpleegd op 18 april 2018, van https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Gebruik_van_eHealth_bij_zelfmanagement_verschillen_die_het_verschil_uitmaken.pdf