

PATIËNTEN EN
E-MENTAL HEALTH ACCEPTATIE

Drs. Peter Daansen

Erasmus Universiteit Rotterdam, CMDz

Thesis: MBA-Health

Begeleider: Mevr. Drs. L. Boonekamp

April, 2011

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Voorwoord	3
1 Inleiding	6
2 Het projectkader	12
2.1 De organisatie	12
2.2 Aanleiding	13
2.3 Probleemstelling.....	15
2.4 Relevantie.....	16
3 e-Mental Health.....	16
3.1 Van telemedicine naar e-mental health.....	16
3.2 Vormen van e-mental health.....	16
3.3 Effectiviteit van eHealth	17
4 eHealth vanuit managementperspectief.....	19
4.1 eHealth als strategisch instrument.....	19
4.1.1 eHealth en de waardeketen van Porter.....	20
4.1.2 eHealth ter bevordering van operational excellence.....	23
4.3 Service management.....	25
4.3.1 Service als kwaliteitsparameter van zorg	27
5 Theory of Reasoned Action en verwante theorieën.....	30
6 Acceptatie van eHealth.....	36
7 Marketing	37
8 Het kwantitatieve onderzoek	40
8.1 Steekproefselectie/populatie.....	40
8.2 Face-to-face behandelingen.....	41
8.3 Begeleide zelfhulp Boulimiadebaas en Eetbuienondercontrole.....	41
8.4 Behandelmodule dieetinzicht.nl.....	41
8.5 Meetinstrumenten en meetmomenten.....	42
8.6 Hypothesen.....	43
8.7 Resultaten.....	44
9 Discussie.....	51
10 Aanbevelingen.....	61
Samenvatting.....	62
Referenties.....	62
Bijlage	72
Vragenlijst EHA	72

Voorwoord

Deze thesis is het eindproduct van een tweejarige zoek- en ontdekkingstocht naar kennis op het terrein van gezondheidsmanagement. Een thesis is nooit het werk van alleen de auteur. Veel mensen hebben mij direct of indirect geholpen.

Voordat ik besloten had de studie MBA-Health aan de Erasmus Unviversiteit in Rotterdam te gaan volgen, heb ik uitvoerig met Frits Verschoor, toenmalig voorzitter van de Raad van Bestuur van de Parnassia Bavo Groep gesproken. De Parnassia Bavo Groep (PBG) is een holding waaronder mijn eigen zorgbedrijf PsyQ valt. Frits vertelde mij dat andere medewerkers van PBG deze of een soortgelijke opleiding al hadden gevolgd. Vaak zag hij dat medewerkers door de opleiding een andere kijk op de gezondheidszorg kregen; ze gingen anders denken. Als een eerder wat nuchter ingesteld persoon had ik mijn twijfels of dat bij mij ook het geval zou zijn. Eerlijkheidshalve moet ik toegeven dat ik dat ook niet echt belangrijk vond. Ik ga voor de resultaten. Zelf wou ik vooral meer feitelijke kennis en handvatten krijgen om mijn werk als manager in de gezondheidszorg beter te kunnen doen.

Twee jaar later heeft Frits gelijk gekregen. Goed management heeft voor mij een geheel andere betekenis gekregen. Begrippen als strategie, visie, klantwaarde, governance *et cetera* zijn gaan leven. Jarenlang ervoer ik een spanningsveld tussen mijn werkzaamheden als manager en als klinisch psycholoog. Soms leken het voor mij twee werelden met tegengestelde belangen te zijn. Door de opleiding heb ik in mijn denken als manager de *switch* kunnen maken van aanbodgericht denken, naar vraaggericht denken. Wat heeft de klant nodig? Het gaat als manager net als bij mijn werk als klinisch psycholoog om de patiënt. Vroeger waren het woorden die ik net als veel andere managers sociaal wenselijk graag gebruikte; nu is het een overtuiging. Ook heb ik geleerd kritischer naar mijn eigen managementstijl te kijken.

Gelukkig heeft de opleiding ook aan mijn eigen doelstellingen voldaan. Mijn kennis is toegenomen. Ik kan nu een jaarverslag lezen; ICT is niet langer meer iets engs wat voorbehouden is aan de techneuten.

Ik heb geleerd dat een organisatie harde en zachte elementen bevat en dat HRM, ICT of vastgoedbeheer allemaal in dienst moeten staan van het strategische beleid van de organisatie en door de ‘top’ moeten worden aangestuurd.

Ik durf te zeggen dat ik nu een betere manager ben dan twee jaar geleden. Daarvoor mijn dank aan de programmaleiders van deze opleiding: Elly Breeveld, Aad de Roo en Jan Moens. Samen met de andere docenten hebben zij voor een uitstekend curriculum en goed opleidingsklimaat gezorgd. Ik ben altijd met veel plezier naar de colleges op de Veluwe gegaan. Het waren lange en leerzame, maar ook gezellige dagen. Mijn medecursisten wil ik bedanken voor de samenwerking. Een bijzondere dank gaat uit naar Lucie Boonekamp die mij bij het schrijven van deze thesis heeft begeleid. Lucie hielp mij de theoretische onderbouwing van de thesis te formuleren. Haar kritisch commentaar heeft mij geholpen de focus van deze thesis, namelijk het bedrijfskundig aspect van *e-health* goed in de gaten te houden en niet te veel de inhoudelijke kant van *eHealth, in casu* de effectiviteit er van uit te weiden. Dat mag in andere artikelen.

Natuurlijk wil ik ook mijn werkgever PsyQ bedanken. De toenmalige directie van PsyQ stelde mij in staat deze opleiding te volgen. Betty Kooiman en Edsel Kwidama: bedankt. Ook de nieuwe bestuurder van PsyQ, Jos Brinkman, wil ik graag in dit verband noemen. Jos, een alumni van dezelfde opleiding, reageerde direct enthousiast toen ik hem in januari 2011 over mijn thesis vertelde. Hij was benieuwd naar mijn bevindingen en bood direct aan om een kritische tegenlezer te zijn. En natuurlijk mag ik mijn medewerkers van het programma PsyQ Eetstoornissen & Obesitas niet vergeten. Door de opleiding was ik vaak afwezig. Het volgen van de opleiding is soms ten koste van mijn verplichtingen naar jullie toe gegaan.

Last but not least wil ik mijn vrouw Elke en dochter Julia bedanken. Ik besef heel goed dat het niet makkelijk is, om met iemand getrouwd te zijn die door sommigen een ‘*workaholic*’ wordt genoemd. Vaak heb ik in het weekend of ’s avonds aan de computer gezeten of mijn neus in de boeken geduwd om opdrachten voor de opleiding te maken, een artikel te schrijven of aan mijn promotieonderzoek

over *eHealth* te werken. Elke, je gaf en geeft mij altijd weer de ruimte en vrijheid om dit allemaal te mogen doen. Zonder jou was dit nooit allemaal gelukt. En Julia, jij hebt al vaker kritisch commentaar op geplande publicaties van mij geleverd. Vaak moet ik aan een veelzeggend commentaar terugdenken dat je een keer gaf 'Pap, je bent goed onderweg, maar.....'. Ook deze keer heb je weer met je voortreffelijk commentaar de goede richting laten zien. Bijzonder blij was ik dat de cursus statistiek en SPSS voor jou nog niet in het verre verleden ligt. Je bijlessen waren zeer belangrijk voor mij.

Hoofddorp, april, 2011

1 Inleiding

Op dit moment besteedt Nederland bijna tien procent van het bruto binnenlands product aan de gezondheidszorg (Boston Consulting Group, 2010)¹. De totale Nederlandse zorguitgaven (gezondheidszorg en welzijnszorg) stegen tussen 2001 en 2008 van 48 miljard naar bijna 80 miljard euro, waarvan ruim vijfenvijftig miljard euro naar de geestelijke gezondheidszorg ging. De gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei van de zorg bedroeg naar berekening van het CBS zeven procent (Westert, van den Berg, Zwakhals, Heijink, de Jong, & Verkleij, 2010). Demografische veranderingen van de bevolking liggen ten grondslag aan de groeiende zorgvraag. De daarmee verbonden toename aan kosten komt overeen met de voorspelling die beleidsmakers in de politiek en talrijke deskundigen al eerder maakten (Boot en Knapen, 2005; RVZ, 2003). Sinds jaren wijzen zij op de noodzaak voor een ander financieringssysteem. In het jaar 2006 is in Nederland met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet en de introductie van het systeem van de Diagnose-Behandel-Combinatie (DBC) een begin gemaakt met de transitie van een budgetstelsel naar een gereguleerde vorm van marktwerking (Graafmans, van den Berg, & Koolman, 2008; Sauter, 2009).

De marktwerking heeft geleid tot het ontstaan van een zorgmarkt die vaak omschreven wordt als de zorgdriehoek waarop drie spelers of marktpartijen actief zijn: de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders en de verzekerden (Nederlandse Zorgautoriteit, 2009a; Sauter, 2009). De markt is niet helemaal vrij, omdat de overheid de kaders van de marktwerking bepaalt om publieke belangen zoals toegankelijkheid en betaalbaarheid te waarborgen.

In het nieuwe systeem zijn zorgverzekeraars niet langer verplicht elke zorgaanbieder automatisch te contracteren. Verzekeraars kopen nu bij zorgaanbieders zorg in, die daardoor gedwongen worden op kwaliteit en kosten met elkaar te concurreren. In de somatische zorg heeft de marktwerking gestalte gekregen door het onderscheid tussen het A-segment en het B-segment. De prijzen voor het A-segment worden door de Wet Tarieven in de Gezondheidszorg vastgesteld. Het B-segment kent geen

¹ In deze thesis wordt voor de literatuurverwijzing het APA-systeem gebruikt.

vaste tarieven; daarover kan onderhandeld worden door de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar (Zuurbier & Krabbe-Alkemade, 2004).

Zorgaanbieders worden afgerekend op basis van DBC's. Een DBC bestaat uit de hulpvraag van de patiënt, de diagnose en de behandeling en omvat alle activiteiten en verrichtingen voor een patiënt gedurende een vastgestelde periode (DBC Onderhoud, 2010). Met de introductie van de DBC-systematiek tracht de overheid enerzijds de kosten van de gezondheidszorg te beheersen en anderzijds de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Transparantie, marktwerking en prestatiegerichte bekostiging zijn de uitgangspunten van het systeem (Zuurbier & Krabbe-Alkemade, 2007). Het nieuwe systeem stimuleert zorgaanbieders om efficiëntere behandelingen aan te bieden die aansluiten bij de veranderende verwachtingen en eisen van de patiënt ten aanzien van behandeling oftewel, het systeem dwingt zorgaanbieders een andere inhoud aan de klant- of patiëntwaarde van zorg voor de zorgconsument te geven.

Sinds 2006 valt ook de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) onder het regime van de marktwerking, maar vanwege allerlei regulerende regels en afspraken, zoals het penvoerderschap van een verzekering in een regio of het vereffeningfonds waardoor verzekeraars risico's onderling verrekenen, is er nog lang geen sprake van echte marktwerking. Toch is er intussen in beperkte mate concurrentie tussen de zorgverzekeraars onderling en de zorgaanbieders onderling. De introductie van marktwerking heeft ertoe geleid dat goede zorginkoop/zorgverkoop, kwaliteitsmetingen en *efficiency* van zorg van zowel de zorginkoper als ook van de GGZ-aanbieder in toenemende mate aandacht krijgen (Daansen, Hartings, van Schilt & Spaargaren, 2011).

De kwaliteit van zorg wordt gemeten met behulp van zogenaamde prestatie-indicatoren. In de geestelijke gezondheidszorg gebeurt dat door middel van *Routine Outcome Monitoring* (ROM) waarmee klachtreductie en klanttevredenheid wordt bepaald (Slade, Thornicroft & Glover, 1999; Lloyd-Evans, Slade, Skinner & Johnson, 2010). Echt representatief is ROM niet, omdat er onder andere geen rekening wordt gehouden met ongenoegen van patiënten, *drop-out* of ernst van klachten

(Young A, Grusky, Jordan & Belin, 2000), maar ROM is wel een eerste belangrijke stap naar de voor marktwerking noodzakelijke transparantie.

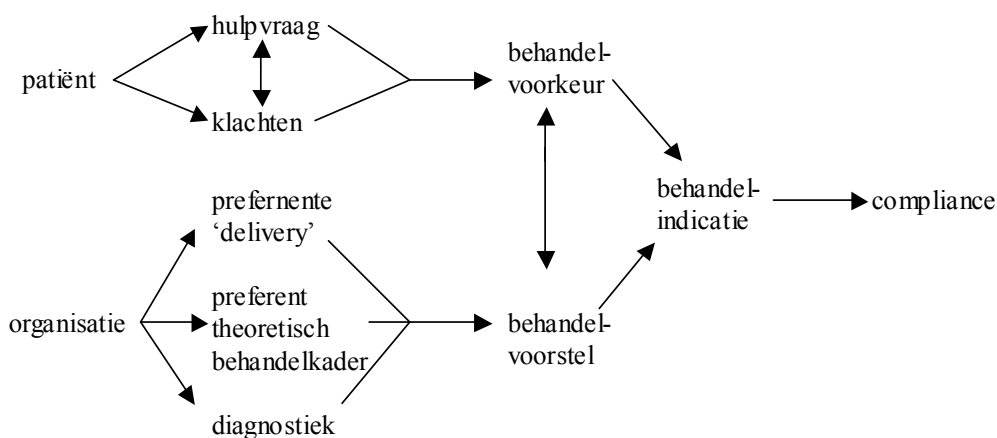
De ingezette transitie van een aanbodgerichte naar vraaggestuurde zorg maakt een cultuuromslag of paradigmashift bij alle marktpartijen onvermijdelijk. De voor de patiënt enige relevante klantwaarde, het ontvangen van ‘kwalitatief goede zorg’ krijgt door de introductie van de marktwerking een nieuwe betekenis. Kwalitatief goede zorg is niet langer meer een synoniem voor effectieve zorg, maar wordt nu ook gekenmerkt door doelmatigheid en toegankelijkheid (Smits, Droomers, & Westert, 2002). Dit betekent dat kwalitatief goede zorg moet voldoen aan de behoefte van de zorgvrager en niet beperkt wordt door kosten, wachttijden of reistijden. Om aan de nieuwe kwaliteitseisen te voldoen, zijn aanpassingen in de zorgprocessen nodig (Management Kennisbank, 2005), waarvoor informatie- en communicatietechnologie (ICT) onmisbaar is (Sorbi & Riper, 2009).

Tot op heden wordt ICT vooral ingezet voor administratieve doeleinden, maar nog nauwelijks voor de daadwerkelijke verbetering en verhoging van efficiëntie van zorg. In de meeste gevallen beperkt zich het ICT-gebruik tot het elektronisch patiënten dossier (EPD) en is de zorglogistiek verbeterd, maar *eHealth* staat nog in de kinderschoenen (Slocum, 2005). *eHealth* is meer dan alleen een technische ontwikkeling. Het behelst een attitude om de gezondheidszorg te verbeteren met behulp van nieuwe ICT. Bij de traditionele zorgsystemen ligt de focus op de verzorging van de zieke mens. Bij *eHealth* gaat het daarentegen primair om het bevorderen van welzijn. Het accent ligt op de preventie van ziekte en het beschikbaar maken van gezondheidszorgdiensten (Tan, 2005). De verwachting is dat *eHealth* de zorg goedkoper kan maken (Lazarus, 2001; Malcolm, 2001); een opvatting die ook door de Nederlandse Zorgautoriteit (2009b) of de World Health Assembly gedeeld wordt: ‘...*eHealth is the cost-effective and secure use of information and communication technology in support of health and health related fields...*’ (WHO, 2005, p.121).

Marktwerking stimuleert zorginstellingen te innoveren. Zij proberen met innovatieve behandelvormen en zorgdiensten nieuwe zorgcliënten te werven, bestaande zorgcliënten te behouden en nieuwe

inkomstenbronnen aan te boren met nieuwe zorgproducten. *eHealth* is bij uitstek een voorbeeld van innovatieve zorg en een strategisch middel voor de vele nieuwe uitdagingen waar de gezondheidszorg voor staat (Chismar & Willey-Patton, 2003). In termen van het vijfkrachtenmodel van Porter (1980) is het vervangen van reguliere zorg door internetbehandeling een substituut, gebeurt dit door de organisatie zelf wordt dat kannibalisme genoemd. *eHealth* heeft een enorm potentiaal om aan de groeiende zorgvraag bij beperkte middelen te voldoen. Daarvoor is wel nodig dat de patiënt deze nieuwe behandelvorm en *setting* aanneemt. Maar nieuwe zorgproducten worden alleen door de patiënt geaccepteerd als zij voor hem een toegevoegde waarde hebben.

In het nu volgende conceptuele model wordt het proces beschreven die tot een uiteindelijke behandeling leidt.



figuur 1: conceptueel model

Het conceptuele model laat zien dat de uiteindelijke *compliance* (therapietrouw) door organisatie- en patiëntfactoren bepaald wordt: de patiënt heeft klachten c.q. een probleem en een hulpvraag.

Definiëring van klachten (Wat is volgens de patiënt het probleem?) en hulpvraag (Welke focus moet de behandeling volgens de patiënt hebben en op welke manier wil hij behandeld worden?) beïnvloeden de behandelvoorkeur van de patiënt (inhoudelijke methodiek en *setting*voorkeur). De organisatie op haar beurt moet tot een behandelvoorstel komen. Het behandelvoorstel is afhankelijk van de diagnostiek, het preferente theoretisch behandelkader dat de organisatie hanteert en de wijze van

preferente dienstverlening (preferente *delivery*). Sommige organisaties hebben bijvoorbeeld een voorkeur voor groepsbehandeling, omdat dat goedkoper zou zijn dan individuele behandeling. De behandelvoorkeur van de patiënt en het behandelvoorstel van de organisatie bepalen uiteindelijk de definitieve behandelindicatie waarin opgenomen zijn de methodiek en de vorm van de behandeling, *in casu* de *setting*; bijvoorbeeld: cognitieve gedragstherapie in een groep. Indien behandelvoorkeur en behandelvoorstel congruent zijn, zal de definitieve behandelindicatie in de meeste gevallen door de patiënt gewoon worden opgevolgd (Audenhove & Vertommen, 2000). In sommige gevallen is er echter sprake van discongruentie tussen behandelvoorkeur en behandelvoorstel. Dit kan uiteindelijk de therapietrouw negatief beïnvloeden. Het model laat zien dat in geval van een *gap* of incongruentie tussen behandelvoorkeur van de patiënt en indicatiestelling door de organisatie het moeilijker wordt om de meest geschikte behandeling en *setting*, dat wil zeggen de uiteindelijke wijze van dienstverlening, te bepalen. Een keuze die niet de voorkeur van de patiënt geniet, kan de therapietrouw nadelig beïnvloeden (Veeninga & Hafkenscheid, 2004). Bij discongruentie is een groter aantal van *drop-out* te verwachten dan bij congruentie.

Het conceptuele model is geldig voor alle vormen van behandeling. In deze thesis wordt het toegepast op *e-mental health*. Doelstelling van de Parnassia Bavo Groep en PsyQ is om het aantal patiënten dat gebruik gaat maken van deze nieuwe behandelvorm te vergroten. Dit betekent dat bij de organisatie de preferente *delivery* gedeeltelijk gaat veranderen en daarmee ook de behandelindicatie. *Compliance* aan *eHealth* zal alleen dan plaatsvinden als deze behandelvorm voor de patiënt een toegevoegde waarde heeft. Dit kan gerealiseerd worden als er een zo groot mogelijke congruentie tussen patiëntenvoorkeur (behandelpreferentie) van de patiënt en behandelvoorstel van de zorgaanbieder gecreëerd wordt. In een vraaggestuurde markt waarin de patiënt centraal staat, moet de zorgaanbieder daarom bij zijn aanbod in toenemende mate met de wensen en behoeften van de patiënt rekening houden. Dit vereist inzicht in de klantbehoefte, maar ook kennis van marketing; vooral bij een voor de meeste patiënten nieuw zorgproduct als *e-mental health*. Zodoende is het cruciaal de patiënt of zorgconsument te informeren

en te overtuigen (Kerkhof, 2006) of zoals Wells et al. stellen, de consument te beïnvloeden (Wells, Burner & Moriarty, 2003).

De plannen van PsyQ en de eigen ervaringen met internetbehandeling hebben geleid tot de keuze van onderwerp: acceptatie van *e-mental health* door de patiënt. De hoofdvraag luidt:

- *Welke factoren dragen bij aan de acceptatie van eHealth als alternatief voor reguliere face-to-face-behandeling in de geestelijke gezondheidszorg?*

Bijbehorende deelvragen zijn:

- *Wat is de toegevoegde waarde van eHealth voor de patiënt?*
- *Wat is de toegevoegde waarde voor de organisatie zodat het strategisch voordeel oplevert?*
- *Wat zijn de kenmerken van een goed service concept voor eHealth?*
- *Welke patiëntfactoren dragen bij aan de acceptatie van eHealth?*
- *Draagt de huidige marketing bij aan de implementatie van eHealth?*

Om de hoofdvraag te beantwoorden wordt deze thesis opgedeeld in verschillende hoofdstukken. Aan elke deelvraag is een apart hoofdstuk gewijd waarin relevante literatuur wordt besproken. In het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek zullen een aantal hypothesen worden getoetst die daarbij aansluiten. De som van antwoorden op de deelvragen zal antwoord geven op de hoofdvraag.

De thesis is begonnen met dit inleidende hoofdstuk waarin het onderwerp wordt gepresenteerd. In hoofdstuk 2 zal ik het projectkader uitwerken. Daarin zijn opgenomen de probleemstelling, de aanleiding voor het onderzoek en de relevantie van het onderzoek. De hoofdstukken 3 en 4 zijn een SWOT-analyse van *eHealth*: aan bod komen de krachten, de zwaktes, de kansen en de bedreigingen van *eHealth*. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven over de ontwikkeling van *eHealth* en de effectiviteit van *e-mental health*. In hoofdstuk 4 wordt literatuur besproken die relevant is voor de beantwoording van de onderzoeksvragen die betrekking hebben op *eHealth* vanuit managementperspectief. Als eerste wordt *eHealth* vanuit strategisch oogpunt geanalyseerd. Ik maak

daarbij gebruik van de waardeketen van Porter (1980) en het model van Treacey en Wiersema (1995). Leidend daarvoor is de vraag of *eHealth* bijdraagt aan het eindproduct ‘goede hulpverlening’. In een dienstensector zoals de geestelijke gezondheidszorg is het eindproduct direct verbonden met de geboden service. Dit brengt ons naar het concept servicemanagement dat ik ook in hoofdstuk 4 bespreek. Ik stel mezelf daarbij de vraag op welke wijze de consument de kwaliteit van een dienst beoordeelt. In hoofdstuk 5 houd ik mij bezig met de vraag welke factoren bijdragen aan de acceptatie van technologie door de patiënt. Ik bespreek daarvoor de *Theory of Reasoned Action* (TRA) en het daarop baserende *Technology Acceptance Model* (TAM). De TRA beschrijft een keten van factoren die tot de uitvoering van bepaald gedrag leiden. TRA is een goed model om consumentengedrag te beschrijven, TAM laat zien welke factoren aan de acceptatie van nieuwe technologieën bijdragen. In hoofdstuk 6 worden enkele factoren genoemd die bijdragen aan de acceptatie van *eHealth* door de zorgconsument. Marketing is het onderwerp van hoofdstuk 7. Dit onderwerp is gezien de hoofdvraag relevant. In hoofdstuk 8 wordt het kwantitatieve onderzoeksdesign, het meetinstrument, de hypothesen, de dataverzameling en de resultaten beschreven. In het slothoofdstuk (9) volgen op basis van de onderzoeksresultaten de implicaties voor onze hoofdvraag. Ik eindig met enkele aanbevelingen.

2 Het projectkader

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding voor het onderzoek, de relevantie, de probleemstelling, de vraagstelling en doelstelling van deze studie verder uitgewerkt.

2.1 De organisatie

De Parnassia Bavo Groep (PBG) is een bovenregionale zorginstelling op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg met drie kernregio's: Haaglanden, Rijnmond, Zeeland en Noord-Holland. In 2009 werden bijna 160.000 patiënten door zeven verschillende zorgbedrijven behandeld. PBG is de grootste Nederlandse zorgaanbieder op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. PsyQ, één van de zorgbedrijven, heeft zich gespecialiseerd op de behandeling van matig tot ernstige psychische klachten. Specialistisch, toegankelijkheid en optimisme zijn de kernwaarden. Samen met drie andere

GGZ-partners is een landelijk netwerk opgebouwd met 25 vestigingen. PsyQ, PBG is met 15 locaties verreweg de grootste partner binnen PsyQ. De missie van de organisatie is het verbeteren van de kwaliteit van leven voor mensen met psychische klachten. De zorgvraag is leidend. De organisatie heeft zich gespecialiseerd op negen klachtgebieden waaronder depressie, angststoornissen, persoonlijkheidsproblematiek en eetstoornissen.

2.2 Aanleiding

PBG en PsyQ willen de komende jaren versterkt inzetten op *eHealth*. Marktwerking en toenemende zorgvraag bij een tegelijkertijd krimpende arbeidsmarkt maken innovatie van zorg noodzakelijk. Volgens PBG kan van de kwaliteit van zorg alleen door modernisering verbeterd worden. Dit kan onder andere bereikt worden door een grotere toepassing van *eHealth* (Parnassia Bavo Groep, 2011). *eHealth* is de komende jaren dan ook één van de speerpunten van deze zorginstelling. Dit geldt ook voor het dochterbedrijf PsyQ, PBG. De patiënt kan in eigen tijd thuis aan zijn klachten werken en moet niet meer op vaste tijden naar een hulpverlener reizen.

Twee zorgbedrijven van PBG bieden nu al internetbehandeling aan. PsyQ heeft twee behandelprogramma's voor eetstoornissen; de Brijder Verslavingszorg kent begeleide zelfhulpprogramma's voor alcohol- en cannabisverslaving. De laatste jaren wordt hard gewerkt van uitbreiding van het internetbehandelaanbod. Op PBG-niveau is een *eHealth warehouse* ontwikkeld; PsyQ, PBG wil vanaf half 2011 voor alle behandelprogramma's internetmodules aan de patiënt aanbieden die min of meer de huidige *face-to-face*-behandelmodules moeten gaan vervangen (PsyQ, 2011). Het omzetten van *face-to-face* contacten naar internethulp moet substantieel bijdragen aan de door de directie beoogde 20% kostenreductie.

De auteur van deze thesis heeft in 2006 met de introductie van Boulimiadebaas bij het zorgbedrijf PsyQ de eerste internetbehandeling binnen PBG gelanceerd. Strategische overwegingen waren daarvoor de aanleiding. Voordelen van internet zijn het relatief gemakkelijk gebruik, de beschikbaarheid en de mogelijkheid om onafhankelijk van tijd en plaats informatie over gezondheid

en daadwerkelijke behandeling te ondergaan (Myers, Swan-Kremeier, Wonderlich, Lancaster & Mitchell, 2003; Wesemann & Grunwald, 2008). Daarnaast werd verwacht de kosten van behandeling te reduceren. Een derde reden voor de introductie van internetbehandeling was het streven op deze wijze het marktaandeel te vergroten. De verwachting was dat door het aanbieden van internetbehandeling patiënten, die tot dan toe niet behandeld werden, door deze nieuwe behandelvorm wel te kunnen bereiken. Een probleem bij de behandeling van boulimia nervosa is namelijk dat minder dan de helft van alle patiënten ooit hulp zoeken (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). *eHealth* leek een adequaat middel om de doelgroep te vergroten en daarmee markuitbreiding te realiseren.

Studies naar hetzelfde programma in Zwitserland, Duitsland en Zweden toonden de effectiviteit van deze begeleide zelfhulp aan (Carrard, Rouget, Fernández-Aranda, Volkart, Damoiseau & Lam, 2006; Carrard et al., 2010; Liwowsky, Cebulla & Fichter, 2006; Nevonen, Mark, Levin, Lindström & Paulson-Karlson, 2006). Eetstoornissymptomen en algemene psychopathologie verminderden significant tussen pre- en postmeting en de patiëntsatisfactie was groot. Dit werd ook in het eigen onderzoek teruggevonden (Daansen, Noordenbos & van Beek, 2009; Daansen, Noordenbos & van Hees, in voorbereiding). Het aantal patiënten dat de behandeling volledig doorliep, voldoet echter niet aan de verwachtingen. Bovendien blijkt uit een eerste analyse dat de gemiddelde doorlooptijd bijna het dubbele bedraagt dan de geplande 20 weken, waardoor het beoogde kostenvoordeel niet wordt gerealiseerd. Ook blijken de aanmeldingscijfers lager te zijn dan op grond van de prevalentiecijfers voor eetstoornissen te verwachten viel. In totaal hebben zich sinds 2006 ongeveer 300 patiënten voor deze *online*behandelingen aangemeld tegenover geprognosticeerde 1000. Opvallend is dat de Nederlandse *drop-out*cijfers beduidend hoger zijn dan in Duitsland, Spanje of Zwitserland, maar wel ongeveer gelijk zijn aan de Zweedse cijfers (Daansen, 2008). Op dit moment is nog niet helder waardoor de verschillen ontstaan, maar verschillende verklaringen zijn geopperd. Een belangrijk verschil tussen het Nederlandse onderzoek en de buitenlandse studies met hetzelfde programma is de wijze van patiëntenwerving. In Nederland gebeurt dit uitsluitend via de webpagina van het programma of de webpagina van de organisatie, in het buitenland gebeurde dat, zoals bij bijna alle effectstudies

naar *eHealth* het geval is, via actieve reclame- en publiciteitscampagnes. In Nederland is daarentegen nauwelijks aandacht besteedt aan marketing. Het is dus belangrijk om na te gaan hoe patiënten kennis hebben genomen van de sites. Een andere mogelijke verklaring voor de uiteenlopende *drop-out*cijfers is dat de verschillen ontstaan door de grotere concurrentie op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (in Nederland is de dichtheid van gespecialiseerde instellingen voor eetstoornissen beduidende hoger dan in het buitenland, zodat er veel meer alternatieve behandelcentra bestaan), maar het kan ook wijzen op matige acceptatie van deze nieuwe vorm van hulpverlening door patiënten.

Over het algemeen is de acceptatie van *eHealth* lager dan zorgaanbieders beweren en verwachten (Flynn, Gregory, Makki & Gabbay, 2009). Zoals al is aangegeven kan dit een marketingprobleem zijn, maar wellicht is de klantwaarde van dit nieuwe product geringer dan we bij lancering van het programma verwachtten. Voor PBG en PsyQ is het belangrijk om te weten of en hoe *online*-behandeling aan de klantwaarde bijdraagt. De meeste organisaties hebben echter geen zicht op de factoren die tot acceptatie van *eHealth* leiden (Wilson & Lankton, 2004; Hsu et al., 2005; Shortliffe, 2005). Veel *eHealth*-plannen zijn vanuit de organisatie bedacht, waardoor de doelgroep het laat afweten (Croonen, 2011).

2.3 Probleemstelling

De uitdaging voor PBG en PsyQ is om meer patiënten voor *e-mental health* te motiveren. Dit kan alleen als PBG en PsyQ inzicht hebben in de moverende redenen van patiënten om *eHealth* wel of niet te accepteren. Er zal gericht klantenonderzoek moeten plaatsvinden om vast te stellen wat voor hulp patiënten wensen en welke patiënten gemotiveerd zijn *eHealth* te gebruiken. Dit maakt gerichte marketing op de doelgroep mogelijk wordt. De verwachting is dat alleen bij identificatie van de juiste doelgroep en segmentering van de markt het aantal *drop-outs* zal gaan afnemen, waardoor de kosten op macroniveau van de organisatie lager zullen worden. Dit onderzoek tracht door middel van de in de inleiding genoemde vragen daar een bijdrage aan te leveren. Inzicht in de doelgroep maakt het mogelijk een beter zorgaanbod te creëren.

2.4 Relevantie

Het gebruik van *eHealth* kan onderdeel van een effectieve bedrijfsstrategie zijn (Wilson & Lankton, 2003). *eHealth* wordt door PsyQ vooral gezien als strategisch instrument om kostenreductie te bewerkstelligen en de krapte op de arbeidsmarkt op te vangen. Bij een veronderstelde zelfde effectiviteit wordt verwacht minder tijd aan behandeling te besteden en kunnen de kosten dalen (Willems, 2011).

3 e-Mental Health

In dit hoofdstuk zal in het de ontwikkeling van e-mental health en de effectiviteit van deze nieuwe behandelvorm worden beschreven.

3.1 Van telemedicine naar e-mental health

De definitie van *eHealth* - in de geestelijke gezondheidszorg spreekt men van *e-mental health* (Riper, Amir, van der Zanden, Conijn, Kramer & Mutsaers, 2007) - is het toepassen van gezondheidszorgdiensten via internet (Eysenbach, 2001). *eHealth* biedt voor veel mensen de mogelijkheid een behandeling aan te gaan. Dit is belangrijk, omdat er nog steeds een grote discrepantie bestaat tussen noodzaak tot behandeling en het daadwerkelijk in behandeling komen (Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004; Garcia-Lizana & Munoz-Mayorga, 2010). *eHealth* kan helpen het behandelgat te overbruggen. Redenen voor onderbehandeling zijn onder andere toegangsbarrières, gebrek aan tijd en/of het niet weten waar men voor hulp moet zijn (Postel, de Haan & de Jong, 2008). Internet biedt kansen om de toegang tot therapeutische interventies te verhogen zonder de eerdergenoemde drempels (Kaltenthaler, Parry & Beverly, 2004).

3.2 Vormen van e-mental health

eHealth is niet nieuw. Al in 1972, nu bijna veertig jaar geleden, gebruikten Wittson en Bernschoter (1972) voor het eerst in een gesloten circuit televisie, zodat behandelaar en patiënt niet per se langer in dezelfde kamer moesten zijn. *Telemedicine* ofwel *videoconferencing* in de gezondheidszorg was geboren. Internet- of *online*behandelingen zijn specifieke vormen van *eHealth*. Het is een zich snel

ontwikkende en aan populariteit winnende behandelsetting. Zij vormt op dit moment het sluitstuk van de ontwikkeling om ICT in de somatische en geestelijke gezondheidszorg toe te passen.

eHealth is een verzamelnaam voor een behandeling die vele varianten kent, zowel inhoudelijk als qua vorm. Het leveren van informatie via het web, teleconsultatie van bijvoorbeeld dermatologen door huisartsen, lotgenotencontact, zelftests, zelfhulp, maar ook sommige vormen van behandeling (vooral in de geestelijke gezondheidszorg), behoren allemaal tot het terrein van de *eHealth*. De verschillende soorten behandeling liggen op een continuüm en zijn niet altijd goed van elkaar afgebakend. Patiënten lijken behoefte te hebben aan professionele begeleiding bij hun internetbehandeling: veel deelnemers aan *online* zelfhulpgroepen volgen daarnaast een *face-to-face* behandeling (Verheyen, 2007). Populair is een hybride vorm van *e-mental health* waarbij de internetbehandeling ondersteund wordt door regelmatige *face-to-face* contacten (Simpson et al., 2001). Het is niet duidelijk of regelmatige *face-to-face* contacten de voorkeur genieten boven e-mailbegeleiding. Wel is er intussen bewijs dat volledige zelfhulp via het web in tegenstelling tot zogenaamde begeleide zelfhulp door een hulpverlener nauwelijks effect heeft, terwijl begeleide zelfhulp ongeveer even effectief is als reguliere behandeling (Cuijpers, Donker, van Straten & Andersson, 2010). Voordelen van deze vorm van behandeling zijn de toegankelijkheid en het gebruiksgemak.

3.3 Effectiviteit van *eHealth*

De effectiviteit van *eHealth* in de geestelijke gezondheidszorg is in talrijke studies aangetoond. Onderzocht zijn internetbehandelingen voor angststoornissen (Richards & Alvarenga, 2002; Carlbring et al., 2005), stemmingsstoornissen (Andersson, Bergstöm, Holländere, Carlbring, Kaldö-Sandstöm & Ekselius, 2005; Patten, 2005), alcoholverslaving (Kypri et al., 2004; Moore, Soderquist & Werch, 2005) *burn-out* en posttraumatische stressstoornissen (Lange, Rietdij, Hudcovicova, Ven, Schrieken, B. & Emmelkamp, 2005) of eetstoornissen (Winzelberg et al., 2000; Celio et al., 2000; Daansen, 2008). Bijna altijd baseren de programma's zich op de principes van de cognitieve gedragstherapie. Ondanks de aangetoonde effectiviteit zijn wel enkele kanttekeningen op zijn plaats. De meeste studies hebben betrekking op enkelvoudige, dus lichte problematiek (Daansen, 2008), terwijl in de klinische

praktijk bijna alle psychiatrische problematiek gekenmerkt wordt door zogenaamde complexe problematiek, dat wil zeggen dat een patiënt meerdere diagnoses tegelijkertijd heeft (Hafkenscheid, 2011). Bovendien zijn de *effect-sizes* matig (Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter, & McGheel, 2005) en zijn *random-controlstudies* met goede *follow-up* nog schaars (Recupero & Rainey, 2005). Ook zijn er bijna geen goede kosteneffectiviteitstudies. In een studie waarin gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie vergeleken werd met een controleconditie (*treatment as usual* via de huisarts) bleek de computer gestuurde cognitieve gedragstherapie iets kosteneffectiever te zijn (Gerhards et al., 2009). Bij een vergelijking tussen internettherapie bij depressie in vergelijking tot een wachtlijst controlegroep vinden de auteurs dat internettherapie een hoge mate aan waarschijnlijkheid heeft om kosteneffectief te zijn (Warmerdam, Smit, van Straten, Riper & Cuijpers, 2010).

Intussen worden in Nederland meer dan 100 verschillende *eHealth*-behandelingen aangeboden (Riper, et al., 2007). De geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg zijn daarbij koplopers. Gezien de genoemde methodologische kanttekeningen is het op dit moment nog veel te vroeg om al een definitief oordeel over de effectiviteit van internetbehandeling te vellen, maar zowel vanuit behandelperspectief (Is de aangeboden behandeling aanwijsbaar effectief?) als ook vanuit managementperspectief (Is de behandeling kosteneffectief?) is enig optimisme gerechtvaardigd. Internetbehandeling maakt het theoretisch mogelijk dat meer mensen van (psychotherapeutische) behandeling kunnen genieten, tegen lagere kosten per aangeboden dienst. Opvallend is dat het kostenaspect in de meeste studies niet expliciet wordt onderzocht. En is dat wel het geval, dan is niet duidelijk hoe de kosteneffectiviteit daadwerkelijk wordt berekend. Mij is geen enkele studie bekend waarin voor de berekening van de kosteneffectiviteit rekening is gehouden met ontwikkelingskosten of met het aantal *drop-outs*. Maar kosteneffectiviteit is alleen realiseerbaar, indien een groot aantal mensen van de dienst gebruikmaken en tegelijkertijd de therapietrouw hoog is. Op dit moment maakt echter, zoals uit de talrijke studies blijkt, nog maar een relatief klein aantal mensen daadwerkelijk gebruik van *online*behandelingen (Copeland & Martin, 2004) zodat de investeringskosten per eenheid nog hoog zijn. Ook is de therapietrouw laag: veel internetbehandelingen hebben een hoog aantal *drop-outs* (Copeland & Martin, 2004; Eysenbach, 2005; Daansen et al., 2009). Eysenbach (2005) wijst in dit

verband op het onderscheid tussen de ontevredenheid over de hulp (*disenchantment discontinuance*) en de neiging van internetgebruikers om weg te klikken (*replacement discontinuance*). *Drop-out* wijst op ontevredenheid over de hulp. Een te lage conversie (conversie geeft aan het aantal bezoekers van de site aan dat tot aankoop van de aangeboden dienst overgaat) is een indicatie voor de ‘*disenchantment incongruence*’. Daaraan kan de factor bereidheid van patiënten om met internetbehandeling te starten toegevoegd worden. Indien dit niet het geval is of de ontevredenheid over de behandeling voorop staat, heeft de internetbehandeling ontoereikende toevoegende waarde voor de patiënt. De kans dat het beoogde kostenvoordeel voor een organisatie bereikt zal worden en daarmee uiteindelijk tot een versterking van de concurrentiepositie zal leiden, moet in dat geval als klein worden gezien.

4 eHealth vanuit managementperspectief

In dit hoofdstuk zal *eHealth* vanuit managementperspectief bekeken worden. Ik kijk eerst hoe *eHealth* de bedrijfsstrategie kan ondersteunen. Ik gebruik daarvoor de modellen van Porter (1985) en Treacey en Wiersema (1995) Daarna wordt het begrip servicemanagement uitgewerkt. De waardeketen geeft inzicht welke activiteiten nodig zijn om een product uiteindelijk bij de klant te brengen. Een waardeketenanalyse en een analyse van relevante servicemanagement theorieën kunnen helpen succesfactoren te identificeren die uiteindelijk tot acceptatie van deze nieuwe vorm van behandelvorm door de patiënt leiden

4.1 eHealth als strategisch instrument

Het leveren van goede zorg is het streven van iedereen die in de gezondheidszorg werkzaam is of anderszins daarbij betrokken is. Goede zorg heeft te maken met doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit (van Pol, 2005). Elke *stakeholder* geeft aan deze begrippen een andere betekenis en zal ze verschillend prioriteren. Dit geldt voor de zorg in het algemeen, maar ook voor specifieke toepassingen als *eHealth*. Voor de clinicus is het in eerste plaats belangrijk dat *eHealth* effectief is, dat wil zeggen bijdraagt aan klachtenreductie. *eHealth* (en in het bijzonder behandeling via het internet) moet daarom zijn waarde in goede gerandomiseerde effectstudie bewijzen, maar voor de

beleidsmakers is het belangrijk om naar de kosten te kijken (Nguyen, Cuenco, Wolpin, Benditt & Carrieri-Kohlman, 2007). De clinicus definieert kwaliteit van zorg in eerste instantie in termen van behandelresultaat of wel de *outcome*, de beleidsmaker zal naar gezondheidswinst per euro kijken. Zijn kwaliteitsdefinitie moet passen bij door de organisatie gekozen basisstrategie. Bij kwaliteit gaat het dus niet alleen om effectiviteit, maar ook om *efficiency*². Vaak wordt verondersteld dat *eHealth* vooral een kostenefficiënt instrument is (Chaudhry et al., 2006; Ripper et al., 2007). Volgens GGZ Nederland (2010) is Nederland wereldleider op het gebied van *e-mental health*. Uit onderzoek zou blijken dat een toenemend deel van de patiënten deze vorm van behandeling verkiest boven meer traditionele behandelvormen. GGZ Nederland gelooft dat over vijf jaar een belangrijk deel van de GGZ-behandelingen uit een combinatie van *e-mental health* en *face-to-face* contacten en ongeveer tien procent uitsluitend uit *e-mental health* zal bestaan. Voorts neemt GGZ Nederland aan dat internettherapieën 20 tot 30% goedkoper zijn vanwege de reductie van de arbeidstijd van therapeuten (GGZ-Nederland, 2010). In talrijke klinische rapporten komt dit argument steeds weer als belangrijkste argument voor het gebruik van deze relatief nieuwe behandelvorm naar voren (Griffiths, Farrer & Christensen, 2007). De wens daarvoor is waarschijnlijk de vader van de gedachte. Verrassenderwijs wordt uit systematisch meta-onderzoek namelijk geen ondersteuning voor die veronderstelling gevonden (Black et al., 2011).

4.1.1 eHealth en de waardeketen van Porter

Het streven naar de laagste kosten per productie-eenheid verkregen door bijvoorbeeld schaalgrootte of nieuwe technologische ontwikkelingen bij veronderstelde gelijke kwaliteit, behoort tot Porters generieke concurrentiestrategie van het kostenleiderschap (Porter, 1980). Vermeende kostenreductie en daarmee een lage productieprijs per geleverde dienst is feitelijk de centrale *motivator* voor het aanbieden van *eHealth* om daarmee waarde voor de organisatie te creëren en de concurrentiepositie te verstevigen. Het is daarbij onbelangrijk of het om gezondheidsbedrijven met *private equity* of om bedrijven gaat die daarmee extra geld voor de zorg willen creëren zoals dat in Nederland meestal het

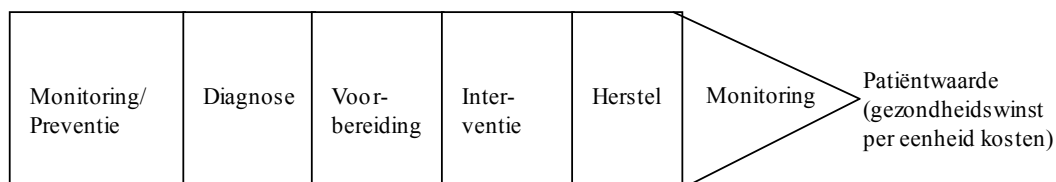
² In dit verband laten we de definitie van kwaliteit door de consument i.c. de patiënt nog buiten beschouwing. Daar wordt in de paragraaf over servicemanagement nog op teruggekomen.

geval is. In zijn waardeketenmodel geeft Porter (1985) aan dat elke activiteit toevoegende waarde moet hebben om een organisatie concurrentievoordeel te laten behalen. De waardeketen bestaat uit primaire en ondersteunende activiteiten. De primaire activiteiten refereren naar activiteiten die direct waarde toevoegen aan het uiteindelijke product. Ondersteunende activiteiten verhogen op zichzelf niet direct de waarde van het product; zij voegen wel indirect waarde toe door de effectieve uitvoering van de primaire activiteiten te ondersteunen.

De primaire activiteiten bestaan uit inkomende logistiek, handelingen (*operations*), uitgaande logistiek, marketing en verkoop en service. Tot de inkomende logistiek behoren het ontvangen en opslaan van materialen, ook wel input genoemd en het managen van de voorraad en de verdeling van de input. Onder de handelingen valt de transformatie van de input naar een tastbaar (*tangible*) product. Het opslaan en de verdeling van het eindproduct behoort tot de uitgaande logistiek. Verkoop en marketing refereert naar het beschikbaar stellen van het product aan de markt en het beïnvloeden van de consument het product daadwerkelijk te kopen. De laatste activiteit service, is het product voor gebruik klaarmaken en eventuele service die aangeboden wordt nadat het product is aangeschaft zoals een klantenservice.

Porters model van de waardeketen is ontwikkeld voor bedrijven met fysieke producten, maar kan gemodificeerd ook worden toegepast op de gezondheidszorg. Het model gaat bij de eerste drie primaire activiteiten van de waardeketen (inkomende logistiek, operaties en uitkomende logistiek) uit van grondstoffen. De (geestelijke) gezondheidszorg is echter een servicebedrijf dat geen grondstoffen tot een uiteindelijk product transformeert. Kostenvoordeel en daarmee versterking van de concurrentiepositie kan door de zorgaanbieder behaald worden door 'betere en goedkopere' operaties bij het primaire proces, dat wil zeggen effectievere behandelingen, betere uitstroom, *in casu* kortere behandeling, betere marketing en verkoop, *in casu* betere bereikbaarheid voor een verwijzer en uiteindelijk zorgconsument en tenslotte door betere service *in casu* korte wachttijden, transparantie *et cetera*, doelstellingen die nauw met *eHealth* verbonden zijn.

We zien alle door Porter beschreven domeinen van het primaire proces ook in de gezondheidszorg aanwezig zijn. Dit leidt tot een aangepaste waardeketen, de *care delivery value chain* (CDVC).



figuur 2: care delivery value chain (Porter & Omsted Teisberg, 2006)

De CVDC geeft een kader hoe zorg wordt geleverd. De fase van *monitoring* impliceert een inventarisatie van de medische geschiedenis, *screening* en het identificeren van risicofactoren. Onder de diagnose valt de interpretatie van de data. In de voorbereidende fase worden alle voorbereidingen genomen die voor de uitvoering van de interventie nodig zijn. De interventie is het therapeutisch handelen zelf. Tot het herstellen hoort het plannen van beëindiging van behandeling. Onder *monitoring* wordt het meten van de toestand van de patiënt gerekend en het bijhouden van de *compliance*. Een analyse van het zorgproces laat zien dat verschillende subpopulaties van patiënten met verschillende medische geschiedenis verschillende vormen van behandeling vereisen. Een zorgvuldig opgestelde CVDC kan tot waardevermeerdering leiden, uitgedrukt als gezondheidswinst per geïnvesteerde kosteneenheid in vergelijking tot concurrenten (Porter & Olmsted Teisberg, 2006). CDVC lijkt op de in Nederland gebruikte zorgpaden. Men kan natuurlijk stellen dat het model van Porter ontwikkeld is voor de Amerikaanse gezondheidszorgmarkt waar sprake is van concurrentie en waardevermeerdering van groot belang is. Maar ook op de Nederlandse gezondheidsmarkt zijn klant- en patiëntwaarde in toenemende mate door de introductie van de marktwerking belangrijk aan het worden. *eHealth* kan niet allen bijdragen aan het reduceren van kosten, maar ook aan gezondheidswinst. Bij concurrentie in de gezondheidszorg gaat het immers vooral om '*creating value based competition on results*' (Porter & Olmsted Teisberg, 2006, p 13). Volgens de auteurs moeten zorgaanbieders concurreren door de gezondheidswinst van de patiënt te verbeteren. *eHealth* kan een

relevant en bruikbaar instrument zijn om aan de waardecreatie bij te dragen (Valeri, Giesen, Jansen & Klokgieters, 2010).

In de CVDC kan *eHealth* geplaatst worden onder 'interventie'. Om de interventie effectief te laten zijn moet deze aan een geschikte patiëntenpopulatie aangeboden worden (*monitoring* en diagnose) die door het doorlopen van de CVDC kan worden geïdentificeerd. Ook moet een substantieel gedeelte van de patiëntenpopulatie bereid zijn van deze nieuwe dienst gebruik te maken zodat een hoge volumeoutput kan ontstaan. Alleen bij een hoog volume is het mogelijk activiteiten te standaardiseren en te protocolleren die kostenreducerend zijn, zoals dat bij *eHealth* het geval is. Processen met een laag volume daarentegen bieden deze mogelijkheid niet en zijn per definitie kostenverhogend (Slack, Chambers, Johnston & Betts, 2006). Het ontbreken van ondersteuning van de hypothese van kostenreductie heeft waarschijnlijk hiermee te maken: patiëntengroepen zijn niet goed geselecteerd.

Op dit moment is het gebruik van *eHealth*-diensten lager dan verwacht (Nguyen et al., 2007).

Kennelijk is de patiëntwaarde op dit moment blijkbaar nog onvoldoende. Gebrekkige gebruikersvriendelijkheid en het ontbreken van een gepersonaliseerd advies zijn wellicht daaraan debet (Nijland, van Gemert-Pijnen, Boer & Seydel, 2008). Het gepersonaliseerd advies heeft direct betrekking op de ervaren of de verwachte kwaliteit van de behandeling en kan daarom onder de Porters *operations* geplaatst worden, terwijl gebruikersvriendelijkheid meer tot het domein van de service behoort. Goede vindbaarheid op het net van de behandelsites behoort tot de *input*.

4.1.2 *eHealth* ter bevordering van operational excellence

eHealth kan ook beschouwd worden als vorm van *operational excellence*. Binnen de waardestrategie van *operational excellence* staat het gemak van de klant centraal. Dit wordt bereikt door uitstekende operationele processen (Treacey & Wiersema, 1995). PsyQ wil aantonen tot de beste in prijs- en kwaliteitsverhouding te behoren (PsyQ, 2011). De waardestrategie van PsyQ kan gerangschikt worden onder de *operational excellence* zoals dat ook in de merkwaarden optimistisch, specialistisch en toegankelijk tot uiting komt. Het gebruik van *eHealth* met de veronderstelde kosteneffectiviteit en

doelmatigheid ondersteunt deze bedrijfsstrategie. *eHealth* kan ook andere strategische doelen dienen zoals marktverbreding (Hilverts, 2011), maar dit behoort op dit moment niet tot de strategische doelstellingen van de organisatie. Opvallend is dat PBG en PsyQ met hun plannen voor *eHealth* vooral de nadruk leggen op de aanbodskant van de markt (*supply-side*) en weinig aandacht hebben voor de vraag of *eHealth* door de patiënt (*demand-side*) gewenst wordt. Feitelijk verlaat PsyQ daarmee de basisstrategie van *operational excellence* en vervangt die door Porters kostenleiderschap, omdat niet langer de patiënt centraal staat, maar de kosten. In de gepresenteerde plannen wordt de *demand-side* naar *e-mental health* niet of nauwelijks door de organisatie uitgewerkt. Deze omissie bergt gevaren. Indien het voornemen van PsyQ om de komende jaren een substantieel gedeelte van de zorg via *eHealth* aan te bieden niet bereikt wordt, zal dat van invloed zijn op het directe rendement en kan op de lange termijn - rekening houdend met verdere bezuinigingen - zelfs de solvabiliteit van de organisatie in gevaar brengen. Voor PsyQ is het min of meer noodzakelijk om *eHealth* tot een succes te maken. Dit kan alleen lukken als patiënten deze nieuwe vorm behandeling ook daadwerkelijk aannemen en als goed substituut voor reguliere *face-to-face*-behandelingen zien. De ervaringen met de *online*-behandelingen BoulimiadeBaas en Eetbuienondercontrole laten tot nu toe echter zien dat dit onvoldoende het geval is.

4.2 Paradigmashift

eHealth leidt in de gezondheidszorg tot een *paradigmashift*. De *paradigmashift* vereist van de zorgaanbieder nieuwe strategieën (Chin, 2000). Bij de traditionele zorg komt de patiënt naar de hulpverlener, bij *eHealth* wordt kennis, informatie en producten en service door de zorgverlener naar de zorgconsument gebracht. Dit kan juridische consequenties hebben voor de aansprakelijkheid (Callens, S & Cierkens, 2008; Herweg, & Poulet, 2007; Almer, 2008). *eHealth* bevordert het zelfmanagement van de patiënt ofwel, bij gebruik van een moderne term, 'de *empowerment*' van de patiënt neemt toe (Bodenheimer & Grumbach, 2003). Voor realisatie van de *paradigmashift* moet de zorgaanbieder wel meer zicht krijgen op patiëntfactoren die de acceptatie van *eHealth* door patiënten verhogen, welke patiënten van *eHealth* profijt kunnen hebben en onder welke condities internetbehandeling gecontraïndiceerd is (Wilson & Lankton, 2004; Griffiths et al., 2007). Kortom: het

gaat niet alleen om de interventie binnen de CVDC, maar ook om het proces hoe de consument bereikt kan worden. Dat betekent dat de kloof tussen de intentie om gebruik te maken van internetbehandeling en het daadwerkelijk gebruik door betere servicepromotie moet worden overbrugd (Flynn et al., 2009) Ik kom daar in de volgende paragraaf op terug.

4.3 Service management

Technologie is een drijvende kracht achter service-innovaties (Wilson, Zeithaml, Bitner & Gremler, 2008). *eBusiness*, een term geïntroduceerd door Gerstner in 1996 bij IBM (Gerstner, 2002), is een strategie die zich op het gebruik van technologische functies richt. Doelstelling is inkomsten te genereren door het opbouwen van internetrelaties. Voorbeelden van nieuwe technologieën die van invloed zijn geweest op de service van organisaties zijn de mobiele telefoon, de fax, ATM en natuurlijk het internet.

Bedrijven als Amazon.com hebben als dienstverlenend bedrijf het serviceconcept door hun exclusieve verkoop van boeken via het internet in belangrijke mate een andere invulling gegeven. Tegenwoordig is het kopen van boeken, het boeken van reizen, huren van auto's, of internetbankieren voor velen de normaalste zaak van de wereld. Het aanbieden van diensten op het gebied van de gezondheidszorg zoals *eHealth*, is dat nog niet, maar begint dat wel te worden.

'Service' kan gedefinieerd worden als een activiteit of serie van activiteiten van min of meer niet tastbare aard die meestal plaatsvindt tussen consument en servicemedewerker (Grönroos, 1990). Mentzer en collega's (2001) omschrijven servicemanagement als de systematische en strategische coördinatie van traditionele businessfuncties zoals marketing en verkoop om de lange termijnperformance van bedrijven te optimaliseren: kosten moeten worden gereduceerd en aandacht aan de waardecreatie worden besteed (Hines, 2004). Het systeem van de waardeketen moet aansluiten bij de behoeften van de klant.

Optimaliseren van service kan door servicemanagement. Het proces van servicemanagement kan verduidelijkt worden met behulp van de servicematrix van Schmenner (1986). Op de verticale as staat de mate van arbeidsintensiteit van de dienstverlener en op de horizontale as de mate van interactie tussen serviceaanbieder en consument en maatwerk (*customization*). Volgens dit model zijn er verschillende vormen van serviceverlening. Door *eHealth* verandert de door de patiënt waargenomen servicekwaliteit.

Mate van interactie en maatwerking (*customization*)

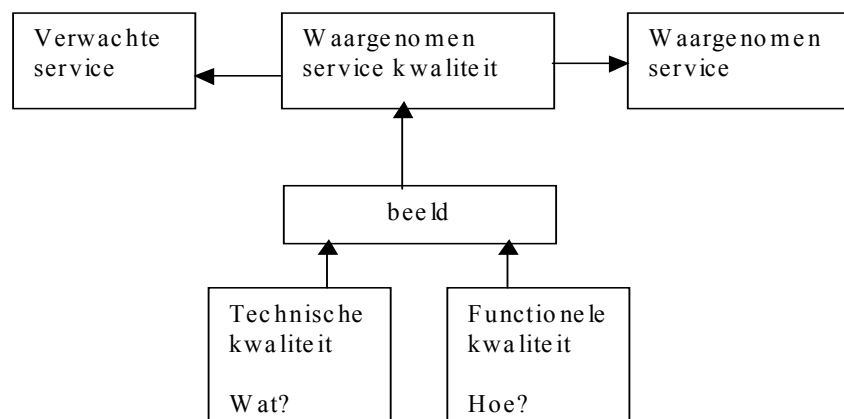
		laag	hoog
mate van arbeidsintensiteit	laag	service fabriek - luchtvaart - hotel	service winkel - ziekenhuizen - garage
	hoog	massaservice - school - banken	professionele service - artsen - advocaten - architecten

figuur 3: Service proces matrix (Schmenner, 1986)

Kenmerkend voor de traditionele psychotherapeutische hulp is de hoge mate aan maatwerk (behandelplannen worden ondanks de bestaande protocollen nog sterk geïndividualiseerd), mede vanwege de vaak complexe problematiek. Een hoge mate van arbeidsintensiteit is het gevolg. In het schema van Schmenner (1986) valt traditionele psychotherapie onder de professionele service. *eHealth* in de geestelijke gezondheidszorg is, indien eenmaal de juiste diagnose is gesteld, volledig geprotocolleerd en gestandaardiseerd, waardoor er weinig maatwerk en een lage arbeidsintensiteit nodig is en valt dan onder de servicefabriek. De hybride vorm van *e-mental health*, *eHealth* in combinatie met *face-to face*-contacten, behoort tot de servicewinkel. De verschuiving naar het segment van lage arbeidsintensiteit, daar is immers het kostenvoordeel te behalen, vereist wel dat de patiënt deze zorg als kwalitatief goed ervaart.

4.3.1 Service als kwaliteitsparameter van zorg

In de vorige paragraaf over de waardeketen in de gezondheidszorg, de CVDC, werd al aangegeven dat er verschillende begrippen van kwaliteit zijn. Genoemd zijn de effectiviteit van behandeling en de *efficiency* van de dienst. Ik heb al aangegeven dat dit door zorginstanties als voornaamste argumenten voor de introductie van internetbehandelingen wordt gehanteerd. Nog niet genoemd is service als kwaliteitsparameter die mede bepalend is voor de uiteindelijke klant- of patiëntwaarde. De effectiviteit van de behandeling wordt door Van de Klundert (2009) de technische kwaliteit genoemd. Daar tegenover plaatst hij de functionele kwaliteit, een begrip dat hij van Grönroos (1982) overneemt. Functionele kwaliteit is de wijze waarop de consument de service waarneemt.



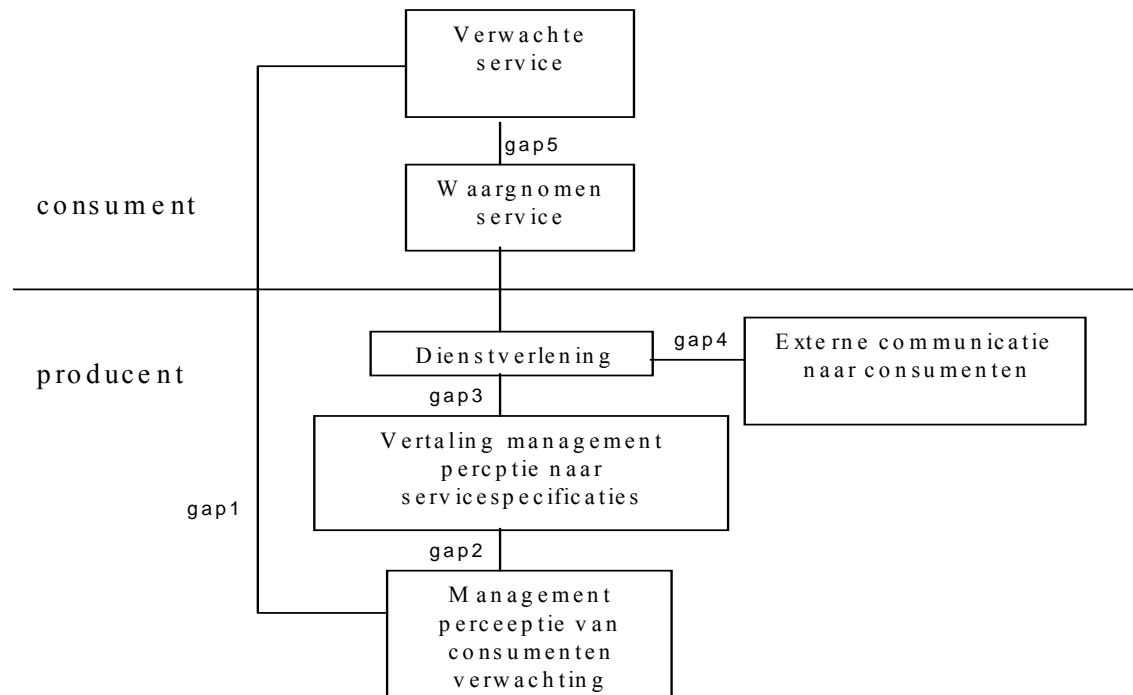
Figuur 4: waargenomen service kwaliteit (Grönroos , 1984)

Kwaliteit heeft betrekking op de ervaringen van de consument gedurende het serviceproces. Beide zullen uiteindelijk de waargenomen servicekwaliteit bepalen, waarbij de verwachte en de waargenomen service ook een rol speelt. De technische kwaliteit van een service is objectief meetbaar, de functionele kwaliteit alleen door subjectieve metingen (Meffert & Bruhns, 1997). De functionele kwaliteit is voor de uiteindelijke kwaliteitsbepaling belangrijker dan de technische kwaliteit (Grönroos, 1984; Bruhns, 1997). Bruhns (1997) noemt als voorbeeld de zakenman voor wie een technisch perfecte vlucht waardeloos is, omdat hij te laat op zijn afspraak kwam. Het voorbeeld laat zien dat er een kloof kan bestaan tussen de technische en functionele kwaliteit van een dienstverlening.

Dit geldt ook voor de zorg. De mate waarin de verwachtingen overeenkomen met de daadwerkelijke zorg bepaalt de mate van tevredenheid (Harteloh & Casparie, 1998; Jackson, Chamberlin & Kroenke, 2011) en verhoogt de kans dat een behandeling opgevolgd wordt (Grol, 2001). Patiënttevredenheid kan bijdragen tot het slagen van een behandeling. De Amerikaan Parasuraman was één van de eersten die op deze kloof wees (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). De auteurs definiëren de waargenomen kwaliteit als het verschil tussen verwachte kwaliteit en waargenomen kwaliteit. Is de verwachte kwaliteit kleiner dan de waargenomen kwaliteit is er sprake van kwaliteitssurprise, zijn de verwachte en waargenomen kwaliteit gelijk dan spreken zij van een bevredigende kwaliteit, is de verwachte kwaliteit groter dan de waargenomen kwaliteit wordt de kwaliteit als niet acceptabel beschouwd. Servicekwaliteit bestaat uit vijf dimensies:

- *Reliability* – betrouwbaarheid (het accuraat en betrouwbaar uitvoeren van de dienst)
- *Assurance* – zekerheid (kennis en hoffelijkheid van de medewerker en het vermogen vertrouwen te geven)
- *Tangibles* - tastbare zaken (uitstraling van gebouwen, apparatuur, kleding medewerker)
- *Empathy* – empathie (zorg en individuele aandacht door de organisatie)
- *Responsiveness*- responsiviteit (de wil om de consument te helpen)

In het SERVQUAL- model wordt dit verder uitgewerkt (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1988; Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990). Het model beschrijft vijf kloven of ‘gaps’.



figuur 5: servicemanagement (Parasuraman et al, 1988)

gap 1. Management heeft een verkeerde perceptie van wat de klant wil;

gap 2. Management is niet in staat de wensen van de klant te vertalen juiste product; specificaties;

gap 3. Het personeel is niet in staat volgens de specificaties de dienst te verlenen;

gap 4. De organisatie belooft teveel aan de klant;

gap 5. Verschillen tussen de door de consument verwachte dienst en de ervaren dienst.

gap 5 is de grootste *gap*, namelijk de *gap* die de kwaliteitsbeleving beschrijft.

De *gaps* kunnen overbrugd worden indien de zorgaanbieder rekening houdt met de factoren waarop een service wordt uitgekozen. Klanten selecteren volgens Fitzsimmonds en Fitzsimmonds (2008) een serviceverlener op basis van de volgende factoren:

- Beschikbaarheid, bijvoorbeeld 24 uur bereikbaarheid.
- Gemak, bijvoorbeeld de locatie waar de service genoten kan worden.
- Personalisatie, dat wil zeggen of je als individu behandeld wordt.
- Kwaliteit, waarbij de servicekwaliteit als een functie wordt gezien van de relatie tussen de eerdere verwachtingen van de klant en zijn waarneming van de service ervaring.
- De reputatie van de service verlener op basis van ervaringen van anderen met de service.

Indien we nu ook de servicekwaliteit zoals in deze paragraaf beschreven in de CVDC plaatsen, zien we dat *eHealth* alleen dan aan kostenleiderschap of *operational excellence* kan bijdragen als de patiënt deze nieuwe technologische behandelvorm aanneemt. Het beschreven SERVQUAL-model van servicemanagement laat zien dat een positieve kwaliteitsbeleving van de service door de klant daarvoor een vereiste is. De patiënt zal *eHealth* als een goed of misschien wel superieur alternatief voor reguliere *face-to-face* behandeling moeten zien. Dit betekent dat de ervaren service door *eHealth* op zijn minst gelijk moet zijn aan de verwachte kwaliteit. De zorgaanbieder zal derhalve goed bij de verwachtingen en wensen van de patiënt betreffende de hulpverlening moeten aansluiten. Kwaliteit en patiëntstatisfactie liggen dicht bij elkaar.

5 Theory of Reasoned Action en verwante theorieën

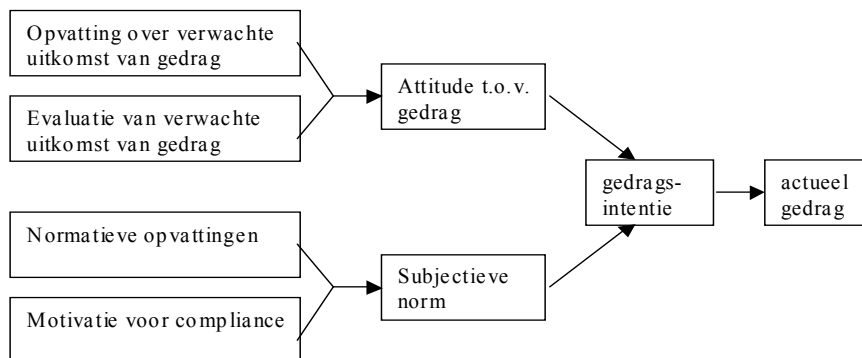
De *Theory of Reasoned Action* (TRA) en enkele theorieën zoals het *Technology Acceptance Model* (TAM) die daaruit zijn ontwikkeld laten zien hoe gedragsintenties ontstaan. Kennis van factoren die leiden tot een gedragsintentie kan helpen, de in het conceptuele model beschreven *gap* tussen behandelindicatie door de zorgaanbieder en de behandelvoorkeur van de patiënt te overbruggen.

TRA berust op eerder onderzoek naar het verband tussen de attitude ten opzichte van een bepaald gedrag en het daadwerkelijk uitgevoerde gedrag. De theorie is ontwikkeld door de Amerikaanse sociaalpsychologen Fishbein en Ajzen (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980). Ze wordt vaak gebruikt om te onderzoeken hoe gewenst gedrag bevorderd kan worden (Albarracin, Johnson,

Fishbein & Meullerleile, 2001). In dit hoofdstuk zal eerst de TRA beschreven worden. De theorie is later aangepast als *Theory of Planned Behavior* (TPB). Uit beide theorieën is vervolgens het *Technology Acceptance Model* (TAM) afgeleid. Dit model is voor de acceptatie van *eHealth* bruikbaar. De in het kwantitatieve onderzoek gebruikte vragenlijst baseert op de TAM.

Met behulp van TRA trachten de Azjen en Fishbein (1975) menselijk gedrag beter te begrijpen en te voorspellen door naar de antecedenten van gedrag te kijken. De theorie is een reactie op het eerdere traditionele attitude-gedragsonderzoek dat de auteurs frustrerend vonden, omdat daarin slechts zwakke correlaties tussen attitudemetingen en daadwerkelijk wilgestuurd gedrag gevonden werden (Hale, Householder & Greene, 2003). TRA behoort tot de zogenaamde cognitieve theorieën over menselijk gedrag, waarin de mens als een dynamisch informatieverwerkend systeem wordt beschouwd (Daansen & de Jong, 2009; O'Donohue; Ferguson & Naugle, 2003). De term cognities verwijst naar het verwerven, opslaan, transformeren en gebruiken van kennis. Cognities zijn betrokken bij de selectieve waarneming, de informatieverschaffing en het motiverend en doelgericht denken (Neiser, 1967). Fishbein en Ajzen (1975) onderscheiden in TRA twee types cognities: attitude ten opzichte van bepaald gedrag en de waargenomen sociale druk om het gedrag inderdaad uit te voeren – de subjectieve norm. De gedragsintentie bepaalt de relatieve kracht van een intentie om bepaald gedrag uit te voeren. De attitude bestaat uit de opvattingen over de consequenties als het gedrag uitgevoerd wordt, vermenigvuldigd met de waardering van deze consequenties. De subjectieve norm is volgens de auteurs een combinatie van de waargenomen verwachtingen van relevante andere individuen of groepen met de intentie aan deze verwachtingen gehoor te geven. Oftewel: de opvatting die relevante anderen hebben of je het gedrag wel of niet moet uitvoeren. Een voorbeeld kan dit wellicht verhelderen: mensen zullen bijvoorbeeld eerder Facebook gaan gebruiken als ze het gebruik als nuttig ervaren en de indruk hebben dat hun vrienden en collega's dit ook zullen doen. Indien dit inderdaad het geval is, neemt de waarschijnlijkheid toe dat een persoon zijn gedragsintentie om Facebook te gaan gebruiken, omzet in concreet gedrag door zich aan te melden. De attitudes zelf worden aangedreven door opvattingen over de verwachte uitkomst van gedrag en de evaluatie ervan; de subjectieve norm

over opvattingen van een individu of groep bepaald of gedrag uitgevoerd moet worden en de motivatie om wel of niet aan deze normen niet te voldoen. In schema ziet TRA er als volgt uit:



figuur 6: Theory of reasoned action (Ajzen & Fishbein, 1980)

Attitude en subjectieve norm hebben niet per se hetzelfde gewicht. Afhankelijk van individu en situatie kunnen deze factoren een verschillend effect op de gedragsintentie hebben. Een gewicht is dus geassocieerd met elk van deze factoren in de predicatieve formule van de theorie. Als je bijvoorbeeld iemand bent die het weinig kan schelen wat anderen denken, dan zal de subjectieve norm weinig gewicht hebben in het bepalen van de gedragsintentie (Miller, 2005).

Zoals de naam van de theorie al aangeeft, beschrijft het model beredeneerd gedrag. De theorie heeft dan ook alleen geldigheid als aan twee postulaten is voldaan (Ajzen & Fishbein, 1980; Rossmann, 2011):

- De TRA gaat uit van rationeel denkende mensen die rekening houden met al hun ter beschikking staande informatie, voorat ze besluiten een bepaald gedrag uit te voeren.
- Het gedrag staat onder controle van de wil. Mensen moeten in staat zijn het gewenste gedrag uit te voeren.

Deze postulaten beperken de toepasbaarheid van de theorie, want het is maar de vraag of de visie dat mensen ‘beredeneerd’ gedrag vertonen juist is. Veel gedrag is onbewust en bestaat uit gewoontevorming. De laatste jaren is er veel evidentie dat er twee verschillende verwerkingssystemen voor menselijk beredeneren, het nemen van beslissingen en voor sociale cognities bestaan (Evans, 2007; Evans, 2008; Frankish, 2009). Volgens de *dual-system-theory* is sprake van een zogenaamd

systeem 1 dat autonoom werkt en wiens handeling onbewust, onafhankelijk van het werkgeheugen en vooral op persoonlijke ervaringen berust. Systeem 2 daarentegen is analytisch en staat in dienst van het bereiken van individuele doelstellingen. TRA ontving dan ook veel kritiek (Ogden, 2003). Met name wordt gewezen op het ontbreken van een affectieve component bij belangrijke beslissingen (Fitzmaurice, 2005). Ook Chuang en Lin (2007) delen deze mening. Zij deden onderzoek naar de rol die affecten bij aankoopgedrag van consumenten spelen. Mensen met negatieve emoties neigen bijvoorbeeld bij aankoop naar grotere risico's dan mensen met positieve gevoelens. Een verklaring voor dit verschil is, dat mensen met positieve gevoelens deze toestand willen bewaren en daarom minder risico nemen.

Ajzen (Ajzen & Albarracin, 2007) onderkent dit inmiddels zelf ook. Opvattingen (assumpties) kunnen op talrijke manieren gevormd worden. Ze zijn subjectief van aard en gekleurd door persoonlijkheidskenmerken, zelfwaardering, emoties, intelligentie, demografische gegevens, opleiding religie, ervaring of kennis. Ze kunnen berusten op invalide en selectieve kennis. TRA is dan ook door Ajzen zelf gemodificeerd tot de '*Theory of planned behavior*' (TPB) door de oorspronkelijke twee factoren met een component uit te breiden, namelijk de waargenomen gedragscontrole (PBC) (Ajzen, 1991). Hij zoekt daarmee aansluiting bij het concept van de '*self efficacy*' van Bandura (1982). *Self-efficacy* betekent dat men het vermogen en de overtuiging bezit om in een bepaalde situatie adequaat en efficiënt te handelen (Bandura, 1982). Het gaat bij *self-efficacy* zowel om het vermogen om gedrag uit te voeren, maar ook over de verwachte uitkomst van het gedrag. De vraag of je je bij Facebook aanmeldt, hangt dus niet alleen af van de subjectieve norm en de attitude ten opzicht van het gebruik van dit sociale medium, maar ook of je in technisch of temporair opzicht in staat bent dit ook daadwerkelijk te doen.

De *rationale* voor uitbreiding van TRA met PBC is, dat het daarmee mogelijk zou zijn om gedrag te voorspellen dat niet volledig onder controle van de wil zou zijn. De inclusie van PBC levert informatie over mogelijke obstakels en verklaart hoezo intenties niet altijd tot het voorspelde gedrag leiden (Armitage & Conner, 2001). Ajzen (1991) sluit daarmee aan op de recentere cognitieve modellen die

vooral op het terrein van de psychotherapie veelvuldig worden toegepast (Daansen & de Jong, 2009; Greenberg & Lietaer, 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

TPB heeft in onderzoek haar waarde laten zien. Ajzen en Albarricin (2007) toonden aan dat een groot gedeelte van de variantie van gedrag verklaard kan worden door het gevoel het gedrag te kunnen controleren. Ook de meta-analyse van Armitage en Conner (2001) geeft ondersteuning aan de effectiviteit van TPB als predictor van intenties en gedrag. De theorie heeft dan ook terecht veel aandacht gekregen in het veld van consumentengedrag. Je kunt er niet allen betrekkelijk makkelijk consumentengedrag mee voorspellen, maar de theorie levert ook een basis om de aangrijpingspunten voor gedragsverandering van consumenten te identificeren (Sheppard, Hartwick & Warshaw, 1988). Toch zien ze ook een drietal enkele beperkingen voor het gebruik van attitudes en subjectieve norm om gedrag te voorspellen en het gebruik van gedragsintentie om de daadwerkelijke uitvoering van het gedrag te voorspellen. Deze zijn:

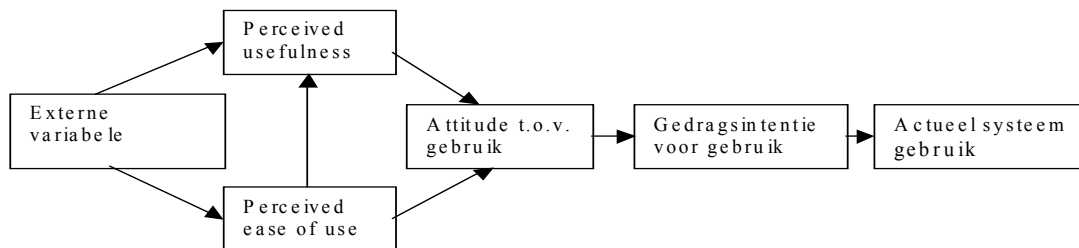
1. *Doelen versus gedrag*: er is een verschil tussen een doelintentie en een gedragsintentie. Bijvoorbeeld tien kilogram gewichtsreductie is een doelintentie; de bijbehorende gedragsintentie is minder te eten. Vaak worden doel- en gedragintentie met elkaar verward.
2. *De keuze tussen alternatieven*: de aanwezigheid van keuze kan het proces van intentieformatie en de rol van de gedragsintentie veranderen.
3. *Intenties versus verwacht gedrag (Estimates)*: er zijn soms omstandigheden dat er een verschil bestaat tussen hetgeen met wil doen en hetgeen met daadwerkelijk verwacht te doen (Ik wil niet op het feestje gaan eten en verwacht dat wel te gaan doen).

Een andere belangrijke toepassing van TRA is het *Technology Acceptance Model* (TAM) (Davis, 1989; Davis, Bagozzi & Warshaw, 1989; Bagozzi & Warshaw, 1992). Het *Technology Acceptance Model* is een theorie over informatiesystemen die laat zien waarom gebruikers technologie accepteren en gaan gebruiken. Doelstelling is om de acceptatie van nieuwe *tools* te voorspellen. Het model is oorspronkelijk ontwikkeld voor acceptatie van ICT op de werkvloer, maar is als zodanig ook zonder meer van toepassing op de acceptatie van nieuwe technologie door consumenten zoals *e-shopping*, *e-*

work of eHealth. Volgens de theorie beïnvloeden een aantal factoren de beslissing van consumenten om nieuwe technologie te gaan gebruiken (Davis, 1989):

- *Perceived usefulness* (PU): de mate waarin iemand overtuigd is dat het gebruik van een bepaald systeem zijn prestaties (*job performance*) zal vergroten.
- *Perceived ease-of-use* (PEOU): de mate waarin iemand gelooft dat een bepaald systeem hem bevrijdt van inspanningen.

Analoog aan TRA stelt TAM dat het gebruik van een informatiesysteem bepaald wordt door de gedragsintentie, maar ook dat de gedragsintentie bepaald wordt door de attitude van een persoon ten opzichte van het systeem. Volgens Davis (1989) is de attitude niet de enige factor die het gebruik van een systeem bepaalt, maar ook de *impact* die het gebruik heeft op de *performance*. Dat betekent dat je, ook al heb je een negatieve attitude ten opzichte van een systeem, je het wel zult gebruiken als je het als nuttig ervaart. Een voorbeeld is het inhuren van illegale migranten als goedkope arbeidskracht, terwijl je tegelijkertijd tegen buitenlanders bent. Dit betekent ook dat het model voorspelt dat bij keuze uit twee soortgelijke systemen men datgene zal kiezen dat makkelijker te gebruiken is (Dillon & Morris, 1996). Schematisch ziet TAM er als volgt uit:



figuur 6: Tam (Davis, Bagozzi & Warshaw, 1989)

TAM vervangt met de twee technologie-acceptatiemetingen veel van de oorspronkelijke attitude metingen uit de TRA. Gemeenschappelijk delen TRA en TAM, die beide sterke gedragselementen kennen, de overtuiging dat als iemand een gedragsintentie heeft, hij ook de volledige vrijheid heeft dit te doen (Bagozzi & Warshaw, 1992). Er is veel onderzoek naar TAM gedaan en intussen bestaan er relevante aanpassingen (Venkatesh & Davis, 2000; Venkatesh, Morris, Davis & Davis, 2003; Venkatesh & Bala, 2008). Op dit moment verklaart de theorie redelijk waarom iemand gebruik maakt

van nieuwe technologie, maar niettemin is er nog veel ruimte voor verdere verbeteringen (Legris, Ingham & Collette, 2003; King & He, 2006; Holden & Karsh, 2009).

6 Acceptatie van eHealth

Er bestaat tegenwoordig geen twijfel meer dat patiënten graag willen dat zorgaanbieders een gedeelte van hun dienstverlening *online* aanbieden (Hommand, 2004). Wel kan de vraag gesteld worden of de dienstverlening die zorgaanbieders aanbieden de door de patiënt gewenste dienstverlening is (Wilson & Lankton, 2004). De discrepantie tussen beide is van invloed op de uiteindelijke acceptatie van de dienstverlening (Davis, 1998). Voorkeuren van de patiënt bepalen in belangrijke mate het succes van een behandeling, *in casu* het vroegtijdig afbreken van behandeling en de uiteindelijke behandelresultaten (Swift & Callahan, 2010).

Het in het vorige hoofdstuk besproken *Technology Acceptance Model* stelt dat het veronderstelde nut (perceived usefulness, PU) en het veronderstelde gemak (*perceived ease of use*, PEOU) centrale factoren zijn die de uiteindelijke gedragsintentie (*behavioral intention*) voor gebruik van de technologie bepalen. Dit komt overeen met de functionele kwaliteit zoals Grönroos dat verwoorde. Daarnaast bepalen intrinsieke (IM) en extrinsieke motivatie (EM) de gedragsintentie (Wilson & Lankton, 2004). Intrinsieke motivatie ontstaat als het gebruik plezierig en leuk is, extrinsieke motivatie als het gebruik als zinvol wordt ervaren. Ook de mate dat iemand tevreden is over de ontvangen medische zorg, is van invloed op het volgen van een medisch advies (Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo & Kravitz, 1992). Ontevredenheid over de medische zorg daarentegen kan tot het afbreken van zorg leiden (Kerr, Hays, Lee & Siu, 1998). Patiënten die meer gebruik maken van het internet en meer informatie op het internet zoeken en patiënten met ernstige klachten zijn eerder bereid om *eHealth* als behandelvorm te accepteren (Deber et al., 1996; Horrigan & Rainie, 2004). Daar staat tegenover dat onvoldoende inhoudelijke ondersteuning bij het volgen van een *e-mental health* behandeling en onvoldoende computervaardigheden de adherentie nadelig beïnvloeden (Gehrhardt, et al., 2011). Demografische gegevens spelen nauwelijks een rol (Wilson & Lankton, 2004). Als laatste

blijkt dat vertrouwen in de serviceverlener bijdraagt aan de acceptatie van *eHealth* (Jung & Loria, 2010). Vooral in het begin wordt de acceptatie van *eHealth* vooral bepaald door technische factoren, terwijl later klinische voordelen beginnen te overwegen (Chiu & Eysenbach, 2010).

7 Marketing

In het hoofdstuk over het projectkader is al aangegeven dat het aantal aanmeldingen voor de twee *e-mental health* programma's www.boulimiadebaas.nl en www.eetbuienondercontrole.nl tegenvalt en het aantal *drop-outs* hoog is. Gesteld is dat dit wellicht het gevolg is van gebrekkige marketing. Marketing in de gezondheidszorg is zeldzaam. In de meeste gevallen geven de websites van zorginstellingen slechts informatie over de aangeboden diensten (Sanchez, 2002; Schalken, 2010). Nu er een gezondheidsmarkt is ontstaan, neemt het belang van marketing echter toe. Dit geldt zeker als de patiënt overtuigd moet worden een nieuw zorgproduct als *eHealth* af te nemen. In dit hoofdstuk wil ik daarom kort op marketing ingaan. De belangrijkste kenmerken zullen worden beschreven.

Marketing is onderdeel van Porters waardeketen en heeft het doel de consument dusdanig te beïnvloeden dat hij een product of dienst afneemt. Marketing is noodzakelijk als de consument een keuze heeft tussen verschillende producten zoals reguliere behandeling of internetbehandeling. Het is een middel om consumenten optimaal te informeren over een product, dienstverlening of idee (Berkowitz, 2006) en vereist kennis van de wensen en behoeften die consumenten hebben, de wensen vervolgens in producten te vertalen en dan deze weer terug te vertalen naar de voordelen voor de consumenten op een dusdanige manier dat hij ze kan begrijpen (Winer, 2007). Met marketing wordt veronderstelde waarde van een product of dienst gecreëerd. De waarde die een product of dienst voor de consument heeft, kan worden uitgedrukt in de '*value equation*' (Keegan & Green, 2008).

Waarde=voordelen/prijs (geld, tijd, inspanningen et cetera)

Bij de zogenaamde marketingmix worden verschillende elementen of groepen van activiteiten die betrekking hebben op het product of dienst onderscheiden: het product, de prijs, de promotie en de plaats en bij dienstverlening ook het personeel (Kotler & Keller, 2005). Het product is datgene wat verkocht moet worden. Het moet aansluiten bij de wensen en behoeften van de consument. Goede marketing begint al bij de ontwikkeling van een product. De prijs is een indicatie voor de kwalitatieve eigenschappen van een product. Een hoge prijs wordt vaak als teken van kwaliteit van een product of dienst gezien. Promotie heeft betrekking op reclame en verkooppromoties of publiciteit. De plaats refereert aan de plek waar het product te krijgen is en het distributiekanaal. Het personeel dient getraind en deskundig te zijn.

De gezondheidszorg is een vorm van dienstverlening of service. Een van de wezenlijke verschillen met de goederenindustrie is, dat daar de productie en de consumptie gescheiden zijn, terwijl die bij dienstverlening samenvallen. Dit heeft gevolgen voor de marketing. Goederen worden eerst geproduceerd en daarna verkocht en geconsumeerd, terwijl dienstverlening meestal eerst wordt verkocht en dan tegelijkertijd worden geproduceerd en geconsumeerd. Goederen zijn bovendien tastbaar, terwijl dienstverlening dat niet is (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Bij dienstverlening gaat het om beloften; beloften die aan de consument worden gemaakt (Wilson, Zeithaml, Bitner & Gremler, 2008). De kwaliteit van de ervaren service en de klanttevredenheid is afhankelijk van hetgeen op een bepaald moment gebeurt. Servicekwaliteit is dan ook niet makkelijk naar de consument toe te communiceren.

Bij dienstverlening bestaan drie vormen van marketing: de externe marketing, de interne marketing en de interactieve marketing (Bitner, 1995). Bij de externe marketing worden verwachtingen gecreëerd en beloftes gemaakt over hetgeen verleend wordt. Alles wat voor de daadwerkelijke service wordt gecommuniceerd aan de consument valt hieronder. Bij de interactieve marketing maakt de consument gebruik van de service. Indien de belofte niet wordt gerealiseerd, zal de consument ontevreden zijn en wellicht geen verder gebruik maken van de dienst. De interne marketing heeft betrekking op het

leveren van goed personeel, training, motivering en technologie. Het personeel moet bereid zijn de dienst te verlenen, anders zal de organisatie niet succesvol zijn.

Voor de externe marketing bestaan er verschillende marketingstrategieën zoals de ‘differentiatie-strategie’ (Winer, 2008). Deze wordt toegepast als de consument niet tussen verschillende producten of diensten kan onderscheiden. De waarde voor de consument moet opgewekt worden. Bij deze strategie moeten kenmerken van het product die belangrijk zijn voor de consument geaccentueerd worden. Ook moet de waarde door de consument waargenomen worden. Deze marketingstrategie lijkt bij *eHealth* het meest aangewezen te zijn, omdat de patiënt niet kan beoordelen of *eHealth* een goede vervanger van reguliere behandeling is. De andere twee marketingstrategieën, de merkdifferentiatie (voorkeur voor merk A of B), of de kostenstrategie (beste prijs/kwaliteit-verhouding) zijn beide op dit moment in de geestelijke gezondheidszorg niet van toepassing.

Door de toename van het internetgebruik wordt internet een steeds belangrijker medium voor marketing. Marketing via het internet vereist een interactieve opstelling. Het is niet voldoende om alleen een folder op een website te zetten (Hörner, 2006). De doelgroep kan alleen bereikt worden als de consument de website weet te vinden. Google houdt bijvoorbeeld niet alleen de inhoud bij, maar ook het aantal verwijzingen (links). Ook de informatie die op de website wordt gezet, is relevant. Door internet heeft de marketing zich gewijzigd van ‘*push*’ naar ‘*pull*’. Centrale vragen worden: ‘Wat moet ik publiceren en aanbieden aan wie?’ en ‘Hoe zorg ik dat mijn informatie past bij mijn doelgroep?’ (Schalken, 2010).

Uit het bovenstaande blijkt dat marketing in belangrijke mate kan bijdragen aan de acceptatie van een product en dienst. Kennis van de doelgroep is waardoor de juiste informatie gegeven kan worden is dan ook van wezenlijk belang. In het slothoofdstuk komen we terug op de vraag hoe marketing voor *eHealth* eruit kan zien.

8 Het kwantitatieve onderzoek

De afdeling Eetstoornissen & Obesitas is op dit moment binnen PBG de enige afdeling waar patiënten kunnen kiezen tussen *eHealth* behandeling en *face-to-face* behandeling. Een vergelijking van beide subpopulaties kan helpen een antwoord te vinden op de centrale vraag van deze thesis, wat de beweegredenen van patiënten zijn om *eHealth* te accepteren. Hierbij is belangrijk om aan te merken dat in dit onderzoek aangenomen wordt dat eetstoornispatiënten behalve qua psychopathologie niet van andere patiënten verschillen, zodat de resultaten gemakkelijk naar andere patiëntenpopulaties extrapolbeerbaar zijn.

8.1 Steekproefselectie/populatie

Alle patiënten die zich gedurende de maand februari en de eerste twee weken van de maand maart bij PsyQ Eetstoornissen & Obesitas in Den Haag hebben aangemeld/zijn verwezen voor een behandeling van boulimia nervosa, een eetbuistoonis of obesitas of met een vervolgbehandeling zijn gestart, kregen bij het eerste bezoek via de receptie schriftelijke informatie over het onderzoek. Dit gold ook voor patiënten die zich voor de internetbehandeling aanmelden. Voorafgaande aan de internetbehandeling vindt altijd een *face-to-face* contact plaatst voor nadere diagnostiek. Patiënten die dit diagnostische gesprek al hadden gehad en ook al een inlogcode voor de internetbehandeling hadden gekregen, werden *online* verzocht de vragenlijst in te vullen. Omdat het merendeel van de deelnemers nieuwe patiënten waren, kon nog geen nadere DSM-IV-diagnose (APA, 1994)³. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig. Indien de patiënt niet aan het onderzoek wenste deel te nemen, had dat geen consequentie voor zijn/haar behandeling. Geïnccludeerd zijn alle patiënten (n=69) die de ingevulde vragenlijst retourneerden. Op deze wijze ontstonden drie subgroepen: patiënten met een eetstoornis die zich aanmelden voor reguliere behandeling (n=34), patiënten die met een van de twee *online*behandelingen willen starten of recentelijk zijn gestart (n=14), en deelnemers die de module

³ De DSM-IV is een internationaal gebruikt classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen dat bestaat uit 5 assen. Op as-I worden psychiatrische syndromen zoals depressie, angststoornissen of eetstoornissen geplaatst. Op as-II worden persoonlijkheidsstoornissen gecategoriseerd. Op de overige assen staan lichamelijke klachten sociale problematiek en een algemene beoordeling van functioneren.

dieetmanagement tijdens een reguliere *face-to-face* behandeling volgen en de keuze hebben dit wel of niet online te doen in combinatie met *face-to-face* contacten (n=21).

8.2 Face-to-face behandelingen

De reguliere behandeling van eetstoornissen en obesitas is multidisciplinair. Bij alle behandelingen zijn psychologen/sociotherapeuten en diëtisten betrokken. De meeste behandelingen zijn poliklinisch, maar enkele patiënten volgen op indicatie een deeltijdbehandeling. De behandelmethode is cognitief-gedragstherapeutisch van aard.

8.3 Begeleide zelfhulp *Boulimiadebaas* en *Eetbuienondercontrole*

Naast de reguliere *face-to-face* behandeling biedt PsyQ in Den Haag sinds 2006 de *online*behandeling *BoulimiadeBaas* en sinds 2009 ook *Eetbuienondercontrole* aan. Patiënten kunnen direct de sites *Boulimadebaas* of *Eetbuienondercontrole* bezoeken. Op de webpagina van PsyQ *Eetstoornissen & Obesitas* is een link naar beide onlinebehandelingen geplaatst. Patiënten kunnen alle noodzakelijke informatie over hun klachten inwinnen, een zelftest doen en zich online aanmelden. Het programma kan in 20 weken worden doorlopen.

Bij lancering van de *sites* is uitgebreid onderzoek gedaan naar relevante trefwoorden. Beide programma zijn volledig begeleide zelfhulpprogramma's. Patiënten doorlopen zelfstandig een cognitief-gedragstherapeutisch behandeling bestaande uit respectievelijk 8 en 13 stappen. Beide programma's hebben een module diëtetiek. De deelnemers moeten bij elke stap een aantal oefeningen doen en dagelijks hun een eetdagboek bijhouden. Via grafieken krijgen de patiënten voortdurend feedback over hun vorderingen. Wekelijks hebben ze per e-mail contact met een hulpverlener. Beide sites zijn als *glossy* opgezet.

8.4 Behandelmodule *dieetinzicht.nl*

Dieetmanagement is een standaardinterventie bij de behandeling van eetstoornissen en obesitas (Cooper, Fairburn & Hawker, 2003; Fairburn, 2008). De module staat onder leiding van een

gespecialiseerd diëtiste en is gericht op het normaliseren van het eetpatroon, het maken van andere, gezondere voedingskeuzen en op stabilisatie van gewicht en geleidelijke gewichtreductie. Patiënten kunnen zelf een eetdagboek bijhouden of gebruik maken van de *onlinemodule* dieetinzicht.nl. De patiënt krijgt direct via dit programma informatie over de dagelijks calorieopname en de samenstelling van het eten. Alles wordt in grafieken weergegeven. Het programma is openbaar en er zijn geen kosten aan verbonden.

8.5 Meetinstrumenten en meetmomenten

Alle patiënten kregen na intake of na herindicatie van het zorgpad een vragenlijst. Deze vragenlijst met 57 items is samengesteld uit enkele demografische gegevens, informatie over eerdere behandeling, eigen beoordeling van de ernst van de klachten. Deze vragen zijn overgenomen uit de QATA, een vragenlijst die standaard bij aanvang van de programma's BoulimiadeBaas en Eetbuienondercontrole *online* wordt afgenomen. In het literatuurgedeelte (zie hoofdstuk 5) werden deze factoren als relevant voor het de acceptatie van internetbehandeling beschouwd. In de vragenlijst is ook opgenomen de vertaalde vragenlijst die Wilson en Lankton (2004) in hun onderzoek naar de acceptatie van technologie gebruikten. Deze vragenlijst meet negen verschillende factoren die volgens de auteurs van belang zijn om te kunnen voorspellen of patiënten technologie accepteren. Aan de oorspronkelijke lijst zijn enkele items toegevoegd. In totaal ontstonden op deze wijze 12 variabelen. Per variabele werd de betrouwbaarheid bepaald door middel van Cronbach's Alpha. De betrouwbaarheid is voor alle factoren voldoende tot goed. Voor de variabele klachten (twee items) moest gecorrigeerd worden omdat één item onvoldoende differentieerde. De variabele 'noodzaak van zorg' is direct op itemniveau bepaald. Dit leidde tot volgende factoren:

- tevredenheid met de medische zorg ($\alpha=0.897$)
- gezondheidskennis schaal ($\alpha=0.724$)
- internetafhankelijkheid ($\alpha=0.786$)
- informatiezoekende preferenties schaal ($\alpha=0.897$)
- noodzaak van zorg (single item niveau)

- intrinsieke motivatie (IM) ($\alpha=0.851$)
- waargenomen gemak van gebruik (PEOU) ($\alpha=0.722$)
- waargenomen nut/extrinsieke motivatie (PU-EM) ($\alpha=0.850$)
- gedragsintentie voor gebruik (BI) (single item niveau; $\alpha=0.907$)
- voordelen ($\alpha=0.677$)
- klachten (single item niveau)
- sociale norm ($\alpha=0.790$)

Tenslotte wordt nagegaan of patiënten gebruik maken van internet en *social media* en hoe ze kennis hebben gekregen van het behandelprogramma en of zij volledige internetbehandeling wensen of de voorkeur voor een combinatiebehandeling hebben.

8.6 Hypothesen

Op basis van de besproken literatuur stellen we een aantal hypothesen op die ons inzicht kunnen geven op onze vraag welke patiënten potentieel *eHealth* als behandelvorm zullen accepteren.

1. PEOU en PU hebben een positieve invloed op de voorkeursbehandeling BI.
2. IM en EM hebben een positieve invloed op de BI.
3. De ervaren voordelen van internetbehandeling bepalen de voorkeursbehandeling.
4. Patiënten zonder eerdere behandeling zijn meer geneigd gebruik te maken dan patiënten die wel behandeling hebben gehad.
5. Patiënten die geen of weinig baat hadden van eerdere behandeling zijn eerder bereid gebruik te maken van internetbehandeling.
6. Patiënten die regelmatig gebruik maken van *social media* zoals facebook, Hyves, MSN of Twitter, maken eerder gebruik van internetbehandeling.
7. Patiënten die hun klachteniveau ernstig vinden maken minder snel gebruik van gebruik van internetbehandeling.
8. Patiënten die tevreden zijn of de medische zorg staan positief tegenover *eHealth*.

9. Patiënten die een hoge score op de informatie zoekende preferentieschaal staan positief tegenover *eHealth* gemeten met PU, IM en PEOU.
10. Patiënten die geen gebruik wensen te maken van internetbehandeling vinden deze vorm van behandeling te onpersoonlijk.
11. De voorkeur van patiënten die wel gebruik willen maken van internetbehandeling is een combinatie van *face-to-face* en internetbehandeling (*blended treatment*).
12. Patiënten met hoger opleidingsniveau (minimaal HAVO) zijn eerder geneigd gebruik te maken van *eHealth* dan patiënten met een lager opleidingsniveau.
13. Patiënten die weinig kennis hebben over hun gezondheid zijn eerder geneigd informatie op te zoeken en zullen daarmee ook eerder internetbehandeling accepteren.
14. Patiënten die meer gebruik maken van internet (internetafhankelijkheid) zullen eerder geneigd zijn *eHealth* te accepteren.

8.7 Resultaten

Van de respondenten waren 68 vrouw en één deelnemer man. In vergelijking tot de reguliere populatie van de afdeling is dit een lichte onderrepresentatie van mannen. De meeste patiënten (n=61) hadden de Nederlandse nationaliteit. Veertig procent (n=28) van de respondenten was nooit gehuwd of samenwonend, 47% (n=33) gehuwd/samenwonend, 10% (n=7) was gescheiden. Een patiënt heeft geen informatie hierover gegeven. De gemiddelde leeftijd van de respondenten lag op 35 ($SD=10,6$). De oudste patiënt was 60 jaar, de jongste 18 jaar. De mediaan lag bij 34 jaar. Dit is representatief voor de afdeling. Bijna 38% van de onderzoeksgroep had HBO of universitaire opleiding (n=26), 36,2% (n=25) gaf MBO als hoogste opleidingsniveau aan, 11,6% (n=8) deelnemers hadden HAVO/VWO, 4,3% (n=3) VMBO gevolgd, 7,2% (n=5) hadden geen afgeronde schoolopleiding. Van twee deelnemers ontbraken de gegevens. Geen van de demografische gegevens was van invloed op de afhankelijke variabelen.

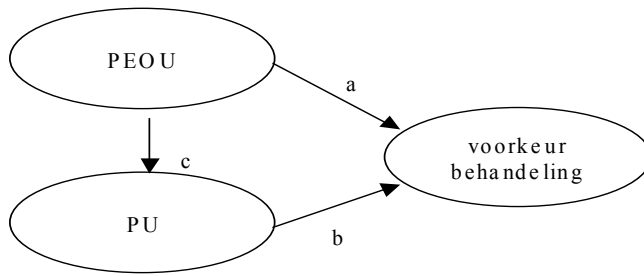
Als aanmeldingsklacht bij het zorgprogramma Eetstoornissen & Obesitas gaven 49 patiënten (71%) eetproblemen aan, 14 patiënten (21,7%) melden zich aan vanwege gewichtsproblemen. De overige 5 patiënten (7,2%) noemden stemmingsproblemen of angstklachten als primaire problematiek. Waarschijnlijk waren dit patiënten die intern door een ander programma waren doorverwezen. De veelvuldige genoemde co-morbiditeit laat zien dat de onderzoekspopulatie gekenmerkt wordt door complexe problematiek. Naast de aanmeldingsklacht hadden 21 patiënten (30,4%) stemmingsklachten, 14 (20,2%) angstklachten, 9 patiënten (13%) relatieproblemen, 2 patiënten (2,9%) verslavingsproblematiek, 24 (34,8%) ernstige lichamelijke klachten als gevolg van de aanmeldingsklacht, 18 (26,1 %) persoonlijkheidsproblematiek (sommige patiënten gaven meer dan één co-morbide klacht aan). Een groot gedeelte van de patiënten gaf naast de eet- en gewichtsproblematiek ook andere klachten aan. De meeste patiënten (n=22, 31.%) melden zich aan op advies van de huisarts, 15 patiënten (21,7%) zochten contact nadat ze via een zoekmachine, een andere website of de *website* van de organisatie informatie hadden opgezocht. De overige mensen kenden de organisatie via familie, kennissen of uit eerder behandelcontact. Slechts een klein gedeelte van de patiënten heeft geen computer (n=6) of beschikt over te weinig kennis voor een computers (n=4). Van de laatste groep behoorden drie patiënten tot de groep die geen computer hadden.

Om na te gaan welke vragenlijst variabelen van invloed zijn op de behandelvoorkeur hebben we een regressieanalyse gedaan. Significant waren het waargenomen nut, gezondheidskennis, internetafhankelijkheid en informatie zoeken. Alle anderen factoren waren niet significant.

Hypothese 1: PEOU en PU hebben een positieve invloed op de voorkeursbehandeling BI.

Hypothese 1 berust op de aanname dat het nut van technologie (*perceived usefulness*, PU) en het gebruikersgemak (*perceived ease of use*, PEOU) wezenlijk de gedragsintentie bepalen. Ik heb in dit onderzoek de gedragsintentie geoperationaliseerd door de voorkeursbehandeling. Deze hypothese is getoetst met behulp van een regressieanalyse.

Het getoetste model ziet er als volgt uit:



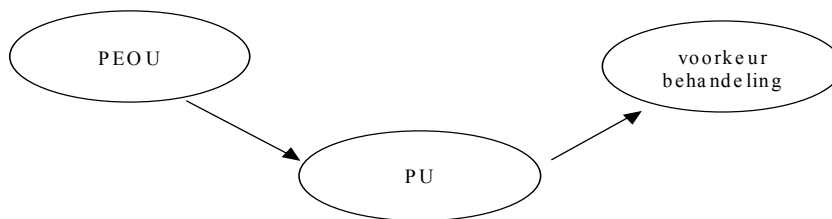
figuur 7: TAM

a: niet significant; $p=0.426$

b: significant: $p=0.000$

c: significant: $p=0,000$

Dit betekent dat de getoetste hypothese niet aangenomen wordt. De resultaten leiden wel tot de formulering van een zogenaamd mediatiemodel:

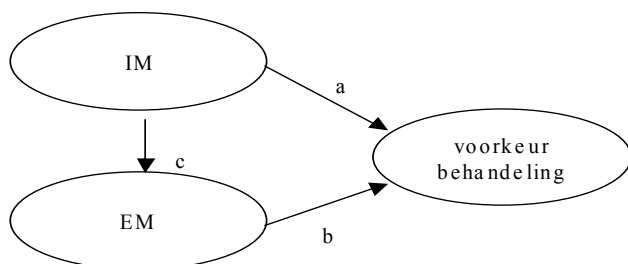


figuur 8:mediatie model TAM

Het waargenomen gemak van gebruik bepaalt het waargenomen nut van de technologie dat op haar beurt leidt tot een voorkeursvorm van behandeling. Patiënten die internetbehandeling gemakkelijk vinden zullen dus eerder een voorkeur hebben voor deze behandelvorm dan patiënten die internetbehandeling niet als nuttig ervaren.

Hypothese 2: IM en EM hebben een positieve invloed op de BI.

Hypothese 2 berust op de aanname dat intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie beide bijdragen tot het gebruik van internetbehandeling. Ook hier hebben we de gedragsintentie geoperationaliseerd door de voorkeursbehandeling. Net als bij hypothese 1 hebben we gebruik gemaakt van een van regressieanalyse.



figuur 8: Motivatie

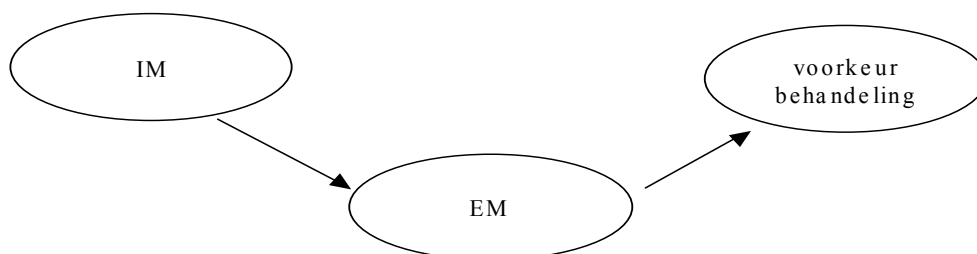
a: niet significant, $p=0.094$

b: (niet) significant, $p= 0,059$, wel duidelijke trend aanwezig

c: significant, $p=0,000$

De hypothese in deze vorm wordt niet aangenomen.

Net als bij hypothese 1 kan een mediatiemodel worden opgesteld:



figuur 9:mediatie model motivatie

Dit betekent dat een naarmate een potentiële gebruiker het programma leuk vind (intrinsieke motivatie) hij het gebruik van het programma nuttiger zal vinden (extrinsieke motivatie) waardoor de hij eerder zijn voorkeur voor internetbehandeling zal uitspreken.

Hypothese 3: De ervaren voordelen van internetbehandeling bepalen de voorkeursbehandeling.

Onder deze factor zijn items samengevat die in de literatuur als voordeel van internettherapie worden genoemd zoals anonimiteit, onafhankelijkheid van tijd of het niet naar de hulpverlener moeten reizen. Deze hypothese kon niet bevestigd worden ($p=0.51$). Deze uitkomst is verrassend, omdat deze voordelen vaak als een belangrijke drijfveer voor het gebruik van *online*behandelingen wordt gezien.

Hypothese 4: Patiënten zonder eerdere behandeling zijn meer geneigd gebruik te maken dan patiënten die wel behandeling hebben gehad.

Deze hypothese stoelt op de gedachte dat patiënten die geen eerdere behandeling hebben gehad voor een behandelvorm kiezen die het minst tijdrovend is. De hypothese kon niet bevestigd worden ($p=0.664$). De uitkomst is in overeenstemming met de factor voordelen waarvoor geen verband met therapiewens werd gevonden.

Hypothese 5: Patiënten die geen of weinig baat hadden van eerdere behandeling zijn eerder bereid gebruik te maken van internetbehandeling.

Deze hypothese beruiste op de aanname dat eerdere niet succesvolle of niet blijvend succesvolle behandeling patiënten motiveert tot nieuwe alternatieve pogingen. Patiënten die ontevreden zijn over de ontvangen hulp, zijn sneller bereid andere paden te betreden (Kerr et al., 1998). Voor deze hypothese werd geen significantie ($p=0.864$) gevonden, zodat we de hypothese verwerpen.

Hypothese 6: Patiënten die regelmatig gebruik maken van social media zoals Facebook, Hyves, MSN of Twitter, maken eerder gebruik van internetbehandeling.

Deze hypothese beruiste op de constatering dat veel patiënten die gebruik maken van *social media* elkaar via deze kanalen informatie verschaffen over eventuele behandelingen.

De hypothese kon niet bevestigd worden voor alle *sociale media* gezamenlijk ($p=0.429$).

Het gebruik van *social media* als geheel heeft geen invloed op een voorkeur voor internetbehandeling. Opgesplitst naar de verschillende vormen van *social media*, zien we dat Hyves-gebruikers significant meer voorkeur hebben voor internetbehandeling ($p=0.036$). In absolute cijfers maakten iets meer

patiënten gebruik van Hyves (n=28) dan van Facebook (n=23), Twitter (n=15), Chatboxes (n=9) of andere social media zoals MSN of LinkedIn (n=22).

Hypothese 7: Patiënten die hun klachteniveau ernstig vinden maken minder snel gebruik van gebruik van internetbehandeling.

Voor deze hypothese hebben we de ernst van klachten als index gebruikt. We zijn bij deze hypothese er van uit gegaan dat patiënten die volgens eigen ervaring ernstige klachten hebben de voorkeur hebben voor intensievere behandeling. Klinische observatie laat zien dat de omgeving van de patiënt vaak van opvatting is dat intensieve behandeling noodzakelijk is. Op basis van TRA Er werd geen significantie ($p=0.523$) gevonden.

Hypothese 8: Patiënten die tevreden zijn of de medische zorg staan positief tegenover eHealth

Patiënten die tevreden zijn over hun gezondheidszorg zijn sneller bereid het advies van hun zorgverlener (Sherbourne et al., 1992). De verwachting was derhalve dat patiënten die door de zorgaanbieder gewezen worden op deze behandelvorm daarvan gebruik willen maken. De hypothese kon niet bevestigd worden ($p= 0.56$).

Hypothese 9: Patiënten die een hoge scoren op de informatie zoekende preferentieschaal staan positief tegenover eHealth gemeten met PU, IM en PEOU.

Deze hypothese berust op de aanname dat patiënten die meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen zorg, dus mee *empowered* zijn, meer gebruik maken van informatiezoekend gedrag en meer open staan ten opzichte van *eHealth*.

Deze hypothese kon bevestigd worden ($p=0.023$).

Hypothese 10: Patiënten die geen gebruik wensen te maken van internetbehandeling vinden deze vorm van behandeling te onpersoonlijk.

Deze hypothese werd gebaseerd op basis van de literatuur die zegt dat de therapeutische relatie voor een belangrijk deel de variantie van herstel verklaart. *Deze hypothese wordt verworpen ($p=0.615$)*

Hypothese 11: De voorkeur van patiënten die wel gebruik willen maken van internetbehandeling is een combinatie van face-to-face en internetbehandeling (blended treatment).

Uit onze eerdere analyse van drop-out bij internetbehandeling kwam als een van de redenen het onpersoonlijke karakter van deze behandeling naar voren. Patiënten hadden het idee dat ze in de e-mail niet alles konden bespreken wat ze graag wilden. Het betrof hier vooral zogenaamde onderliggende problematiek (Daansen et al, 2009). *Blended treatment* ondervangt dit bezwaar. Deze hypothese kan bevestigd worden ($p=0,03$).

Hypothese 12: Patiënten met hoger opleidingsniveau (minimaal HAVO) zijn eerder geneigd gebruik te maken van eHealth dan patiënten met een lager opleidingsniveau.

Deze hypothese berust op de aanname dat hoger opgeleide patiënten meer gebruik maken van internet. De hypothese kon niet worden bevestigd ($p=0.396$).

Hypothese 13: Patiënten die weinig kennis hebben over hun gezondheid zijn eerder geneigd informatie op te zoeken en zullen daarmee ook eerder internetbehandeling accepteren.

Deze hypothese baseert op de bevindingen van Wilson en Lankton (2004). Deze hypothese kon bevestigd worden ($p=0.044$)

Hypothese 14: Patiënten die meer gebruik maken van internet (internetafhankelijkheid) zullen eerder geneigd zijn eHealth te accepteren.

De hypothese berust op de aanname dat naarmate steeds meer mensengebruik maken van internet de bereidheid om ook gezondheidszorg via internet te accepteren zal toenemen. Deze hypothese wordt bevestigd ($p=0,000$)

De resultaten laten zien dat vanuit TAM geredeneerd het waargenomen nut (PU) en de extrinsieke motivatie beide essentiële factoren zijn die de gedragsintentie om daadwerkelijk gebruik te maken van internetbehandeling bepalen.

Patiënten die op internet informatie zoeken, veel kennis van hun gezondheid hebben, gebruik maken van internet en tevreden zijn over de ontvangen gezondheidszorg zullen naar alle waarschijnlijkheid meer gebruik maken van *eHealth*. In het volgende hoofdstuk zullen we kijken wat deze voor de vraagstelling betekent.

9 Discussie

In dit hoofdstuk wil ik de resultaten van het literatuur- en het vragenlijstonderzoek bespreken. De eerste deelvraag die we ons stelden was of *eHealth* een toegevoegde waarde heeft voor de patiënt. Dit is het geval als de aangeboden dienst voor de patiënt voldoende verwachte en waargenomen kwaliteit heeft. We hebben kwaliteit gedefinieerd in termen van effectiviteit, efficiëntie en servicekwaliteit. De geciteerde effectiviteitsstudies laten zien dat bij lichte problematiek vanuit klinisch oogpunt *e-mental health* een goed alternatief voor reguliere zorg is. De efficiëntie kan worden opgesplitst in het efficiënt-zijn voor de patiënt in termen van tijdwinst en het efficiënt-zijn voor de organisatie in termen van kostenreductie. Het eerste behoort tot de vermeende voordelen van internetbehandeling voor de patiënt, het tweede valt onder de toegevoegde waarde voor de organisatie (gezondheidswinst per kosten eenheid). Ik kom daar bij deelvraag 2 op terug.

Volgens de literatuur vergroot internetbehandeling de toegankelijkheid en de servicekwaliteit van zorg (kortere wachttijden, 24-uurservice, en onafhankelijkheid van plaats) en is daarmee voor de patiënt aantrekkelijk. Men baseert dit op ervaringen die in de *e-commerce-branche* opgedaan zijn. De aanname is dat dit in dezelfde mate ook van toepassing is bij *e-mental health* programma's, maar de empirische onderbouwing van deze aanname ontbreekt. Deze wordt ook niet in het vragenlijst-onderzoek gevonden. De uitkomst op hypothese 3 laat zien dat voor patiënten deze voordelen geen voldoende reden zijn om gebruik te willen maken van *e-mental health*. De variabele 'voordelen' werd geoperationaliseerd met items die in de literatuur als patiëntvoordelen werden omschreven. Voorbeelden van gebruikte items zijn vragen naar de anonimiteit, snellere hulp of niet graag over jezelf willen praten. Statistisch heeft deze variabele voldoende betrouwbaarheid. Op basis van het

kwantitatieve onderzoek kunnen we in tegenstelling tot hetgeen in de literatuur wordt gesuggereerd, concluderen dat *e-mental health* voor patiënt uit onze steekproef geen meerwaarde heeft en de kans dat hij deze behandelvorm zonder meer zal accepteren niet groot is. Aangetekend moet worden dat de betrouwbaarheid van deze variabele matig was.

De onvoldoende patiëntwaarde van *e-mental health* in zijn huidige vorm blijkt ook uit ons eerdere *drop-out*onderzoek (Daansen et al., 2009). Daar kwam naar voren dat patiënten ondanks de gerapporteerde tevredenheid en de klachtreductie het programma te onpersoonlijk vonden. Ze wilden meer informatie over probleemgebieden die niet direct verbonden waren met de eetstoornis. In termen van Grönroos voldoet het programma wel aan de technische kwaliteit, maar niet aan de functionele. Ik heb daarom op itemniveau gekeken of patiënten de klachtgerichtheid van internetbehandeling weten te waarderen of dat ze de in de vakliteratuur vaak genoemde therapeutische relatie toch belangrijk vinden (Summers & Barber, 2003). Met een score van 5,45 op de 7-punts-Likerstschaal lijkt dat niet het geval te zijn. De non-significantie van hypothese 7 wijst in dezelfde richting. Er werd geen verband tussen het klachtniveau en voorkeur voor internetbehandeling gevonden. Ik kan daaruit concluderen dat klachtreductie een noodzakelijke, maar geïsoleerd niet voldoende kwaliteitsparameter voor goede zorg is. Op basis van hypothese 11 kan de conclusie worden getrokken, dat internetbehandeling voor de patiënt wel een toegevoegde waarde krijgt als die in vorm van '*blended treatment*', dat wil zeggen een op maat toegesneden vorm van behandeling, wordt aangeboden. De combinatie van internetbehandeling en persoonlijk contact lijkt daaraan het beste te voldoen. Internetbehandeling in de huidige vorm, waarbij vooral sprake is van begeleide zelfhulp heeft voor de meeste patiënten in dit onderzoek geen toegevoegde waarde. Het onpersoonlijke karakter dat patiënten, zoals uit het onderzoek blijkt, met *e-mental health* associëren, kan zelfs tot ontevredenheid over de ontvangen zorg en daarmee tot het afbreken van de behandeling leiden (Kerr, et al., 1998). Dit zal zeker het geval zijn als er voldoende behandelalternatieven zijn waardoor de gedragsintentie negatief kan worden beïnvloed (Sheppard et al., 1988). In Nederland is dat met de grote dichtheid aan gespecialiseerde GGZ bijna altijd het geval. Bij eetstoornissen dringt de directe omgeving van de patiënt vaak snel aan op klinische opname. Ook huisartsen adviseren dit regelmatig, ondanks dat er geen evidentie bestaat

dat klinische behandeling effectiever zou zijn. De in TRA beschreven subjectieve norm speelt bij de keuze voor een alternatief bijna altijd een belangrijke rol. Ook kan ik concluderen dat in termen van het SERVQUAL-model er sprake is van een gap 1: het management heeft niet de juiste perceptie wat patiënten op het terrein van *eHealth* willen. In het conceptuele model werd dit discongruentie tussen de behandelvoorkeur van de patiënt en het behandelvoorstel van de organisatie genoemd. Eysenbach (2005) spreekt van ‘*disenchantment discontinuance*’ en bedoelt daarmee dat de patiënt teleurgesteld raakt van de hulp en deze vervolgens afbreekt.

De tweede deelvraag heeft betrekking op de toegevoegde waarde van *eHealth* voor de organisatie. De toegevoegde waarde voor de organisatie is nauw verbonden met de acceptatie van deze behandelingsvorm door de patiënt. Als dat niet het geval is, levert *eHealth* geen concurrentievoordeel op. Maar we hebben ook gezien dat *e-mental health*, indien goed gepositioneerd binnen de CDVC, wel een toegevoegde waarde voor de organisatie kan hebben. Daarvoor is noodzakelijk dat er op grote schaal gebruik van gemaakt wordt en het aantal drop-outs laag is. Een hoog volume en lage *drop-out* laten de laten de gezondheidswinst per kosten eenheid toenemen. Dit kan de concurrentiepositie van de organisatie versterken of zoals Porter en Olmsted Tijdsberg (2006,p.13) dat beschrijven ‘*creating value based competition on results*’. Hiervoor is, zoals onze analyse van de CDVC laat, een goede patiëntselectie vereist: voor wie is *e-mental health* geschikt en voor wie niet? Onderzoek naar de voorgeschiedenis, diagnose en wellicht ook bereidheid tot het volgen van internetbehandeling is voor start van de behandeling geïndiceerd.

De vraag of internetbehandeling inderdaad ook kosteneffectief is, kan op grond van onderzoek op dit moment niet worden beantwoord. Indien voor onbegeleide zelfhulp wordt gekozen, is dat vanwege de tijdsparing zeker wel het geval, maar daar staat de tegenover dat deze vorm empirisch nauwelijks effect sorteert (Cuijpers et al., 2010; Ruwaard & Lange, 2010). In theorie kan bij begeleide zelfhulp wel de tijdbesteding van de behandelaar gereduceerd worden, waardoor meer mensen behandeld kunnen worden. Maar kosteneffectiviteit is meer dan de reductie van de behandeltime. Studies naar kosteneffectiviteit moeten directe en indirecte kosten van patiënten, zorgaanbieders, en de

maatschappij als geheel berekenen (McLaren, Yellowless & Wootton, 2003). Helaas bestaan er echter op dit moment geen *follow-up* studies die laten zien dat *e-mental health* programma's ook op lange termijn effectief zijn. Indien dat niet het geval is, kan internetbehandeling vanwege een te verwachten groot aantal heraanmeldingen en eventueel ziekteverzuim door de klachten zelfs duurder uitpakken.

Toch kunnen we concluderen dat *eHealth* in potentie bij voldoende acceptatie kostenreducerend kan zijn en daarmee de organisatiestrategie van kostenleiderschap kan ondersteunen. Het is daarvoor belangrijk dat de totale tijd per contact minder is dan bij een vergelijkend *face-to-face* contact. Zeker met oog op de geplande volledige DBC-fianciering in de GGZ is tijdreductie van grote betekenis voor de zorgaanbieder. Tijdwinst kan geboekt worden door bij de beantwoording van de e-mails niet op alle co-morbiditeit in te gaan en zich te beperken tot klachtspecifieke hulp. Dit lijkt in tegenspraak te zijn tot de oproep naar een meer persoonlijke benadering van patiënten, maar dat moet niet het geval zijn. Ook bij klachtgerichte behandelingen zijn het bieden van steun, begrip of empathie en een goede therapeutische relatie basisingrediënten van een goede behandeling (Ruglass & Safran, 2005) die ook in *mental health* gecommuniceerd kunnen worden (Knaevelsrud & Maercker, 2006). Indien de organisatie ervoor kiest de patiënt meer centraal te stellen door aan te sluiten bij patiëntbehoefte (zie deelvraag 1) of deze zelf te creëren (zie deelvraag 5) kan *e-mental health* zelfs de bedrijfsstrategie van *operational excellence* ondersteunen.

Onze derde deelvraag luidde: Wat zijn de kenmerken van een goed service concept voor *eHealth*? Het model van Schmenner (1986) laat zien dat *eHealth* de aard van de geboden service verandert. De interactie tussen patiënt en hulpverlener neemt net als de arbeidsintensiteit door dit nieuwe instrument af. Er is geen sprake meer van professionele service in vorm van *face-to-face* contacten, maar van een servicefabriek. We hebben gezien dat het met *eHealth* geassocieerde onpersoonlijke karakter van serviceverlening waarschijnlijk daaraan bijdraagt en een belemmering voor de acceptatie vormt. Toch moet de verschuiving van professionele service naar servicefabriek door *eHealth* geen onoplosbaar probleem zijn, zolang deze behandelvorm aan de verwachtingen van de patiënt voldoet. Door voldoende toevoeging van persoonlijk *face-to-face* contact (zie onderaan) komt er meer zorg op maat

en is er geen sprake van een servicefabriek, maar van een servicewinkel. Deze vorm van *'blended treatment'* heeft natuurlijk wel effect op de tijdsinvestering en is daardoor minder kosteneffectief.

Technologisch zijn de meeste patiënten in staat om gebruik te maken van internet. Slecht zes patiënten hebben geen computer of geven aan geen kennis te hebben om een computer te gebruiken. Een achterafanalyse laat zien dat dit samenvalt met mensen die niet de Nederlandse nationaliteit hebben. Dit betekent dat bijna alle Nederlandse patiënten technologisch wel gebruik zouden kunnen maken van *online*behandeling. De lage acceptatiegraad tot op heden doet vermoeden dat de gepercipieerde functionele kwaliteit van *eHealth* te laag is. Azjens's TPB voorspelt in dat geval een negatieve gedragsintentie, i.c. er zal geen voornemen zijn om gebruik te gaan maken van internetbehandeling. Fitzsimmonds en Fitzsimmonds (2008) beschrijven vijf verschillende vormen van serviceverlening op basis van technologie oplopend van technologie-vrije dienstverlening tot technologie gegenereerde *self-service*. Volgens de auteurs is *self-service* voor de dienstverlener vooral uit kostenoverwegingen interessant; de acceptatie voor de consument is afhankelijk van maatwerk, gemak en controle. De zorgaanbieder zal daarom ook bij de servicebehoefte van de patiënt moeten aansluiten door het aanbieden van maatwerk. Dit komt overeen met de bevindingen van Veeninga en Hafkenscheid (2004): patiënten die niet krijgen wat ze bij start van de behandeling wensen, breken significant vaker de behandeling af. Toegepast op *eHealth* betekent dat dat patiënten waarschijnlijk *eHealth* alleen dan zullen accepteren als zij deze vorm niet als te onpersoonlijk ervaren (zie ook deelvraag 1). *Gap 1* uit het SERVQUAL-model, het verschil tussen hetgeen het management denkt dat wat de consument wenst en hetgeen de consument echt wenst, kan op deze wijze overbrugd worden. Voor de acceptatie van *eHealth* is het ook van groot belang dat *gap 5* (verschillen tussen de door de consument verwachte dienst en de ervaren dienst) uit het SERVQUAL-model van Parasuraman et al. (1988) wordt gevuld. TAM voorspelt dat het veronderstelde nut (PU) en veronderstelde gebruikersgemak (PEOU) daarbij een rol spelen. Aan de door Parasurman et al. (1988) genoemde vijf dimensies van goede servicekwaliteit moet worden voldaan om goede servicekwaliteit te verzorgen. Geconcretiseerd betekent dit dat bij begeleide zelfhulp de antwoordmails een ondersteunend en begripvolle toon moeten hebben, dat het programma bereikbaar is en het antwoord van de begeleider op het

afgesproken moment ontvangen wordt. De betrouwbaarheid, het ondersteunende karakter en de empathie die, zoals al is aangegeven ook via e-mails kan worden gecommuniceerd, kan door de al genoemde persoonlijke *face-to-face*-contacten verder worden versterkt. Tenslotte is *gap 4* (de organisatie belooft teveel aan de klant) relevant. Volgens Parasuraman (1988) is deze *gap* het gevolg van irreële beloften door het management aan de consument, maar toegepast op *eHealth* zou dit ook kunnen betekenen dat er onvoldoende met de consument wordt gecommuniceerd en de voordelen van *eHealth* juist onderbelicht blijven.

Het succes van *eHealth* is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit c.q. effectiviteit van de service, maar ook van de mate dat deze nieuwe vorm van behandeling door de patiënt en zijn omgeving wordt geaccepteerd. Uit het onderzoek blijkt dat de subjectieve norm geen enkele rol bij de aanvaarding van *eHealth* speelt. Veeleer wordt het aanvaarden van technologie in grote mate bepaald door de uiteindelijke tevredenheid van de aangeboden dienst (Tan, 2005). De zorgaanbieder moet zich dan ook geheel op de doelgroep zelf richten. Veel *eHealth* projecten mislukken, omdat de zorgaanbieder onvoldoende rekening houdt met essentiële factoren die de onderliggende acceptatie uiteindelijk bepalen (Davis et al., 1989). Dit brengt ons bij de vierde deelvraag, namelijk welke factoren tot de acceptatie van *eHealth* bijdragen.

Het kwantitatieve onderzoek laat zien (zie hypothese 1 en 2) dat het veronderstelde nut (PU) en de extrinsieke motivatie (EM) beide de gedragsintentie bevorderen om internetbehandeling te volgen. De PU wordt daarbij ook beïnvloed door het veronderstelde gemak van gebruik (PEOU), de extrinsieke motivatie door de intrinsieke motivatie. Een verklaring hiervoor kan zijn dat potentiële gebruikers van e-mental health in eerste instantie kijken of de technologie kan helpen de klachten te behandelen en pas in tweede instantie naar het gebruikersgemak. Dit geldt ook voor de motivatie. Gebruikers worden eerst gemotiveerd door de gepercipieerde toegevoegde waarde en beoordelen dan pas of ze het ook leuk vinden. Wellicht verklaart de variabele ‘waargenomen nut’ ook indirect de variabelen ‘informatie zoeken’ en ‘kennis over de gezondheid’ die beide tot acceptatie van internetbehandeling bijdragen.

Patiënten met een geringe kennis over hun gezondheid zoeken meer informatie over hun gezondheid op internet op. Beide variabelen lijken vooral met oogpunt op de marketing van groot belang te zijn.

Dit brengt ons bij de laatste deelvraag of de huidige marketing bijdraagt aan de implementatie van eHealth. Opvallend is dat slechts een klein gedeelte van de patiënten (21 %) zich aanmeldt via zoekmachines of sites van de organisatie. Het merendeel van de patiënten meldt zich aan op advies van de huisarts. Rekeninghoudend met het gegeven dat patiënten wel zoekgedrag hebben en graag meer informatie over hun klachten hebben (hypothese 9 en 13) is dit verrassend. Dit kan meerdere redenen hebben. De vindbaarheid van de sites is matig of de sites nodigen onvoldoende uit om informatie op te zoeken over de internetbehandelingen. Zowel de PsyQ-site als ook de site van Boulimiadebaas staan bij Google op de eerste pagina wat betreft het trefwoord 'boulimia nervosa', maar krijgen weinig treffers op andere trefwoorden. De site Eetbuienondercontole is bij Google moeilijk vindbaar, waardoor het aantal bezoekers laag is. De (beperkte) vindbaarheid speelt waarschijnlijk wel een rol, maar verklaart onvoldoende het geringe aantal aanmeldingen die door de site worden gegenereerd. Dit doet vermoeden dat de op de sites gepresenteerde informatie onvoldoende een klantbelofte inhoudt. De marketing kan versterkt worden door meer voor de patiënt relevante informatie over de programma's te geven. Deze moet aansluiten bij de informatiebehoefte van de patiënt, maar ook aansluiten bij het gepercipieerde nut van internetbehandeling. We hebben gezien dat het bij marketing voor dienstverleningsproducten gaat om beloften die de aanbieder aan de consument maakt. De huidige marketing vindt uitsluitend plaats via het geven van informatie op de betreffende websites. Het ontbreekt feitelijk aan goede communicatie van een relevante klantbelofte, terwijl dit van groot belang is voor succes (Management Kennisbank, 2005). Ook is het aantal *links* met andere websites bijna nihil, hetgeen de vindbaarheid negatief beïnvloedt. Kortom: de externe marketing zal versterkt moeten worden. Dit kan eventueel ook via *social media*, met name Hyves. Gebruikers van dit medium hadden significant vaker een voorkeur voor internetbehandeling. Tegelijkertijd kan ook de interactieve marketing verbeterd worden. Op dit moment bestaat het interactieve gedeelte uit een zelftest gericht op het stellen van een diagnose, maar er is geen gedeelte

waar bijvoorbeeld een triage plaatsvindt. Interactie met de site versterkt de intrinsieke motivatie (Hörner, 2006).

Ik heb nog niet stilgestaan over de manier waarop de informatie moet worden verstrekt. Volgens TRA is gedrag het gevolg van een bewuste keuze. Ik heb laten zien dat veel gedrag niet het gevolg is van een bewuste keuze, maar onbewust gestuurd worden. Marketing kan bij uitstek aansluiten bij deze onbewuste processen. Zowel rationale informatie als ook emotionele ervaring hebben invloed hebben op het verwerkingsproces van de consument. Het is dan ook belangrijk de consument emotioneel te betrekken om de aandacht van de consument te verhogen. Beide elementen zijn met elkaar verweven en kunnen niet worden onderscheiden van elkaar. Er kunnen twee manieren van productervaring worden onderscheiden: directe en indirecte ervaringen (Hagemeijer, 2007). Deze twee manieren van opdoen van ervaringen hebben invloed op hoe de attitude wordt beïnvloed. Ze zijn vaak gevormd op basis van affectieve evaluaties.

Wat betekenen deze deelconclusies voor onze hoofdvraag *‘Welke factoren dragen bij aan de acceptatie van eHealth als alternatief voor reguliere face-to-face-behandeling in de geestelijke gezondheidszorg’* ? eHealth kan alleen dan een succes worden als aan de patiënt een duidelijke klantwaarde wordt gecommuniceerd. De klantwaarde behelst dat de organisatie communiceert dat zij eHealth een verantwoorde en effectieve vorm van behandeling vindt. Het ervaren nut van behandeling (PU) is een sleutelfactor voor acceptatie van eHealth en kan door het benadrukken van voordelen versterkt worden. Tot op heden vindt aanmelding voor behandeling uitsluitend plaats via zelfaanmelding op de site. Wellicht kunnen hulpverleners ook bij reguliere aanmeldingen actief op deelname gaan sturen. Hypothese 7 laat zien dat ernst van klacht niet de voorkeur voor een behandelvorm bepaalt. Dit betekent dat bij toewijzing door de organisatie vooral gekeken moet worden naar klinische criteria die wel of niet een internetbehandeling toelaten. Daarnaast zal de patiëntwens bij de toewijzing van zorg een grotere rol moeten krijgen dan tot nu het geval is. Alleen dan is de al genoemde discongruentie tussen behandelvoorkeur van de patiënt en het behandelvoorstel van de organisatie te vermijden. Bij de introductie van e-modules is het belangrijk dat de patiënt weet

dat *e-mental health* niet in plaats van *face-to-face*-contacten komt, maar ter ondersteuning. Sommige modules zoals 'dieetinzicht' kunnen zeker ook een plek in de terugvalpreventie krijgen. Ongevraagd hadden veel respondenten op de vraag aangegeven internetbehandeling niet te wensen, maar als nazorg wel. Andere modules zoals trainingen kunnen als vervanging van huiswerkopdrachten dienen. De *online*activiteit kan dan tegelijkertijd worden gebruikt als check op de therapietrouw.

Uit het bovenstaande blijkt dat *e-mental health* veel mogelijkheden heeft. Het kan zowel de klantwaarde voor de patiënt als ook de toegevoegde waarde voor de organisatie vergroten. Maar dat zal alleen lukken als *eHealth* past in de bedrijfsstrategie. Voor de zorgaanbieder betekent dit dat zijn bedrijfsstrategie *operational excellence* zal moeten zijn, en geen kostenleiderschap. Bij de strategie van *operational excellence* staat de klant centraal (*demand-side*), terwijl bij het kostenleiderschap het versterken van de concurrentiepositie van de zorgaanbieder voorop staat door zo goedkoop mogelijk een dienst aan te bieden (*supply-side*). De kans op tevreden patiënten neemt toe als aan zijn hulpvraag uit het conceptuele model wordt voldaan. Is dat niet het geval omdat de organisatie haar eigen belangen laat prevaleren, zal de kans op *drop-out* daarentegen juist toenemen. We hebben gezien dat er rekening moet worden gehouden met de patiëntbehoefte rekening. Het is een voorwaarde voor acceptatie van *eHealth*. Dit vertaalt zich in '*blended treatment*', een gecombineerde vorm van *face-to-face* behandeling en *e-mental health*. Deze vorm van behandeling is door de grotere benodigde tijdinvestering voor de organisatie waarschijnlijk duurder en staat daarmee haaks op de strategie van kostenleiderschap. Toekomstig onderzoek zal hierover uitsluitsel moeten geven.

De acceptatie van *eHealth* kan ook actief door de organisatie worden bevorderd door klantwaarde te creëren. Daarvoor is meer marketing nodig. In de gezondheidszorg bestaat het product uit de dienstverlening. Toegepast op *eHealth* betekent dit met externe marketing de waarde van dit product aan de potentiële klanten gecommuniceerd wordt. De prijs van de gezondheidsdienst is in het Nederlandse systeem voor de patiënt van geen belang, omdat hij in de meeste gevallen niet zelf voor de behandeling betaald. Voor de patiënt zal de toegevoegde waarde vooral op het terrein van tijdwinst en gebruikersgemak van *e-mental health* liggen.

De promotie van het product vindt vooral plaats via het geven van informatie. De informatie met gericht zijn op het bevorderen van beslissingen en, *evidenced based* zijn (Mettler & Kempler, 2005). De organisatie moet benadrukken dat *eHealth* effectief is, maar ook dat er persoonlijke aandacht wordt gegeven. De sites moeten dit als het ware al uitstralen, zowel op rationeel als ook op affectief niveau en zich steeds richten op de patiëntbehoefte: effectieve zorg in combinatie met persoonlijke contact. De organisatie zal via marketing de patiëntbehoefte moeten beïnvloeden en vooral een duidelijke klantenbelofte creëren. Ook zullen de welkom-sites van de programma's en de organisatie interactief moeten zijn. Dit is meer dan gebruik te maken van filmpjes. Interactieve e-marketing impliceert dat informatie niet passief, maar actief wordt gegenereerd. Ervaringsberichten van andere patiënten, zelftests of *chatboxen* zijn daarvoor voorbeelden. Als laatste zal aandacht gegeven moeten worden aan de interne marketing; het personeel moet leren patiënten te motiveren om gebruik te maken van *e-mental health-programma's* of *e-modules*.

Ik wil dit hoofdstuk afsluiten met enkele beperkingen van het onderzoek. Voor de steekproef zijn uitsluitend patiënten van het zorgprogramma Eetstoornissen & Obesitas geselecteerd. Deze patiënten zijn waarschijnlijk voor een groot gedeelte van de patiënten in de *cure-sector* van de geestelijke gezondheidszorg representatief, maar zeker niet voor alle. Bij sommige klachten speelt schaamte een grotere rol dan bij andere. Dit geldt voor sommige verslavingsziekten, seksuele problematiek en wellicht ook sommige vormen van PTSS. Het is niet ondenkbeeldig dat de anonimiteit van onlinebehandelingen het bespreken van moeilijke onderwerpen eerder makkelijker dan moeilijker maakt (Lange Rietdijk, Hudcovicova, v.d Ven, Schrieken & Emmelkamp, 2003) en daardoor de voorkeur van de patiënt geniet boven reguliere behandeling. Het ontbreken van non-verbale signalen (lichaamstaal, mimiek) kan juist tot meer intimiteit en openhartigheid leiden (Wagner & Lange, 2008). Voor deze patiëntengroep heeft *eHealth* bij uitstek een toegevoegde klantwaarde.

Een tweede beperking van het onderzoek is dat het aantal respondenten van de vragenlijst kleiner was dan gehoopt. Bij een groter aantal respondenten was het mogelijk geweest de internetgroep en de *face-to-face*-groep met elkaar op een aantal variabelen te vergelijken. Dit was nu om statistische redenen

niet mogelijk. Een directe vergelijking van deze groepen had waarschijnlijk meer informatie gegeven over relevante factoren die bij de acceptatie van *eHealth* een rol spelen dan het huidige onderzoek. Het is dan ook aan te bevelen het huidig onderzoek te continueren.

10 Aanbevelingen

Op basis van de discussie kunnen volgende aanbevelingen worden gedaan. Sommige aanbevelingen zijn al door PBG en PsyQ gerealiseerd, andere niet:

1. De marketing kan worden versterkt door op de sites duidelijk aan te geven wat de voordelen van *e-mental health* zijn. Dit kan gebeuren door meer op het gebruikersgemak en de efficiëntie van het programma op de sites te wijzen. en ervaringen van eerdere gebruikers in de *glossy* te publiceren.
2. De persoonlijke aandacht voor de patiënt moet gecommuniceerd worden.
3. Benadrukt moet worden dat ook *e-mental health* zorg op maat is!
4. Door het koppelen van een *chatbox* aan de *glossy* wordt de interactiviteit van de *site* verhoogt.
5. Ervaringsberichten op de site (in de *glossy*) van andere patiënten verhogen de interactiviteit en verhoogt ook de betrouwbaarheid van de informatie.
6. Er kan op de site een korte triage worden gezet. De patiënt kan dan zelf zien of hij in aanmerking komt voor internetbehandeling. Dit kan enerzijds patiënten juist motiveren om daarvan gebruik te maken, anderzijds patiënten die niet geschikt zijn direct naar de reguliere behandeling verwijzen. De triage moet niet alleen rekening houdend met de ernst van de klacht, maar ook andere kwaliteitsparameters impliceren. Een dergelijke triage voorkomt teleurstellingen.
7. Maak niet alleen gebruik van informatie, maar creëer een emotionele basis. De *dual-system-theory* laat zien dat veel gedrag niet door het verstand maar door emoties gestuurd. Marketing die daarop aansluit is vaak effectiever.

Samenvatting

In deze thesis is onderzocht welke factoren de acceptatie van *e-mental health* kunnen bevorderen. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en een kwantitatief onderzoek bij patiënten. Gekeken is in hoeverre *eHealth* past in de waardeketen van Porter, aan welke criteria van service management *eHealth* moet voldoen en welke patiëntenfactoren bijdragen aan de acceptatie van *eHealth*. Vanuit oogpunt van servicemanagement blijkt dat de kans op acceptatie van *eHealth* groter wordt naarmate deze dienst aan de verwachtingen van de patiënt voldoet. Daarvoor is het nodig dat de patiënt overtuigd is dat technologie hem kan helpen om meer grip op zijn problemen te krijgen. Patiënten vinden het bovendien belangrijk dat er persoonlijk contact is. De meeste patiënten die wel gebruik willen maken van *eHealth*, willen dat in combinatie met *face-to face* contact. Hierdoor wordt vanwege een grotere tijdinvestering de beoogde kostenreductie voor de organisatie minder, maar levert wel meer tevreden patiënten op. *eHealth* past dan ook beter in een bedrijfsstrategie van *operational excellence* dan in de strategie van kostenleiderschap. Een probleem is dat patiënten weinig andere kenmerken van *eHealth* als voordeling beschouwen, terwijl organisaties dit wel als belangrijkste verkoopargument gebruiken. Via externe, interactieve en interne marketing die zowel op het rationale als ook op het affectieve verwerkingsniveau van de patiënt moet aansluiten, kan de organisatie een klantbelofte creëren. *E-mental health* is een effectieve zorg op maat die bovendien het voordeel heeft dat men niet moet reizen en onafhankelijk is van tijd.

Referenties

Almer, S. (2008). Das Fernbehandlungsverbot als rechtliche Grenze im einsatz Neuer Medien in der psychosozialen Versorgung. IN Bauer, S. & Kordy, H. (eds). E-mental Health. *Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. Heidelberg: Springer, p 13-33.

Andersson, G., Bergstöm, J., Holländere, F., Carlbring, P., Kaldö-Sandstöm V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.

APA (1994). Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders. New York: American Psychiatric Association.

Armitage, C.J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour. A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.

Audenhove, C. van & Vertommen, H. (2000). A negotiation approach to intake and psychotherapy choice. *Journal Psychotherapy integration*, 10, 287-299.

Bagozzi, R. P. & Warshaw, P. R. (1992). Development and test of a theory of a technological learning and usage. *Human Relations* 45, 660-686.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Berkowitz, E.N. (2006). *Essentials of healthcare marketing*. Sudbury, Ma: Jones & Bartlett.

Black, A.D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., McKinstry, B., Procter, R., Majedd, A, & Sheik, A. (2005). The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview. *PloSMed*, 18, e1000387.

Bitner, M.J. (1995). Building service relationships: it's all about promises. *Journal Academy of marketing Science*, 23, 246-251.

Bodenheimer, T. & Grumbach, K. (2003). Electronic technology: a spark to revitalize primary care? *JAMA*, 290, 259-264.

Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Boston Consulting Group (2010). *Kiezen voor kwaliteit. Portfoliokeuze van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten*. Amsterdam: BCG.

Bruhn, M. (1997). *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Grundlagen, Konzepte, Methoden*. Berlin: Springer.

Callens, S & Cierkens, K (2008) Legal aspects of E-HEALTH. *Stud Health Technol Inform*, 141, 47-56.

Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., Söderberg, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: life therapy vs. self-help via the internet. *Behavioral Research and Therapy*, 43, 1321-1333.

Carrard, I., Fernández-Aranda, F., Lam, T., Nevoen, L., Liwowsky, I., Volkart, A., Rouget, P., Golay, A., Linde, M. van der, & Norring, C. (2011). Evaluation of a guided internet self-treatment programme for bulimia nervosa in several European countries. *European Eating Disorders Review*, in press.

Carrard, I., Rouget, P. Fernández-Aranda, F. Volkart, A.-C., Damoiseau, M.M., & Lam, T. (2006). Evaluation and deployment of evidence based patient self-management support program, for bulimia nervosa. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 101-109.

Celio, A.A., Winzelberg, A.J., Wilfley, D.E., Eppstein-Herald, D., Springer, E.A., Dev, P., & Taylor C.B. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 68, 650-657.

Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S.C., & Shelleke, P.G. (2006) Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann intern Med*, 16, 742-752.

Chin, R. (2000) The Internet: another facet to the paradigm shift in healthcare. *Singapore Med J*, 41, 426-429.

Chiu, T.M., & Eysenbach, G (2010). Stages of use: consideration, initiation, utilization, and outcomes of an internet-mediated intervention. *BMC Med Inform Decis Mak*, 10, 73.

Chismar, W.G. & Wiley-Patton, S. (2003). Does the extended Technology Acceptance Model apply to physicians? *Proceedings of the 36th Hawaii Conference on Systemic Sciences*.

Chuang, S.C. & Lin, H.M. (2007). The effect of induced positive and negative emotion and openness-to-feeling in student's consumer decision making. *Journal of Business and Psychology*, 22(1), 65-78.

Cooper Z., Fairburn C.G. & Hawker D.M. (2003). *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity*. New York/London: Guilford Press.

Copeland J., & Martin, G. (2004). Web-based interventions for depression and substance abuse. A qualitative review. *J Subst Abuse Treat*, 26, 109-116.

Croonen, H. (2011). Succesvol werken met e-health. *Medisch Contact*, 66, 77-80.

Cuijpers, P., Donker, T., Straten A.van, Andersson, G. (2010) Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med*, 40, 1943-1957.

Daansen, P. (2008). Boulimiadebaas: behandeling via het internet. *PsychoPraxis*, 10, 39-44.

Daansen, P & de Jong, M. (2009). De cognitieve component. IN S. Colijn, H. Snijders, M. Teunissen, S. Bögels, W. Trijsburg (red). *Leerboek Psychotherapie*, pp. 85-96. Utrecht: De Tijdstroom.

Daansen, P, Hartings, R., Schilt J.v., & Spaargaren, J. (2011). Van aanbod- naar vraagregulering. Marktwerking in de curatieve GGZ. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 84-99.

Daansen, P.J, Noordenbos, G. & Beek, J.v (2009). First drop-out analysis of an internet bases treatment of bulimia nervosa. *Paper ECED, London, 12.09.2009*.

Daansen, P.J., Noordenbos, G. & Hees, V.v (in voorbereiding). *Evaluation of an internet delivered cognitive-behavioural treatment of bulimia nervosa*.

Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13, 319–329. Davis, F.D. (1998). Users acceptance of information technology: system characteristics, user perceptions, and behavioral impacts. *Int J man Mach Stud*, 38, 475-478.

Davis, F., Bagozzi, R., & Warshaw, R. (1989). User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models. *Management Science*, 35, 982-1003.

DBC Onderhoud (2010): Productstructuur ggz 2010. www.dbconderhoud.nl.

Deber, R.B., Kraetschmer, N., & Irvine J. (196). What role doe patients play in treatment decision making? *Arch Intern Med*, 156, 1414-1420.

- Dillon, A., & Morris, M. G. (1996). User acceptance of information technology: Theories and models. *Annual Review of Information Science and Technology*, 31, 3-32.
- Evans J.St.B.T. (2006). Dual system theories of cognition, some issues. *Proceedings of the 28th annual meeting of the cognitive Science Society, Vancouver*, 202-207.
- Evans J.St.B.T. (2008). Dual-processing accounts of reasoning, judgement, and social cognition. *Annual Review Psychology*, 59-255-278.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal Medical Internet Research*, 3, E20.
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal Medical Internet Research*, 7, E11.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behaviour. An introduction to theory and research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Fitzmaurice, J. (2005). Incorporating consumer's motivation into the theory of reasoned action. *Psychology & Marketing*, 22, 911-929.
- Fitzsimmonds, J.A. & Fitzsimmonds, A. (2008). *Service Management*. New York McGraw Hill.
- Flynn, D., Gregory, P., Makki, H., & Gabbay, M. (2009). Expectations and experiences of ehealth in primary care. A qualitative practice-based investigation. *Int J Med Inform*, 78, 588-604.
- Frankish, K. (2009). Systems and levels: Dual-system theories and the personal-subpersonal distinction. In J. Evans & K. Frankish (eds.). *In two minds: dual process and beyond*. Oxford: University Press, 89-107.
- Garcia-Lizana, F. & Munoz-Mayorga, I. (2010). What about telepsychiatry? A systematic review. *Prim Care Comp to Journ. Clin Psychiatry*, doi:10.4088.
- Gehrhards, S.A.H., Abma, T.A., Arntz, A., Graaf, L.E. de, Ecers, S.M.A.A., Huiberts, M.J.H. et al. (2011). Improving adherence and effectiveness of computerized cognitive behavioral therapy without support for depression: a qualitative study on patient experiences. *Journal Affective Disorders*, 129.117-125.
- Gerhards, S.A.H. de Graaf, L.E., Jacobs, L.E., Severens, J.L., Huiberts, M.J.H., Arntz, A. et al (2009). Economic evaluation of online computerised cognitive behavioural therapy without support for depression in primary care: a randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 196,310-318.
- Gerstner, V. (2002). *Who says that elephant can't dance?: inside IBM'd historic turnaround*. New York: HarperCollins Publishers.
- GGZ Nederland (2010). Zorg werkt! www.ggz nederland.nl
- Graafmans, W.C., Berg, M.J. v.d., Koolman, A.H.E. (2008). Wat verstaan we onder marktwerking in de gezondheidszorg? In: Zorgbalans 2008. Bilthoven: RIVM, www.gezondheidszorgbalans.nl.
- Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2003). Een integratief model van emotie, gedrag en cognitie. In S. Colijn, J.A. Snijders, & R.W. Trijsburg (red.). *Leerboek integratieve psychotherapie* (pp. 79-101). Utrecht: De Tijdstroom.

- Griffiths, K., Farrer, L. & Christensen, H. (2007). Clickety-click: e-mental health train on track. *Austral. Psychiatry*, 15, 100-108.
- Grönroos, C. (1982). An applied service marketing theory. *European Journal Marketing*, 16, 30-41.
- Grönroos, C., 1984, A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18, 36-44.
- Grönroos C. (1990). *Service Management and Marketing*. Lexington, MA, Lexington Books.
- Grol, R (2001). Improving quality of medical care. *JAMA*, 286, 2578-2587.
- Grunwald, M. & Wesemann, D. (2006). Individual use of online-consulting for persons affected with eating disorders and their relatives- evaluation of an online consulting service. *European eating disorder review*, 14, 218-225.
- Hagemeijer, A.A.P. (2007). Virtual experience, de nieuwe koopervaring. Universiteit van Twente. URL: http://essay.utwente.nl/474/1/scriptie_Hagemeijer.pdf (10 mei 2010).
- Hale, J.L., Householder, B.J., & Greene, K.L. (2003). The theory of reasoned action. In J.P. Dillard & M. Pfau (Eds.), *The persuasion handbook: Developments in theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 259–286.
- Harteloh P.P.M. The meaning of quality in health care. A conceptual analysis. *Health Care Analysis*, 11, 259-267.
- Herveg, J. & Poulet, Y. (2007). Which major legal concerns in future ehealth? *International Federation Inform Proceed.*, 233,159-170.
- Hines, T. 2004. *Supply chain strategies: Customer driven and customer focused*. Oxford: Elsevier.
- Holden, R.J. & Karsh, B.-T. (2009). The technology acceptance model. Its past and its future in health care. *J. Biomed Inform*, doi.10.1016/j.jbi.2009.07.002.
- Hilverts, H. (2011) Kostenbesparing door e-mental health. [www. q-note.nl/publicaties](http://www.q-note.nl/publicaties).
- Hörner, T (2006). *Marketing im Internet. Konzepte zur erfolgreichen Online-Präsens*. München: DTV.
- Hommand, Q. (2004) healthcare satisfaction study final report. Harris Interactive/Aria marketing report. www.harrisinteractive.com/new/downloads/harisariahcsatrpt.pdf
- Horrigan,, J.B. & Rainie, L. ((2004). Counting on the internet. Pew internet & American life. www.Pewinternet.org/reports/pdfs/PIP.
- Hsu, J, Huan, J., Kinsman, J., Fireman, B., Miller, R., Selby, J., & Ortiz, E. (2005). Use of e-health services between 199 and 2002.A growing digital divide. *JAMIA*, 1, 164-171.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Jackson J.C.,Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictions of patient satisfaction. *Soc.Science and medicine*, 52,609-621.

- Jung, M.L. & Loria, K. (2010). Acceptance of Swedish e-health services. *J.Multidisc Healthc*, 16, 55-63.
- Kaltenthaler, E., Parry, G., & Beverly, C., (2004). Computerized cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Behav Cogn Psychother*, 32, 31-55.
- Keegan, W.J. & Green, M.C. (2008). *Global Marketing 5th edition*. Upper Saddle River. N.J: Pearson.
- Kerkhof, P. (2006). *Marketingcommunicatie*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Kerr E.A., Hays, R.D. Lee, M.D., & Siu, A.L. (1998). Does dissatisfaction with access to specialists affect the desire to leave a managed plan. *Med Care Res Rev*, 55, 59-72.
- Klundert, J.v.d. (2009). Value-Conscious Health Service organisations. *Inaugural lecture*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- King, W. R.; He, J. (2006). A meta-analysis of the technology acceptance model. *Information & Management Information & Management*, 43, 740-755.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the quality of working alliance predict outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *J Med Internet Research*, 8, e31.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *World Health Organ*, 82, 866-866.
- Kotler, P. & Keller, L. (2005) *Marketing Management*. Upper Saddle River: Pearson.
- Kypri, K. Saunders, J.B. Williams, S.M., McGee, R.O., Langley, J.D., Cattel-Smith, M.L. e.a.. (2004) Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double-blind randomised control trial. *Addiction*, 99, 1410-1417.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J.-P. van de, Schrieken, S., & Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy. A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901-909.
- Lange, A. Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J.-P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. (2005). Interapy: Diagnostiek en geprotocoliseerde behandeling via het internet van welomschreven stoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 355-376.
- Lazarus, I.R. (2001). Separating myth from reality in e-health initiatives. *Managed Healthc Exec*, 16, 33-37.
- Legris, P.; Ingham, J.; Collette, P. (2003). Why do people use information technology? A critical review of the technology acceptance model. *Information & Management*, 40, 191-204.
- Liwowsky, I., Cebulla, M., & Fichter, M. (2006). Neue Wege bei der Behandlung von Bulimia nervosa. *MMW-Fortschr.Med*, 148, 31-33.
- Lloyd-Evans, B., Slade, M., Skinner, R., & Johnson, S. (2010). Developing and comparing methods for measuring the content of care in mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* DOI: 10.1007/s00127-010-0192-4.
- Malcolm, C.L. (2001) Five e-business strategies you can take to the bank. *Healthc Financ Manage*, 55, 72-75.

- Management Kennisbank (2005). Innovatie in de zorg: welke investering loont? www.managementkennisbank.nl.
- McLaren, P., Yellowness, P. & Wootton, R. (2003). Conclusions. In Wootton, R, Yellowness, P. & McLaren, P. (Eds). *Telepsychiatry and e-Mental health*. London. Royal Society Medicine Press, 249-354.
- Meffert, H & Bruhn, M. (1997). *Dienstleistungsmarketing: Grundlagen – Konzepte - Methoden*. Wiesbaden: Gabler.
- Mentzer, J.T., DeWitt, W., Keebler, J., Min, S. Nix, N.W. Smith, C.D., & Zacharia, Z. (2001). Defining Supply Chain Management. *Journal of Business Logistics*, 22, 1–25.
- Mettler, M. & Kemper, D.W. (2005). Information therapy: the strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies in health Technology and Informatics*, 8, 69-76.
- Miller, K. (2005). *Communications theories: perspectives, processes, and contexts*. New York: McGraw-Hill.
- Moore, M.J., Soderquist, J., & Werch, C. (2005). Feasibility and efficacy of a binge drinking prevention for college studentdelivered via the internet versus postal mail. *Journal American Coll Health*, 54, 38-44.
- Myers, T.C., Swan-Kremeier, L., Wonderlich, S., Lancaster, K. & Mitchell, J.E. (2003). The use of alternative delivery systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. Wiley Interscience, 36, 123-143.
- Nederlandse Zorgautoriteit: (2009a). *Meerjarenperspectief 2010-2010. De rol van de NZa als marktmeester*. Utrecht: Nza
- Nederlandse Zorgautoriteit: (2009b). *De curatieve GGZ in 2009. Ontwikkelingen in aanbod en volume*. Utrecht: Nza.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Nevonen, L., Mark, M., Levin, B., Lindström, & Paulson-Karlson, G. (2006). Evaluation of a new internet-based self-help guide for patients with bulimic symptoms in Sweden. *Nord.J.Psychiatry*, 60 463-468.
- Nguyen, H.Q., Cuenco, D, Wolpin, S, Benditt, J., & Carrieri-Kohlman, V.(2007). Methodological considerations in evaluating eHealth interventions. *Can J Nurs Res*, 39,116-134.
- Nijland, N, Gemert-Pijnen, J,van, Boer, H. & Seydel, E.R. (2008). Evaluation of internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *J.Med Internet Res*, 10:e13.
- O'Donohue, W.; Ferguson, K.E. & Naugle, A.E. (2003). The structure of the cognitive revolution. An examination from the philosophy of science. *The Behaviour Analyst*, 26, 85-10.
- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models. A pragmatic and conceptual analysis. *Health Policies*, 22, 424-428.
- Parasuraman, A., Zeithaml V. A. & Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49, 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml V. A. & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64,12-40.

Parnassia Bavo Groep (2010). *Bouwen aan beter. Maatschappelijk verslag 2009*. Schiedam: ParnassiaBavo Groep.

Parnassia Bavo Groep (2011). *Een andere instelling. Bedrijfsplan Parnassia Bavo Groep 2011-2013*. Schiedam: Parnassia Bavo Groep.

Patten, S.B. (2003). Prevention of depressive symptoms through the use of distance technologies. *Psychiatric Services*, 54, 396-398.

Pol, F.van (2005). Gereguleerde marktwerking in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 1095-1107

Porter, M.E. (1980). *Competitive strategy: Techniques for analyzing industries and competitors*. New York: Free Press.

Porter, M.E. (1985). *Competitive advantages*. New York: Free Press

Porter, M.E. & Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining health care. Creating value based competition on results*. Cambridge, Ma: Harvard Business Press.

Postel, M.G., Haan , H. de & De Jong, C.A.J. (2008). E-therapy for mental health problems: A systematic review. *Telemedicine and e-health*, 14 707-714.

PsyQ (2011) *Directiebrief, maart 2011*. Den Haag: PsyQ

Recupero, J.D. & Rainey, S.E. (2005). Informed consent to e-therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 59, 319-331.

Richards, J.C. & Alvarenga, M.E. (2002). Extension and replication of an internet-based treatment program for panic disorder. *Cognitive and Behavioural Therapy*, 31 ,41-47.

Riper, H., Amir, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health-high tech, high touch, high trust. Programmastudie E-mental health*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Rossmann, C. *Theory of reasoned action-theory of planned behaviour*. Baden-Baden: Nomos.

Ruglass, L. & Safran, J. (2005). The therapeutic alliance. In A.Freeman, S., H Felgoise, A.M.Nezu, C.M. Nezu & M.A. Reinecke (eds). *Encyclopedia of cognitive therapy*. New York: Springer: p 405-408.

Ruwaard, J & Lange, A. (2010). Boulimie online overwinnen. Resultaten van een gecontroleerd onderzoek. *Directieve therapie*, 30, 17-34.

RVZ (2003). *Exploderende zorguitgaven. Signalement over uitgavenmanagement*. Zoetermeer: Raad van Volksgezondheid en Zorg.

Sauter, W. (2009). *Marktwerking in de zorg –Toezicht: met oog op de consument*. Rede: Universiteit van Tilburg.

Sanchez, P.M. (2002). Refocusing website marketing, Physician-patient relationships. *Health marketing Quarterly*, 20, 37.

Schalken, F. (2010). *Handboek online hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Sheppard, B.H., Hartwick, J., & Warshaw, P.R (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15, 3

Sherbourne, C.D., Hays, R.D., Ordway, L., DiMatteo, R.D, & Kravitz, R.L (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the medical outcome study. *J Behav Med*, 15, 447-468.

Schmenner, R.W. (1986). How can service business survive and prosper? *Sloan Management Review*, 27, 21-32.

Shortliffe, E.H. (2005). Strategic action in health information technology. *Health Affairs*, 24, 1222-1233.

Simpson, S., Morrow, E., Jones, M. et al (2001). The delivery of a tele-psychiatric service to Shetland. *Clin. Psychol & Psychotherapy*, 8, 130-135.

Slack, N., Chambers, S., Johnston, R, & Betts, A. (2006). *Operating and process management*. Harlow: Prentice Hall.

Slade, M., Thornicroft, G., & Glover, G. (1999). The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 243-249.

Slocum, K.D. (2005). A national health information network vision. *Marketing Health Service*, 25, 43.

Smits, J.P.J.M., Droomers, M., & Westert, G.P. (2002). *Sociaal economische status van toegankelijkheid in de zorg*. Bilthoven: RIVM.

Sorbi, M. & Riper, H. (2009). e-Health –gezondheidszorg via internet. *Psychologie en Gezondheid*, 37, 191-201.

Summers, R.F & Barber, J.P (2003). Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Acad Psychiatry*, 27, 160-165.

Swift, J.K. & Callahan, J.L. (2010) A comparison of client preferences for intervention: empirical support versus common therapy variables. *Journal Clinical Psychology*, 66, 1-15.

Tan, J. (2005). *E-health care information systems*. San Fransisco, Ca: Jossey-Bass,

Treacey, M & Wiersema, F. (1995). *The Discipline of Market Leaders*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Valeri, L., Giesen, D., Jabse, P., & Klokieters, D. (2010). Business Models for ehealth. Final report prepared for ICT Health Unit, DG Information Society and Media, European commission. www.ec.europa.eu/information_society/ehealth.

Venkatesh, V.; Davis, F. D. (2000). A theoretical extension of the technology acceptance model: Four longitudinal field studies", *Management Science* 46(2): 186–204

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

- Venkatesh, V.; Bala, H. (2008). Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions, *Decision Sciences* 39(2): 273–315
- Verheyen, E. (2007). Online zelfhulpgroepen voor mensen met een eetstoornis. *Psychopraxis*, 9, 214- 216.
- Wagner, B. & Lange, A. (2008). Internetbasierte Psychotherapie □Interapy□. IN Bauer, S. & Kordy, H. (eds). E-mental Health. *Neue Medien in der psychosozialen Versorgung*. Heidelberg: Springer, p 105-120.
- Wantland, D.J., Portillo, C.J., Holzemer, W.L., Slaughter, R. & McGhee, E.E.M. (2005). The effectiveness of web-based vs. non web-based interventions: a meta-analysis of behavioural change outcomes. *Journal Medical Internet Research*, 64, E40.
- Warmerdam, L., S., Straten, A. van, Riper, H., & Cuijpers, P. (2010). Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomised trial. *J. Medical Internet Research*, 12, e53.
- Wells, W., Burner, J. & Moriarty, S. (2008). *Advertising principles and practice*. Upper Saddle River, N.J.:Prentice Hall.
- Westert, G.P., van den Berg, M.J., Zwakhals, S.L.N., Heijink, R., de Jong, J.D., & Verkleij, H. (2010). *Zorgbalans 2010 : De prestaties van de Nederlandse zorg RIVM rapport 2005-2006*. Bilthoven: RIVM.
- WHO (2005) *WHA 5828 ehealth.*: Geneva: World Health Organization. Fifty-eighth world health assembly.
- Willems, M. (2011) *Minddistrict. E-health Masterclass*, 18.3.2011: Amsterdam: Vrije Universiteit
- Wilson, A., Zeithaml, V.A., Bitner, M.J., & Gremler, D.D. (2008). *Service Marketing: Integrating customer focus across the firm*. Berkshire: McGraw-Hill.
- Wilson, E.V. & Lankton, N.K (2003). Strategic implications of a synchronous healthcare communication. *Int J Health Technol Manage*, 5, 213-31.
- Wilson, E.V. & Lankton, N.K (2004). Modeling patients' acceptance of provider-delivered e-health. *J Am Med Inform Assoc*, 11, 4 241- 248.
- Winer , R.S. (2007) *Marketing Management*. Upper Saddle River, N.J; Pearson.
- Winzelberg, A.J., Eppstein, D., Eldrege, K.L., Wilfey, R., Dasmahpatra, R. Dev, P., & Taylor, C.B. (2000). Effectiveness of an internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 68, 346-350.
- Wittson, C.L & Benschoter, R. (1972) Two-way television: Helping the medical center reach out. *American Journal of Psychiatry*, 129, 136-139.
- Young, A. S., Grusky, O., Jordan, D., & Belin, T. R. (2000). Routine Outcome Monitoring in a Public Mental Health System: The Impact of Patients Who Leave Care. *Psychiatric Services* 51, 85-91.
- Young, J.E. , Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schematherapy*. New York: Guilford Press.

Zeithaml, V.A. Parasuraman, A. & Berry L.L. (1990). *Delivering Quality Service; Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: Free Press.

Zuurbier, J. & Krabbe-Alkemade, Y. (2007). *Onderhandelen over DBC's. Tweede geheel herziene druk*. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg.

Bijlage

Vragenlijst EHA

Instructie

De vragenlijst bestaat uit 57 vragen en heeft betrekking op enkele persoonlijke gegevens, je aanmeldingsklacht, eerdere behandeling, je verwachtingen van de gezondheidszorg, je internetgebruik en je mening over internetbehandeling. Bij sommige vragen moet het beste antwoord aangekruist worden, bij andere vragen moet zelf het antwoord ingevuld worden. Sla s.v.p. geen vraag over, ook als je eigenlijk vindt dat er geen goed antwoord is..

Persoonlijke gegevens

1. geslacht

- man
 vrouw

2. geboortedatum

3. nationaliteit

4. leefsituatie

- alleenstaand, nooit eerder getrouwd of samenwonend
 gehuwd/samenwonend
sinds (jaar): _____
 gescheiden
sinds (jaar): _____
 weduwe/weduwnaar
sinds (jaar): _____

5. hoogst genoten opleiding?

- universiteit
studierichting: _____
 HBO
studierichting: _____
 MBO
studierichting: _____
 HAVO/VWO
 VMBO
 geen afgesloten schoolopleiding

6. Wat is op dit moment je beroep of opleiding? (meerdere antwoorden mogelijk)

- werk
als _____
hoeveelheid _____ %

- studie
welke? _____
hoeveelheid? _____ %
- geen werk
hoeveelheid? _____ %
- huisvrouw/huisman
hoeveelheid? _____ %
- ziekteverlof
hoeveelheid _____ %
- WAO
hoeveelheid? _____ %
- anders
wat? _____
hoeveelheid? _____ %

Sinds wanneer bestaat de huidige werksituatie (jaar en maand) :

7. Hoe ben je met de behandelafdeling of de internetbehandeling in contact gekomen?

- via de huisarts
- via een familielid/kennis
- ik kende de organisatie al door eerdere behandeling
- via een andere website, namelijk _____
- Ik heb op de webpagina van de organisatie voor passende hulp gezocht
- via een zoekmachine bijvoorbeeld Google
- anders, namelijk: _____

Klachten

8. Wat is je belangrijkste aanmeldingsklacht ? (1 antwoord mogelijk)

- stemmingsklachten
- angstklachten
- relatieproblemen
- alcoholproblemen
- drugsproblemen
- eetproblemen
- lichamelijke problemen
- gewichtsproblemen
- persoonlijkheidsproblematiek

9. Welke klachten heb je nog meer? (meerdere antwoorden mogelijk)

- stemmingsklachten
- angstklachten
- relatieproblemen
- alcoholproblemen

- drugsproblemen
- eetproblemen
- lichamelijke problemen
- gewichtsproblemen
- persoonlijkheidsproblematiek
- overige, namelijk _____

10. Op welke leeftijd had je voor het eerst last van je aanmeldingsklacht?

_____ jaar

11. Wat voor behandeling heb je eerder voor je aanmeldingsklacht gehad? (meerdere antwoorden mogelijk).

		geen ervaring	minder dan 1 jaar totaal	1 jaar of langer totaal	wanneer?
a.	individuele psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jaar _____
b.	gezinstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jaar _____
c.	groepstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jaar _____
d.	klinische opname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jaar _____
e.	medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jaar _____
f.	andere behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jaar _____

welke _____

12. Wat was het effect van de eerdere behandeling(en)?

		geen ervaring	geen slechter verandering	iets beter	veel beter
a.	individuele psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	gezinstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	groepstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	klinische opname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	andere behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

namelijk _____

13. Ben je op dit bij een andere instelling of programma onder behandeling voor je aanmeldingsklacht?

- nee, geen behandeling
- ja, de behandeling wordt binnenkort afgesloten

Wat voor behandeling? _____

14. Mijn voorkeur voor behandeling gaat uit naar...

- persoonlijk contact (face-to-face) met een hulpverlener
- internetbehandeling zonder begeleiding (zelfhulp)
- internetbehandeling met begeleiding via e-mail
- een combinatie van internetbehandeling en persoonlijk contact

Opvattingen over de gezondheidszorg en internet(behandeling)

Kruis bij de volgende het cijfer aan dat het meest van toepassing is (indien u de vragenlijst online invult: zet een kruisje voor het cijfer dat het meest van toepassing is):

15. Ik maak veel gebruik van het internet.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

16. Als er meerdere behandelmethoden zijn, wil ik over allen geïnformeerd worden.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

17. Ik ben van mening dat hulpverleners het doel van onderzoek/behandeling uit moeten leggen.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

18. De mogelijkheid om behandeling via het internet te krijgen is aangenaam.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

19. Ik ben van mening dat naarmate een persoon zieker wordt hem/haar ook meer verteld moet worden over zijn/haar ziekte.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

20. Ik denk dat internetbehandeling prettig kan zijn.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

21. Ik ben zeer tevreden over de medische zorg die ik ontvang.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

22. Ik vind het makkelijk om via internet behandeling te krijgen.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

23. De mogelijkheid om e-mail berichten te versturen en te ontvangen is voor mij belangrijk.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

24. Al met al is de medische zorg die ik ontvang uitstekend.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

25. Ik denk dat internetbehandeling duidelijk en begrijpelijk is.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

26. Binnen de medische zorg die ik ontvang zijn er bepaalde dingen die verbeterd moeten worden.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

27. Ik verstuur veel e-mail berichten.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

28. Als het mogelijk is, ben ik ben van plan internetbehandeling te gaan volgen.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

29. Ik heb veel verstand wat betreft de behandeling van mijn gezondheidsproblemen.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

30. In het algemeen kan internetbehandeling behulpzaam zijn in het beheren van mijn gezondheidszorg.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

31. Ik begrijp mijn gezondheidsproblemen en weet hoe ik ze moet behandelen.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

32. Toegang hebben tot het internet is voor mij van belang.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

33. Ik denk dat internetbehandeling eenvoudig is in gebruik.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

34. Ik ben zeer tevreden over de medische zorg die ik ontvang.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

35. Ik denk dat ik internetbehandeling leuk zal vinden.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

36. Ik ben van mening dat men alle bijwerkingen van zijn/haar medicijnen moet weten.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

37. Door gebruik te maken van internet kan ik beter voor mijn gezondheid zorgen.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

38. Internetbehandeling kan belangrijke aspecten van mijn gezondheidszorg ondersteunen.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

39. Ik vermoed dat ik internetbehandeling ga volgen.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

40. Mijn gezinsleden/vrienden zijn tegen internetbehandeling

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

41. Ik ben bang om met een hulpverlener te praten.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

42. Een voordeel van internetbehandeling is dat het klachtgericht is.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

43. Via internet krijg je sneller behandeling dan via reguliere zorg.

Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing

- 44. Ik hou er niet van over mezelf te praten.**
Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing
- 45. Ik vind het aantrekkelijk om anoniem behandeld te worden.**
Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing
- 46. Ik heb al eerder behandeling gehad, maar dat had geen effect.**
Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing
- 47. Mijn huisarts vindt internetbehandeling niet voldoende.**
Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing
- 48. Internetbehandeling is makkelijk omdat het me minder tijd kost**
Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing
- 49. Internetbehandeling is makkelijk, omdat ik niet moet reizen.**
Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing
- 50. Bij internetbehandeling moet niemand weten dat ik onder behandeling ben.**
Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing
- 51. Een website moet goede informatie geven over het ziektebeeld en de behandel mogelijkheden.**
Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing
- 52. Mijn klachten zijn ernstig.**
Helemaal van toepassing 1 2 3 4 5 6 7 helemaal niet van toepassing
- 53. Aantal bezoeken aan uw huisarts gedurende de afgelopen 6 maanden.**

- 54. Hoeveel verschillende artsen/hulpverleners heeft u de afgelopen 6 maanden gezien?**

- 55. Heeft u een chronische ziekte (zoals diabetes of astma) die extra medische zorg eist?**
 nee
 ja,
 indien ja, welke? _____
- 56. Ik maak gebruik van (meerdere antwoorden mogelijk):**
- | | | |
|---------------------------|------------------------------|---|
| Facebook | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja |
| Twitter | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja |
| Hyves | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja |
| Chatboxes in internetfora | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja |
| Andere social media | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ja, namelijk _____ |
- 57. Ik wil geen gebruik maken van internetbehandeling, omdat (meerdere antwoorden mogelijk)**
- ik geen computer heb
 ik niet goed weet hoe je op een computer werkt
 ik niet altijd een computer tot mijn beschikking heb

- mijn klachten te ernstig zijn om via internet te behandelen
- internetbehandeling te onpersoonlijk is
- anders, namelijk _____

Bedankt voor het invullen. Controleer s.v.p. nog of je alle vragen hebt ingevuld.