

DIGITALE HULPVERLENING

10010100111 OF NIET

E-health is niet meer weg te denken uit de ggz. Door corona nam het een hoge vlucht. Maar hoever moet het gaan? Hoe kunnen we e-health optimaal in therapie inzetten? Wat zijn verrassende toepassingen? En zijn therapeutische beeldbel-gesprekken een goed alternatief voor face-to-face-gesprekken? 'Online klinkt koel, maar door de intensieve beschikbaarheid, ervaart iemand juist meer aandacht en warmte.'





Het is geen kwestie van voor of tegen, e-health is er en is effectief. Een interessantere vraag is: hoe gaan we e-health inzetten? Bij welke cliënten doe je wat en in welke mix bied je het aan?’

Dat zegt klinisch psycholoog Tim Wind over e-health - alles wat te maken heeft met online behandelen en via digitale media gebeurt. Wind werkt bij Centrum '45, waar hij al zeven jaar e-health in de organisatie implementeert. Daarnaast heeft hij een eigen praktijk, is hij hoofddocent e-health bij RINO Amsterdam en is hij betrokken bij een aantal e-health-initiatieven.

Er zijn verschillende meta-analyses gedaan waaruit blijkt dat er evidentie is voor de effectiviteit van verschillende vormen van e-health. Maar in lang niet alle gevallen is de digitale variant van behandelingen al (goed genoeg) onderzocht en er komen veel nieuwe interventies bij. Die behoeven nog onderzoek.

Inmiddels zijn er nog maar weinig psychologen binnen de ggz die met e-health geen ervaring hebben, vooral het beeldbellen nam door corona een hoge vlucht. Tijdens de intelligente lockdown begin maart gingen behandelaars massaal op afstand behandelen. Dat beviel niet iedereen even goed. Uit recent onderzoek naar beeldbellen bij psychotherapie, gepubliceerd in *Tijdschrift voor Psychotherapie*¹, zegt slechts één op de honderd behandelaren de voorkeur te geven aan beeldbellen boven echt contact. Zelfs als digitaal behandelen net zo effectief blijkt als in levenden lijve, 'lijken psychiaters en psychologen er simpelweg niet op te zitten wachten', schrijven de onderzoekers.

KOUDWATERVREES

Voor Wind werkt het online contact prima. Voorheen voerde hij de helft van de behandelgesprekken online, sinds het begin van de coronacrisis gingen nagenoeg alle gesprekken online. Veel cliënten voelen er aanvankelijk niets voor, maar vaak is de weerstand koudwatervrees, is zijn ervaring. Wind: 'Ik heb vaak meegemaakt dat patiënten expliciet tegen e-health zijn en niet wilden beeldbellen. Als we er dan toch mee begonnen, vonden ze het achteraf prima. Uiteindelijk

kregen ze dezelfde ervaring, zo gaven ze aan, als wanneer we samen in één kamer hadden gezeten.'

Dat kan psychiater Floortje Scheepers zich niet goed voorstellen. Ze is hoogleraar Innovatie in de ggz aan het Universitair Medisch Centrum te Utrecht. Scheepers is absoluut geen tegenstander van e-health, maar gelooft niet dat een online contact even goed kan zijn als een face-to-face contact. 'Mensen communiceren niet alleen door taal en beeld, maar ook door bijvoorbeeld geur en gevoel. Er zijn allerlei aspecten van communicatie die je in de behandelkamer moet hebben, waardoor je kunt inschatten of iemand bijvoorbeeld is verwaarloosd of dingen achterhoudt, en je moet voldoende sensitief kunnen intunen om een gevoelig trauma te bespreken. Je kunt elkaar bij het beeldbellen niet direct in de ogen kijken, terwijl direct oogcontact soms belangrijk is, want daarin wordt veel informatie overgedragen. Ook zie je niet of iemand bijvoorbeeld met zijn voeten zit te wippen. En voor complexe problemen lijkt het mij erg moeilijk om digitaal een behandelrelatie op te bouwen. Relationeel werken is een belangrijke factor in de kwaliteit van onze interventies. En dat valt deels weg door e-health en beeldbellen.'

Maar voor sommige mensen werkt het juist goed, zegt Scheepers. 'Sommigen zeggen dat ze meer distantie voelen met beeldbellen en dat ze daardoor beter over hun problemen kunnen praten.'

Natuurlijk is online contact anders dan een fysieke ontmoeting, erkent ook Wind. Maar voor therapie is het goed genoeg, vindt hij. 'Ik zie iemands gezicht en daarop kan ik reflecteren. Therapie is een technisch verhaal. Je hebt een probleem, daar heb je interventies voor en dat kun je online wel degelijk goed doen. Het is wel anders, maar soms heeft het meerwaarde. Cliënten zien zichzelf ook op het scherm, dat kun je gebruiken om hen bewust te laten worden van hun gevoel. En als iemand dat irritant vindt, wat een veelgehoord bezwaar is, dan zegt dat iets over de cliënt. Daar kun je het over hebben.'

Wat het verschil precies is tussen online en fysieke contacten en hoe goed een online contact kan zijn, daarover is wetenschappelijk nog niet veel bekend. Zowel Wind als Scheepers kunnen alleen putten uit eigen ervaring en uit wat ze erover horen van anderen.

Dat we het niet precies weten, is wat Scheepers zorgen baart. 'We kunnen een groot deel van de communicatie online compenseren en we kunnen er

¹ Kamp, D., Van Os, J. & Machielsen, G. (2020). De toepassing van psychotherapeutische behandeling via beeldbellen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 46 (4), 297-308.

beter in worden. Maar er zijn ook dingen die we kunnen verliezen en die we niet meer terugkrijgen als we ons daar niet bewust van zijn. Als middelbare scholier kende ik alle telefoonnummers van mijn vriendinnetjes uit mijn hoofd. Die vaardigheid ben ik kwijtgeraakt. En omdat ik mijn Tomtom gebruik, is mijn gevoel voor richting voor een groot deel verdwenen. Ik ben bang dat we door online communiceren vaardigheden afleren die essentieel zijn in menselijk contact. Daarmee begeven we ons op een hellend vlak. Ik ben bang dat omdat de waarde van echt contact onmeetbaar is, we het misschien te makkelijk inleveren en de weg inslaan van verregaande digitalisering, technologisering en robotisering.'

WANNEER ONLINE?

Er is een verschil tussen online en offline gesprekken. Een belangrijke vraag luidt daarom: welke gesprekken kunnen ook online en welke moeten face-to-face?

Daarover wordt verschillend gedacht. Het kan aan de doelgroep liggen. Marrie Bekker, hoogleraar Klinische Psychologie bij de Vrije Universiteit Amsterdam (vu) en bij het Departement Medische en Klinische Psychologie van de Universiteit van Tilburg en hoofdopleider van de GZ-opleiding bij RINO Amsterdam, vertelt: 'Er zijn bepaalde groepen bij wie behandeling zodra het kon na de intelligente lockdown, snel weer offline verliep. Bepaalde groepen ouderen bijvoorbeeld – voor wie computers en bijbehorende programma's moeilijk toegankelijk zijn. Maar ook cliënten met concentratieproblemen. Kinderen, omdat die zich moeilijker lang kunnen concentreren. En paradoxaal genoeg ook wel pubers, want hoewel ze veel online doen, kunnen ze ook wel wat te onrustig zijn om online te behandelen. Als iemand steeds onder tafel duikt of afgeleid wordt door de kat, wordt behandelen lastig.'

'Bij complexe patiënten, die veel dissociëren of suïcidaal zijn, is het soms handig als er iemand in de buurt is die eventueel kan ingrijpen,' voegt Wind toe. 'Dan kun je beter verantwoordelijkheid dragen. Maar ook dat hoeft niet altijd.'

Een ander criterium dat wordt genoemd, is de fase waarin de gesprekken verkeren. In het begin moet de ontmoeting offline zijn, om een vertrouwensband op te bouwen, vindt Scheepers. Overigens kunnen wat haar betreft daarna de behandelgesprekken die meer

routinematig zijn online worden gevoerd. Scheepers: 'Gesprekken waarin je niet verwacht dat er iets gek gebeurt.'

Bekker wijst juist op de voordelen van initiatieven waarin men snel online kan beginnen met het leggen van het eerste contact. 'Misschien kun je alvast iets als ontspanningsoefeningen aanreiken, dan kan er later een face-to-face contact komen met een therapeut.'

Wind stelt dat het in principe allemaal online zou kunnen en dat dit zelfs geldt voor complexe patiënten. Alleen groepstherapie zou hij niet online doen. 'Online haalt de schwing uit een groepsgesprek,' zegt hij. Toch is ook online groepstherapie effectief en psychiater Bram van der Boom zweert erbij. Hij is samen met Wind betrokken bij e-health-initiatieven. Van der Boom heeft zich erin gespecialiseerd, doet speciale oefeningen met de groep, om contact te leggen en stelt dat mensen het soms intiemer vinden dan als ze echt in een groep zitten.

Groepstherapie kan goed werken, zegt Scheepers. 'Sommige cliënten praten makkelijker online. Maar ik heb ook mensen gehoord die zich er ongemakkelijk bij voelen. Ze kunnen zichzelf zien en dat kan afleiden. Of de techniek werkt niet mee. Verder kun je als therapeut niet op mensen letten die niet in beeld zijn, je ziet niet dat iemand niet is aangehaakt. Wat niet gezegd wordt, maar wel voelbaar is, mis je online.'

De inschattingen lopen uiteen, maar over één ding is iedereen het eens: of beeldbellen kans van slagen heeft, hangt toch vooral af van de voorkeur van mensen. Het hangt ervan af of de cliënt het wil. Maar ook of de therapeut er heil in ziet. In het eerder genoemde onderzoek stellen de onderzoekers echter dat het vooral afhangt van de therapeut. Als hij wil, kan hij in veel gevallen de cliënt overhalen (in een enkel geval lukt dat niet).

OEFENINGEN EN DAGBOEKEN

Maar e-health is meer dan beeldbellen alleen en daar valt de echte winst te behalen, aldus Wind. Ook als toevoeging aan face-to-face therapie.

Zo bieden verschillende bedrijven via platforms tal van online modules over veel verschillende onderwerpen aan. Het gaat dan om onderwerpen als omgaan met gevoelens, vertrouwen ontwikkelen, leren ontspannen of slapen. Therapeuten kunnen de modules aan hun cliënten aanbieden, die ze vervol-

gens zelfstandig gaan volgen. Zo'n module bevat geschreven informatie maar vaak informatie via geluidsfragmenten of filmpjes. En er kunnen oefeningen gedaan worden, er worden vragen gesteld, mensen kunnen dagboekjes bijhouden of bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen doen. De therapeut kan volgen wat er gebeurt en erop reageren. Zo kan hij zijn betrokkenheid tonen en bijsturen.

Zoals bij een exposure in vivo-oefening waarover Wind vertelt. 'Iemand met agorafobie durft de straat niet op. Als hij zich het doel stelt om naar een bepaalde winkel te gaan, stuur ik vooraf een berichtje om hem te steunen en aan te moedigen. Ik kan online ook feedback geven. Als hij bijvoorbeeld wel naar buiten is gegaan, maar toch de winkel niet in durfde, schrijf ik: "Goed dat je het geprobeerd hebt. Je was er blijkbaar nog niet helemaal klaar voor. Helemaal niet erg, we hebben het er in onze volgende sessie over." Zo neem je mensen meer bij de hand. Dat maakt de therapie intensiever.'

'Online klinkt koel,' zegt Bekker. 'Maar door de intensieve beschikbaarheid is er juist meer aandacht en warmte voor iemand. En dat voelt fijn en werkt goed.'

SAMEN BESLISSEN

Wind is enthousiast over de mogelijkheden die e-health alles bij elkaar biedt. Het zorgt ervoor dat de patiënt meer eigen regie kan en moet nemen, dat die meer over zijn eigen behandeling gaat en dat hij samen met de therapeut keuzes neemt. *Shared decision making*, heet dat. De therapeut zegt bijvoorbeeld: "Je hebt PTSS, daar heb ik vier therapieën voor. Bekijk de Youtube-filmpjes waarvan ik je een link stuur en kijk wat bij je past." Dat maakt dat er meer een horizontale werkrelatie ontstaat. Op zichzelf is *shared decision making* en cliënten die eigen regie nemen, niet uniek aan e-health, maar ze vloeien er wel op een natuurlijke manier uit voort.'

Er kunnen met e-health creatieve oplossingen worden bedacht. Wind: 'Ik geef mensen oefeningen tijdens de therapie en die laat ik hen soms op hun mobiel opnemen, bijvoorbeeld een trauma- of ontspanningsoefening. Dan vraag ik om die gedurende de week elke dag een keer af te luisteren of te doen. Dan heb je nog zes keer een herhaling en dat werkt. Daarmee maak je een sprong voorwaarts, het maakt de therapie veel intensiever.'

Scheepers vult aan: 'Dat je tijdens therapiegesprekken familieleden of andere naastbetrokkenen kunt laten inbellen, vind ik ook een goede toepassing.'

E-health is effectief, blijkt uit veel onderzoek. Er zijn verschillende meta-analyses gedaan waaruit blijkt dat behandelingen on- en offline even effectief zijn². Ook per behandeling wordt het effect onderzocht. Bekker: 'Er zijn behandelingen van verschillende stoornissen die via e-health evidence based kunnen worden gedaan. Ook gaat het om blended modules, dus een mix van traditionele behandeling en e-health.'

Floortje Scheepers zet daar kanttekeningen bij. 'Als je twee keer per week aandacht krijgt, in plaats van één keer, dan is dat beter, dat is nogal logisch. En veel onderzoek richt zit op de korte termijn. Houden de effecten ook op lange termijn aan? Functioneren mensen daadwerkelijk beter in hun dagelijks leven?'

En hoe zit het met de kosten? Als therapeuten gebruikmaken van alle mogelijkheden van e-health en als ze tussendoor cliënten feedback geven, als cliënten voortdurend vragen kunnen stellen, dan kost het meer tijd. Het is zaak voor behandelaars om hun tijd te begrenzen, stelt Wind. 'Maar toch is het voor therapeuten intensiever en dus is het duurder. Ook abonnementen op de e-health-platforms kosten geld. Aan de andere kant bespaar je op reistijd en op kantoorruimte. Voor mijn eigen praktijk huur ik geen kamer meer. Bij Centrum '45 ben ik nu aan het kijken hoeveel we face-to-face moeten doen en hoeveel online kan. En wat dat vervolgens betekent voor het gebouw waar we als organisatie in zitten.'

ONLINE OPLEIDEN

En in hoeverre kan de opleiding tot behandelaar online gebeuren? Ook dat is een relevante vraag, zeker in

'Patiënten die aanvankelijk tegen e-health waren, zeiden achteraf dat het gesprek via beeldbellen dezelfde ervaring gaf als wanneer we samen in één kamer hadden gezeten'

2 Zie onder andere <https://www.heleenriper.nl/#publications>

deze tijd. Tijdens de coronacrisis ging de RINO direct over van fysiek lesgeven naar online. En iedereen was alleen maar opgelucht dat de opleiding door kon gaan. Hoogleraar Bekker, tevens hoofdopleider van de RINO Amsterdam, vertelt: 'Mensen wachten vaak vier, vijf jaar op hun gz-opleiding, dus het zou extra wrang geweest zijn om de opleiding on hold te zetten.'

De RINO is overgegaan op Zoom voor het cursorisch deel van het onderwijs en op allerlei beveiligde programma's voor het praktijkonderwijs. In de opleiding moet er veel worden geoefend en ook dat kon via Zoom. Bekker: 'Zoom voorziet in 'breakout rooms'. Je kunt een groep in kleinere groepjes opdelen. Dan worden cursisten met twee, drie of vier in zo'n breakout room gezet en daar kunnen ze samen aan een opdracht werken, bijvoorbeeld een rollenspel spelen of een oefening doen. De trainer kan alle breakout rooms langsgaan om even mee te kijken en aanwijzingen te geven. Ook kan een groepje de trainer uitnodigen. Dat geeft veel mogelijkheden. We hebben, net zoals in onze reguliere offline opleidingen, acteurs bij het onderwijs betrokken. Ook de afwisseling tussen het geven van een lezing, een video bekijken en het oefenen in breakout rooms, met nabespreking, gaat goed.'

GRAPJE

Vooraf was niet iedereen even enthousiast, maar uiteindelijk was men over het algemeen tevreden over de opleiding in de periode dat we honderd procent online waren, hoewel het allemaal wel erg gefocust is. Bekker: 'In het gewone leven sprankelt er nog van alles tussendoor, maakt iemand vaker een grapje of opmerking tussendoor, is er een onderonsje. Online les krijgen en geven vraagt veel concentratie en is vermoeiender dan een fysieke lesdag. Het belangrijkste verschil tussen online en fysiek opleiden, is het ontbreken van de meer informele context. Het contact onderling is moeilijker. We probeerden dat bijvoorbeeld op te lossen door de cursisten in de gelegenheid te stellen om vooraf en na afloop van de les even samen te zijn. De docent maakt dan iemand anders host en gaat zelf weg. Maar zo'n bijeenkomst is niet te vergelijken met een fysiek samenzijn.'

Omdat Bekker verantwoordelijk is voor de opleiding, wilde ze vanaf het begin monitoren hoe het ging. Ze zette een onderzoek op waarin ze cursisten en docenten ondervroeg over verschillende aspecten van

de opleiding, zoals de leerzaamheid, de concentratie, het plezier en de gemoedstoestand in zijn algemeenheid. Ze nam de vragenlijst dagelijks af.

De resultaten zijn bemoedigend. Bekker: 'Cursisten waren geïnteresseerd, goed gehumeurd, en verveling scoorde juist laag. Alleen was het vermoeiend. Ook de leerzaamheid van de online lesdag scoort hoog met bijna een acht. Als mensen de dag op de RINO hadden gehad, zei zestig procent dat ze dachten dat de dag waarschijnlijk even leerzaam was geweest.' Bekker wil het onderzoek voortzetten als mensen weer fysiek leskrijgen, om een betere en meer verantwoorde vergelijking te kunnen maken.

Wat Bekker betreft ging het opleiden dus goed. 'Toch vraag ik me af: Hoeveel online kun je toestaan als opleider? De kwaliteit is goed, maar ik zou de training nooit honderd procent online willen aanbieden. We leiden immers op om vooral face-to-face te behandelen. Of het theoretisch zou kunnen, weet ik niet, we weten niet wat de effecten zijn. Dus ik zou er niet voor kiezen.'

INTERNATIONALE CONGRESSEN

Online kennis opdoen kan zeker een uitkomst zijn, bevestigt Scheepers. 'Vooral in het geval van internationale congressen. Normaal gesproken vliegen duizenden psychiaters en psychologen uit de hele wereld in, terwijl sommige lezingen net zo goed op een Youtube-filmpje bekeken hadden kunnen worden. Zulke zaken kunnen heel goed vervangen worden door online bijeenkomsten. Het *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) organiseert al jaren internationale colleges. Dat vind ik een goeie ontwikkeling. Maar je mist het netwerken en socializen. Het voorjaarscongres voor psychiaters was dit jaar digitaal en dat was een groot succes, begreep ik. Ik denk dat je met trainingen, bijscholing en nascholing online veel kunt doen.'

Toch zit ook hier weer een andere kant aan. Scheepers: 'Zelf geef ik colleges, webinars en symposia, en als je alles online doet, mis je wat. Je zit om te beginnen alweer achter je computer in diezelfde kamer. Iedereen heeft zijn microfoon op mute staan, omdat er anders te veel bijgeluiden zijn, maar daardoor ontstaat er geen levendige interactie. Je krijgt helemaal geen reactie uit de zaal. Een grapje maken tegenover een gemute zaal is heel treurig, daar houd je heel snel mee op. Dat maakt het minder luchtig. Ik vind het gewoon minder leuk om te doen.'