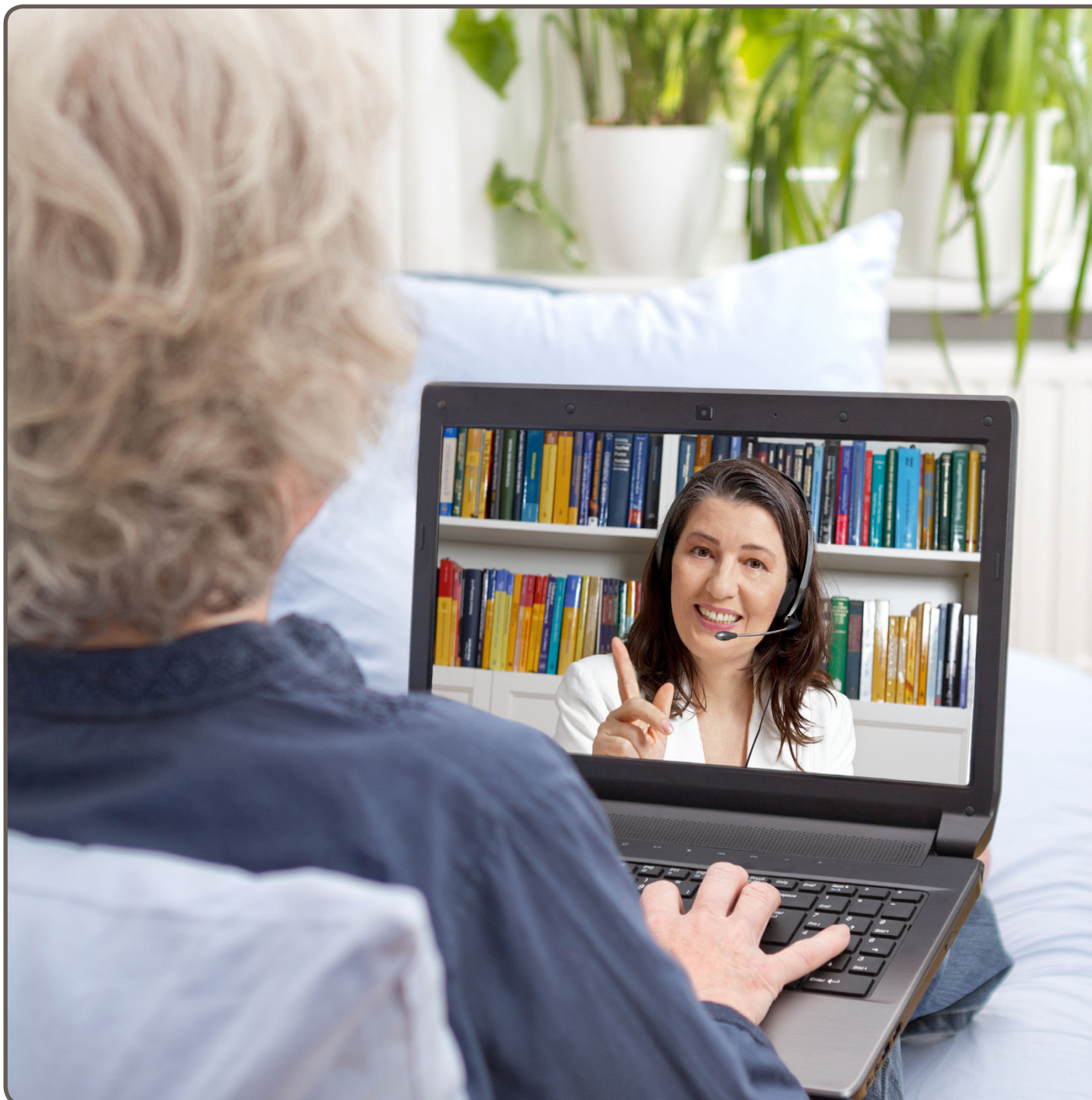


Blended therapie: een basis voor betere zorg?

DOOR TOM VAN DAELE & EVA VAN ASSCHE



© agenturfotografijn / stock.adobe.com

In de ggz wordt steeds sterker ingezet op online interventies, vaak als aanvulling op de klassieke face-to-face-therapie. Hoe sterk is de evidentie dat *blended therapie* ook echt tot betere zorg leidt, en hoe krijgt blended therapie vorm in de praktijk?

Zoals velen al wel weten, heeft blended therapie een aantal grote voordelen. Zo kan het kostenbesparend zijn als face-to-face-ontmoetingen met een therapeut deels worden vervangen door online zorg, maar ook de effectiviteit van de zorg kan erbij gebaat zijn, bijvoorbeeld als cliënten online worden geholpen om (in therapie) aangeleerde strategieën in te zetten in het dagelijks leven. Maar worden deze breed gedeelde veronderstellingen ook ondersteund met voldoende evidentie? Voordat we deze vraag beantwoorden, lijkt het ons raadzaam om een aantal centrale begrippen af te bakenen, vooral ook omdat het werkdomein van blended therapie relatief nieuw is en er de afgelopen jaren een wildgroei is ontstaan aan concepten en definities. Dit artikel gaat over *e-mental health*: ‘Het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën om de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.’¹ Meer specifiek richten we ons op blended hulpverlening, wat we definiëren als: ‘Het gebruik van technologie als een geïntegreerd onderdeel van een psychologische begeleiding of psychotherapie, in combinatie met face-to-face-contacten.’ Die face-to-face-contacten kunnen de voornaamste vorm van hulpverlening zijn en de technologie een aanvulling. Het omgekeerde is ook mogelijk, waarbij het grootste deel van de begeleiding online wordt gegeven en de face-to-face-contacten enkel ondersteunend zijn, bijvoorbeeld om uitval tegen te gaan.

EFFECTONDERZOEK

De eerste online ggz-interventies werden niet gegeven in de context van een klassieke behandeling; daarbij vond geen face-to-face-contact plaats tussen hulpverlener en cliënt. Hierdoor is aanvankelijk, eind jaren negentig, vooral onderzoek gedaan naar online interventies pur sang. De meeste van deze online-interventies waren geïnspireerd op cognitieve gedragstherapie (CGT). In de afgelopen jaren vinden echter ook andere benaderingen, zoals de psychodynamische psychothera-

pie, hun weg naar online behandelvarianten.^{2,3} Internationaal onderzoek laat zien dat de effectiviteit van online interventies het meest is onderzocht voor angst- en stemmingsstoornissen.⁴ Deelnemers aan deze interventies doen het in tal van studies significant beter dan wie geen hulpverlening kreeg aangeboden, de zogenaamde wachtlijstcontrole. Ook voor andere psychische aandoeningen – zoals PTSS, slaapstoornissen, eetstoornissen, pijnstoornissen en middelenmisbruik – is in (meta-analyses van) verschillende gecontroleerde studies evidentie gevonden voor de effectiviteit van online interventies. Datzelfde geldt – in beperktere mate – voor psychische stoornissen zoals OCS, tinnitus, psychose en pathologisch gokken. Deze uitkomsten zijn weinig verrassend, omdat daarvoor de vergelijking wordt gemaakt met een onbehandelde controlegroep. Er zijn echter ook enkele studies gedaan naar hoe de effectiviteit van begeleide online CGT-interventies zich verhoudt tot die van ‘klassieke’ face-to-face-therapie. Ook in dit type vergelijkend onderzoek zijn interventies voor angst- en stemmingsstoornissen het meest onderzocht. Vrijwel al deze studies laten hetzelfde resultaat zien: er wordt nauwelijks een verschil gevonden in de effectiviteit tussen beide benaderingen. En dat is toch nog een verrassende conclusie, vooral omdat veel therapeuten nog bevooroordeeld of sceptisch zijn over (de effectiviteit van) online interventies.²

DOORDACHTTE INVOERING

Toen internet een steeds grotere rol ging spelen in ons dagelijks leven, maakten online interventies ook een ontwikkeling door. Waar we in de ggz aanvankelijk enkel konden spreken van een niche in de zorg, waarbij het contact met een hulpverlener doorgaans beperkt bleef tot een conversatie via de chat of e-mail, wordt het internet nu in toenemende mate omarmd door de reguliere hulpverlening. Het resultaat: blended therapie. Vanuit de praktijk deels ingegeven als de preferentiële

manier van werken, staat technologie daarin niet langer naast de klassieke aanpak, maar maakt er integraal deel van uit en verrijkt die de klassieke aanpak ook.⁵ Omdat deze benadering relatief nieuw is, blijkt ook de onderbouwing minder sterk. Wel is ook hierbij het meest onderzoek gedaan naar toepassing bij angst- en stemmingsstoornissen.⁴ Er is evidentie voor de effectiviteit bij volwassenen en jongeren, maar dat geldt dan voor gecontroleerde settings zoals gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken, waar deelnemers willekeurig aan de onderzoekcondities worden toegewezen en zij regelmatig vragenlijsten invullen om het effect van de interventie in kaart te kunnen brengen. De kennis over hoe dergelijke interventies kunnen worden geïntegreerd in de klinische praktijk zijn beperkter. Ook onderzoeken naar de vraag of dergelijke interventies werkelijk de effectiviteit van een klassieke aanpak verhogen zijn op dit moment nog volop lopende. Voor de veronderstelling dat blended werken tijdbesparend is, bestaat in elk geval gemengde evidentie. In drie internationale onderzoeken is gevonden dat de behandel-effectiviteit bij blended werken gelijk bleef, terwijl de behandel-tijd met 50% tot zelfs 86% werd teruggebracht.⁶ Niettemin bieden dergelijke resultaten geen vrijgeleide om lukraak online interventies toe te voegen aan de bestaande manier van werken. Een natu-

voor nodig waren geweest. Als voornaamste oorzaak werden ‘suboptimale implementatiestrategieën’ aangehaald; blended therapie zou dan wel effectief zijn in gecontroleerde studies, maar die meerwaarde zou alleen in de praktijk tot uiting komen als blended therapie ook goed doordacht wordt ingevoerd. Op basis van de studie werden voorzichtige aanbevelingen geformuleerd, waaronder: ¹⁾ voldoende behandelaars trainen; ²⁾ duidelijkheid scheppen over welke inclusiecriteria gelden voor bepaalde (online-)interventies; en ten slotte ³⁾ duidelijke richtlijnen opstellen over hoe de online tools te combineren zijn met face-to-face-contacten.

BLENDED THERAPIE IN DE NEDERLANDSE PRAKTIJK

Zeker binnen Noord-West Europa speelt de Nederlandse ggz een voortrekkersrol in het gebruik van technologie. Eerdere jaren was er sprake van een heuse transformatie, met als doel om – in de woorden van de toenmalige minister van VWS – ‘zorg [te] vervangen ... door andere hulp en/of ondersteuning, zoals E-health, t.b.v. een gelijkwaardige of betere kwaliteit van zorg’.⁸ Kortom, E-health zou in zowel de basis- als specialistische ggz steeds vaker gecombineerd moeten worden met conventionele zorg. Sindsdien wordt ingezet op de ontwikkeling en evaluatie van blended therapie, en hebben vele evidence-based (online) tools hun weg naar de praktijk gevonden. Om deze verspreiding te faciliteren, ontwikkelde het Trimbos instituut de ‘Toolkit EMH in de huisartsenpraktijk’. Hoewel deze vormingstool zich primair richt op het stimuleren van blended werken door huisartsen en de POH-GGZ, zijn veel van de gerapporteerde tools en inzichten ook relevant voor gz-psychologen. Hoe blended therapie handen en voeten krijgt in de praktijk, kan het best worden geïllustreerd aan de hand van twee voorbeelden aangaande de behandeling van depressie. De *Interapy Depressiebehandeling* werd oorspronkelijk uitsluitend als een online CGT aangeboden en deze behandeling is grondig geëvalueerd in verschillende effectstudies, zowel in gecontroleerde settings als in naturalistisch onderzoek.⁹ Onder het label ‘hybride behandeling’ biedt de organisatie sinds 2012 ook in heel Nederland een blended traject aan, onder meer om tegemoet te komen aan de wensen van cliënten die een voorkeur hebben voor aanvullende face-to-face-gesprekken, en om de beperkte drop-out

Nederlandse ggz heeft een voortrekkersrol in het gebruik van technologie

ralistische studie uit 2015 in een Nederlandse RIAGG is hier een mooie illustratie van.⁷ Hierin werden de werkzaamheid en tijdsinvestering van conventionele en blended therapie vergeleken bij de behandeling van angst- en stemmingsstoornissen. Cliënten die blended therapie volgden, boekten evenveel vooruitgang, maar wanneer de online- en face-to-face-contacten werden opgeteld, bleek dat daar wel beduidend meer sessies

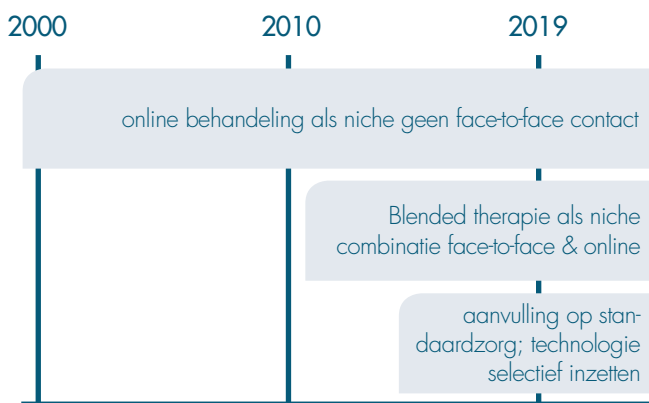


© chinnaroch / stock.adobe.com

(9%) van de interventie verder te reduceren. De organisatie, Interapy, vermeldt zelf dat een gemiddelde behandeling 21 weken in beslag neemt, met twee contactmomenten per week. De inhoud van de behandeling ligt in lijn met conventionele behandelprotocollen; na een initiële focus op bewustwording en dagindeling, wordt er ingegaan op iemands automatische negatieve gedachten, positieve zelfspraak, omgang met anderen en het voorkomen van een terugval. *Grip op je Dip* is een voorbeeld van een interventie die zich richt op jongeren en jongvolwassenen. Oorspronkelijk is deze interventie opgezet als een online CGT-groepscurcus die bewezen effectief is bevonden in een wachtlijstcontrolestudie.¹⁰ Deze tool is recentelijk doorontwikkeld naar een individuele zelfhulpinterventie, met ondersteuning van een POH-GGZ. De tool bestaat uit vijf modules waarin tekst en animaties worden afgewisseld met filmpjes. Daarin worden jongeren geïnterviewd en vertellen ze openhartig over hun somberheid en over wat hen heeft geholpen. Aanvullend zijn er onder meer een weekoefening, stemmingsmeter, dagboek en bibliotheek met achtergrondinformatie. Communicatie verloopt

binnen de tool en biedt de POH ook een overzicht van gevolgde sessies, gemaakte opdrachten en evolutie van het klachteniveau.

Wie zelfstandig aan de slag wil gaan met blended therapie en daarbij geen beroep kan doen op een organisatie die in eigen beheer tools of interventies kan ontwikkelen, kan net als ggz-organisaties een beroep doen op ontwikkelaars van e-health-platformen zoals *Jouw Omgeving*, *Karify*, *Minddistrict*, *Telepsy* of *Therapieland*. Zij hebben een breed en gedifferentieerd aanbod van online tools, waaronder bijvoorbeeld beeldbellen, gevalideerde interventies en vaak ook kleine tools die op zichzelf staan en die je gemakkelijk in een blended traject kan inzetten. In eerste instantie richtten deze aanbieders zich vooral op grotere zorgorganisaties, maar tegenwoordig bieden ze ook een of meerdere pakketten aan voor kleine praktijken of individuele hulpverleners. Geheel vrijblijvend zijn deze abonnementen vaak niet. Zo wordt vaak als eis gesteld dat een minimum aantal cliënten er gebruik van gaat maken. Daarnaast vergt het doorgaan een tijdsinvestering om je de online tools eigen te maken; wisselen van aanbieder kan meestal ongetwijfeld wel, maar ligt niet voor de hand.



De ontwikkeling van blended therapie over tijd

AANDACHTSPUNTEN

Wanneer we het volledige aanbod aan online interventies internationaal bekijken, blijkt kwaliteitsgarantie een heikel punt. Zo formuleerden onderzoekers al meermaals de bedenking dat er voorbij wordt gegaan aan kwaliteitscontrole van het e-health-aanbod in de praktijk, in het bijzonder van het blended werken.¹¹ Vaak zijn online interventies namelijk gebaseerd op principes van bestaande interventies, zoals CGT. Dat wil echter niet zeggen dat een interventie ook formeel is geëvalueerd. Een kwaliteitslabel, zoals in Nederland het (vrijblijvende) *Onlinehulp Stempel*, kan hulpverleners en cliënten dan houvast bieden om in te schatten of



interventies voldoen aan de technische en zorginhoudelijke standaarden. Slechts 11 interventies – waaronder *Interapy*, *Depressiebehandeling* en *Grip op je Dip* – zijn hierop terug te vinden. De meerderheid van de online interventies heeft verder geen formeel geëvalueerde of ontwikkelde blended toepassingen. Ook buiten de landsgrenzen valt op dat online tools die in klinisch onderzoek onder de loep zijn genomen, niet noodzakelijk hun weg vinden naar de klinische praktijk, en dat van de tools die wel in de praktijk worden gebruikt, onvoldoende tools afdoende zijn onderbouwd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat onderzoekers vooral geïnteresseerd zijn in hoe dergelijke interventies werken. Het vervolgens ontplooiën van de nodige commerciële activiteiten en/of ontwikkelen van een volwaardig hulpverleningsaanbod (inclusief inhoudelijke en technische ondersteuning) behoort echter niet tot de kerntaak van onderzoekers, waardoor de finale vertaalslag naar de praktijk minder vaak (of minder goed) wordt gemaakt. Het gebrek aan onderbouwing geldt trouwens des te meer voor blended toepassingen, aangezien hier tot nu toe nog beduidend minder onderzoek naar is gedaan.

Een veel gehoord argument voor het uitrollen van blended therapie is dat als face-to-face-behandeling A werkt en online interventie B ook; dat dan de combinatie A+B ook moet werken. Dat laatste kunnen we wel aannemen, en ook het ondoordacht uitrollen van een blended hulpaanbod zal de zorg niet noodzakelijkerwijs minder effectief maken, maar mogelijk komt daardoor bijvoorbeeld wel de (tijds) efficiëntie in het gedrang.

TECHNOLOGIE-ACCEPTATIE

Regelmatig worden er nieuwe effectstudies naar blended therapie opgezet. De in dit artikel aangehaalde problemen worden daarbij niet over het hoofd gezien. Ook worden steeds meer studies gedaan naar de invoering van blended therapie; naar de processen en randvoorwaarden voor effectieve toepassingen in de klinische praktijk. Zo wordt binnenkort in België de invoering van een bestaande online tool in een blended programma geëvalueerd, in samenwerking met de VU Amsterdam. Dit gebeurt in het kader van het *e-mental health innovation and transnational implementation platform North West Europe (eMEN) project*, waarin zes

partnerlanden samen het gebruik van toegankelijke, betaalbare en effectieve digitale gezondheidszorg in Noordwest Europa bevorderen. Bij die partnerlanden horen zowel Nederland (VU Amsterdam, Stichting Arq en Interapy) als België (Pulso en Thomas More-hogeschool). In deze studie wordt het platform *Moodbuster* – een online en mobiel platform voor mensen met depressieve klachten – in een praktijkgericht onderzoek ingevoerd in een blended setting. Dat gebeurt niet om te zien óf de interventie werkt, maar om te onderzoeken hoe die als een betekenisvol onderdeel van de bestaande hulpverlening kan worden ingezet. Hulpverleners van de deelnemende organisaties krijgen daarbij gedurende zes maanden de mogelijkheid om de tool in te zetten, als aanvulling op hun standaardzorg. Elke hulpverlener beslist zelf of hij instapt. Ook aan cliënten wordt de vrijheid gelaten om al dan niet deel te nemen. Het onderzoek richt zich vooral op hoe hulpverleners en patiënten het gebruik van de tool ervaren. Daarbij wordt onder meer gekeken naar de acceptatie van technologie, uitgaande van de *Unified Theory on Acceptance and Use of Technology*.¹² Verder wordt gekeken naar de mogelijke redenen van mensen om niet met de tool aan de slag te gaan. Ook de mensen die ervoor kiezen om niet blended te werken (zowel op het niveau van organisaties, hulpverleners als cliënten) krijgen dus de vraag voorgelegd naar hun achterliggende motivatie voor die keuze. Het idee hierachter is dat een dergelijk onderzoek ons kan helpen de brug te slaan tussen blended werken ‘in theorie’ en blended werken ‘in de praktijk’.

DIGITAAL WORDT HET NIEUWE NORMAAL

Als we de huidige situatie van een afstand bekijken, dan valt op dat de evidentie voor het huidige aanbod van interventies in blended therapie beperkt is. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat de mogelijkheden van het blended werken verder reiken dan de inzet van protocollaire behandelingen. Een gz-psycholoog kan bepaalde technologie bijvoorbeeld ook uiterst selectief en zinvol gebruiken om een bestaande begeleiding of therapie te verrijken. Denk bijvoorbeeld aan het inspreken van instructies op de dictafon van de smartphone van een cliënt. Een dergelijke toepassing vereist geen complexe technologische kennis bij de hulpverlener en cliënt, maar het kan wel een verschil

maken. Niettemin kan de verdere uitbreiding van goed gevalideerde tools en de nodige aandacht voor de invoering ervan dit domein nog verder vooruit helpen. Voor gz-psychologen die up-to-date willen zijn, blijft het dan ook belangrijk om hierin een vinger aan de pols te houden. Wat nu nog 'blended hulpverlening' heet, zal met de alsmaar groeiende aandacht voor *e-mental health* vermoedelijk meer en meer worden ingezet, tot blended hulpverlening simpelweg 'hulpverlening' zal heten. De richting waarin onze maatschappij en hulpverlening zich momenteel bewegen, laat volgens ons weinig ruimte voor twijfel: digitaal wordt het nieuwe normaal. ◆

REFERENTIES

1. Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J. & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health: High tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie e-mental health in opdracht van het ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbosinstituut.
2. Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T. Karekla, M., Compare, T. A., Zarbo, C. (on behalf of the EFPA E-Health Taskforce) & Baumeister, H. (2018). Internet and mobile-based psychological interventions: applications, efficacy and potential for improving mental health. A report of the EFPA e-health taskforce. *European Psychologist*, 23, 167-187.
3. Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J. & Carlbring, P. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(6), 344-355.
4. Johansson, R., Hesslow, T., Ljótsson, B., Jansson, A., Jonsson, L., Färdig, S. & Carlbring, P. (2017). Internet-based affect-focused psychodynamic therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial with 2-year follow-up. *Psychotherapy*, 54(4), 351.
5. Ruwaard, J. (2017). Technologische vernieuwingen in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47(1), 33-45
6. Erbe, D., Eichert, H. C., Riper, H. & Ebert, D. D. (2017). Blending face-to-face and Internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19.
7. Kenter, R. M. F., van de Ven, P. M., Cuijpers, P., Koole, G., Niamat, S., Gerrits, R. S. & Van Straten, A. (2015). Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: Results from a naturalistic study. *Internet Interventions*, 2, 77-83.
8. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksoverheid Nederland (2018). Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022.
9. Ruwaard, J. (2012). *The efficacy and effectiveness of online CBT*. Amsterdam: Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam.
10. van der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R. & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. *Journal of medical Internet research*, 14, e86.
11. Ruwaard, J. & Kok, R. (2015). Wild West eHealth: Time to hold our horses? *The European Health Psychologist*, 17, 45-49.
12. De Witte, N. A. J. & Van Daele, T. (2017). Techno-ent of technofoob? Attitudes rond technologiegebruik in kaart brengen bij cliënt en professional. *Psyche*, 29(3), 16-18.



Tom Van Daele

Tom Van Daele is onderzoeksleider van de Expertisecel Psychologie, Technologie & Samenleving. Hij is verbonden aan de *Thomas More-hogeschool* en research fellow aan de KU Leuven. Als klinisch psycholoog doet hij voornamelijk praktijkgericht onderzoek in de ggz, met een focus op de toegevoegde waarde van technologie.



Eva Van Assche

Eva Van Assche is lector en onderzoeker binnen de Expertisecel Psychologie, Technologie & Samenleving van de *Thomas More-hogeschool*. Haar onderzoek valt binnen het *Interreg NWE eMEN project*, dat als doel heeft de geestelijke gezondheidszorg toegankelijker en betaalbaarder te maken door het gebruik van technologie.

