

# E-health als behandeloptie op de weg naar herstel

**BRYONY MEIJER-KOK** IS PSYCHOLOOG I.O. TOT GZ-PSYCHOLOOG BIJ GGZ NOORD-HOLLAND-NOORD BINNEN DE KINDER- EN JEUGD-PSYCHIATRIE. HAAR BEIDE OUDERS WERKTEN IN DE IT EN DE ONTWIKKELINGEN OP DAT GEBIED WAREN AAN DE KEUKENTAFEL VAAK ONDERWERP VAN GESPREK. BRYONY MEIJER-KOK COMBINEERT GRAAG PSYCHOLOGIE MET HAAR KENNIS VAN IT. ZIJ COÖRDINEERDE EEN ONDERZOEK NAAR BLENDED BEHANDELING, LEERDE VIRTUAL REALITY (VR-)BEHANDELINGEN UIT TE VOEREN EN NAM DEEL AAN D-LAPP, EEN PROJECTGROEP OM DIGITALE INNOVATIE TE VERSNELLEN.

Door de coronacrisis zijn veel behandelingen ‘in de kamer’ omgezet naar beeldbelcontacten. Elke behandelaar heeft daarmee afgelopen jaar gewild of ongewild de stap naar E-health gemaakt. Maar niet iedereen werd daar even blij van. Psychologe Bryony Meijer-Kok verkent de mogelijkheden op het gebied van E-health en bekijkt hoe dit een bijdrage kan leveren aan de GGZ in het algemeen en de jeugd-GGZ in het bijzonder.

tekst: Bryony Meijer-Kok

# B

## Blended behandelen

Een vorm van E-health is *blended* behandelen. Bij blended behandelen wordt er tijdens een deel van de behandeling gebruikgemaakt van online interventies. Deze interventies kunnen verschillen waardoor blended behandelen een brede term is. Een voorbeeld van blended behandelen is een behandeling waarbij een module thuis online gevolgd wordt en de cliënt daarnaast ook voor sessies naar de therapeut komt. Ook een afwisseling tussen sessies in de kamer en sessies via beeldbellen of chatten, is blended behandelen. Online modules worden door verschillende aanbieders aangeboden. Binnen de kinder- en jeugd-GGZ zijn Jouw Omgeving, Therapieland, Minddistrict en Karify enkele voorbeelden. Daarnaast bestaan er ook losse online modules zoals ‘Grip op je dip’ of ‘Schateiland’. Blended behandelen levert weinig tijdswinst op voor de behandelaar. Een behandelaar is namelijk nog steeds tijd kwijt aan bijvoorbeeld

feedback geven op de online modules. Hierbij is het wel een voordeel dat dit op elk moment van de dag kan worden ingepland, terwijl cliënten vaak voorkeur hebben voor een afspraak in de namiddag. Voordeel voor de cliënten is dat zij, door middel van hun telefoon, de behandeling letterlijk bij de hand hebben.

Meerdere onderzoeken tonen aan dat volledig online behandelen even effectief is als reguliere behandeling. De meeste onderzoeken zijn gedaan naar CGT, maar ook online EMDR wordt steeds vaker onderzocht. In bijvoorbeeld een meta-analyse met 34 studies toonden Grist en collega's (2019) aan dat cognitieve gedragstherapie bij jongeren via internet effectiever was dan op de wachtlijst staan en even effectief was als behandeling in de kamer.

Onderzoek naar blended therapie bij volwassenen laat zien dat in vergelijking met behandeling volledig in de kamer, blended therapie tijd scheelt, zonder dat de uitkomst van de therapie verslechtert. Daarnaast zou het kunnen leiden tot minder drop-outs. De onderzoekers geven echter aan dat er nog weinig blended interventies zijn en dat er weinig onderzoek gedaan is naar deze interventies. Hoewel Erbe, Eichert en collega's (2017) aangeven dat er weinig blended behandelingen zijn en dat onderzoek ernaar summier is, levert een onderzoek van De Vos en collega's (2017) voorzichtig bewijs dat blended behandelen effectief lijkt. In dit onderzoek naar jongeren met een depressieve stoornis, gaven de jongeren aan dat zij het fijn vinden om zelf te kunnen bepalen waar en wanneer zij aan de therapie werken. 48% van de jongeren gaf aan liever alleen fysieke gesprekken te hebben en geen online behandeling. De helft van de jongeren uit dit onderzoek geeft →

“  
**Voordeel voor de cliënten is dat zij, door middel van hun telefoon, de behandeling letterlijk bij de hand hebben.**

”

aan dat hun depressieve klachten vooral zijn verminderd door de face-to-facecontacten. Een derde van de jongeren schrijft de vermindering toe aan de combinatie van face-to-face- en onlinecontacten. De auteurs schrijven dat de therapeutische relatie nodig is voor de behandeling en dat het gezien en erkend worden in het psychisch lijden van grote waarde is voor cliënten. Mogelijk komt de therapeutische relatie beter tot stand in de gesprekskamer en/of met een bepaald minimum-aantal fysieke sessies.

Blended behandelen is, zoals gezegd, een ruim begrip. Naast modules die gemaakt zijn om blended in te zetten, kunnen therapeuten ook blended behandelen door gebruik te maken van chatfuncties of apps. Een voordeel hiervan is dat cliënten de behandeling eenvoudiger meenemen naar de thuissituatie: daar waar de verandering moet gaan plaatsvinden. Cliënten kunnen een GGG-schema invullen op papier. Dit formulier over hun gedachte, gedrag en gevoel in een bepaalde situatie, kan echter ook op de telefoon worden ingevuld. Dit heeft als voordeel dat een cliënt direct het schema kan invullen als hij/zij een situatie meemaakt die daarom vraagt. Een ander voorbeeld is een signaleringsplan in een app, waar de cliënt direct bij kan als het niet goed met hem/haar gaat, ook wanneer hij/zij bijvoorbeeld in de supermarkt staat. Een overzicht van dergelijke apps is te vinden op [www.ggzappwijzer.nl](http://www.ggzappwijzer.nl).

“

***Een voordeel van blended behandelen is dat cliënten de behandeling eenvoudiger meenemen naar de thuissituatie: daar waar de verandering moet gaan plaatsvinden.***

”

Samengevat: het kan goed zijn om blended behandelen in te zetten naast de reguliere behandeling. Bij blended modules zijn cliënten minder tijd kwijt aan reizen, kunnen zij hun behandeling deels flexibel indelen, kan er effectiever worden omgegaan met agenda's van behandelaren en kunnen behandelingen en adviezen beter ingepast worden in het dagelijks leven. Het is belangrijk samen met cliënten te bekijken óf zij er baat bij zouden kunnen hebben en waar zij baat bij zouden kunnen hebben.

### **Virtual Reality**

Een E-health-techniek die echt iets nieuws toevoegt aan de behandeling is Virtual Reality (VR). VR is een behandelingsmethode waarbij in de therapiekamer in een virtuele wereld geoefend kan worden met problemen uit de echte wereld. Het kan een mooie mogelijkheid bieden voor cliënten om te oefenen in een veilige en toch 'echte' omgeving, waarbij direct feedback gegeven kan worden. Er zijn verschillende geprotocolleerde VR-behandelingen opgezet, zoals het VRET-protocol voor mensen met achterdocht, YourSkills voor kinderen met gedragsproblemen en Reducept voor somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Virtual Reality maakt gebruik van hoe men normaal de wereld waarneemt. De hersenen meten of een object dichtbij of verder weg is door de afstand tussen de beelden van het linker- en rechteroog. De bril van Virtual Reality maakt hier gebruik van. Het laat twee beelden zien: één voor elk oog. Zo creëert de bril diepte. Daarnaast bewegen de afbeeldingen met je mee als je zelf beweegt. Er wordt hiervoor gebruikgemaakt van bewegingssensoren, zodat je niet alleen naar een platte afbeelding kijkt, maar je ook kunt bewegen door die virtuele wereld. De perceptie wordt nog realistischer doordat er gesproken kan worden, en doordat je met de controllers voorwerpen kunt oppakken en daar iets mee kunt doen.

Uit een meta-analyse uit 2012 komt naar voren dat VR-behandeling beter is dan op de wachtlijst staan, even goed werkt als reguliere cognitieve gedragstherapie (CGT) en dat de langetermijneffecten van VR goed zijn. Specifiek onderzoek naar de VR-behandeling voor achterdocht laat zien dat er een significante verbetering optreedt in het echte leven en persoonlijke doelen behaald worden. Anderzijds toonde onderzoek aan dat VR-behandeling voor lichaamsbeleving bij eetstoornissen niet voldoende bijdroeg. Ook moet goed overwogen worden of VR een meerwaarde biedt in de behandeling,



en niet alleen gebruikt wordt vanwege de aantrekkelijkheid van de techniek. De aanschaf van VR brengt hoge kosten met zich mee. Onderzoek doen naar de toepasbaarheid en toegevoegde waarde van VR is daarom van belang. Momenteel wordt verder onderzoek gedaan naar de effecten van onder andere VR-behandeling bij gedragsproblemen bij kinderen (YourSkills), psychose (VRET) en autisme.

De VR-bril lijkt dus voor bepaalde behandelingen effectief. Zelf heb ik gemerkt dat het, in elk geval voor kinderen, ook aantrekkelijk is. De bril is iets nieuws. Het is interessant. De kinderen zijn daardoor enthousiast en de motivatie voor de therapie lijkt daardoor vergroot. Wel moet er nog meer onderzoek gedaan worden naar de effecten van VR bij de verschillende behandelingen.

### **Zelfhulp en wearables**

De druk op de jeugdzorg wordt steeds hoger. E-health kan een middel zijn om deze druk te verlagen. Zo biedt 113 een gratis chatmogelijkheid voor mensen met suïcidale gedachten. Hierbij wordt, naast reguliere zorgmedewerkers, ook gebruikgemaakt van vrijwilligers. Een andere mogelijkheid is om tijdens de wachtlijstperiode

in te zetten op E-health. Zolang cliënten nog niet in behandeling zijn, zouden de huisarts en de POH-GGZ digitale hulp kunnen starten. Dit kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van zelfhulpmodules en/of ontspanningsoefeningen in een app. Hierdoor kunnen klachten mogelijk verminderen, maar vooral kan het ervoor zorgen dat deze niet verergeren. Als een cliënt vervolgens in zorg is bij een GGZ-instelling, zijn er ook daar verschillende mogelijkheden om de druk op de zorg te verminderen. Zo maakt GGZ NHN in de zorgopshaling gebruik van 24/7 digizorg. Cliënten kunnen, ongepland, 24 uur per dag bellen naar het digiteam. Het digiteam kan de cliënten helpen bij het uitvoeren van hun signaleringsplan en daarmee mogelijk een crisis en/of opname afwenden. Een andere manier om gebruik te maken van E-health, is het gebruik van een wearable. Zo doet GGNET onderzoek naar het dragen van wearables, in dit geval een smartwatch, bij volwassenen die moeite hebben om de opbouw van spanning in het lichaam te herkennen. Het apparaat meet de hartslag en geeft een signaal als de spanning begint op te lopen. Cliënten kunnen dan zelfgekozen middelen ter ontspanning inzetten om verder oplopende spanning te voorkomen. →

Niet alleen tijdens de behandeling kan er digitale zorg worden ingezet. Ook bij preventie of bij het voorkomen van terugval zou E-health kunnen helpen. Specifiek voor het voorkomen van terugval bij depressieve of angstige klachten, ontwikkelde een aantal onderzoeksinstellingen de app StayFine. Deze app is verbonden aan een wetenschappelijk onderzoek en jongeren kunnen zichzelf aanmelden. Van hetzelfde team is er ook de StayFine-lijn. Dit is een telefoonlijn voor jongeren die in het verleden bekend waren met angst- en depressieklachten en tijdens de coronapandemie bang zijn voor een terugval. Als jongeren minder vaak terugvallen, zullen zij minder vaak in zorg komen waardoor er minder aanmeldingen komen, de wachtlijsten verkorten en de druk op de zorg vermindert.

Er zijn er meerdere manieren om E-health in te zetten. Als E-health effectief wordt ingezet, kan het de werkdruk verminderen, de kans op een crisis verkleinen, behandeling inzetten op manieren die eerder niet mogelijk waren en de therapie dichterbij de cliënt brengen. E-health is nog relatief nieuw. Het is daarom belangrijk

om te onderzoeken waar de cliënt behoefte aan heeft en welke digitale vaardigheden de cliënt bezit. Als E-health efficiënt en op maat wordt ingezet, biedt het veel mogelijkheden voor de cliënt, de GGZ-instelling en (jeugd)zorg in zijn geheel. //

#### Bronnen:

- Cornet, L. J. M., den Besten, A. L., & van Gelder, J.-L. (2019). *Virtual Reality en Augmented Reality in justitiële context*. University of Twente.
- 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(9), <https://doi.org/10.2196/jmir.6588>
- Grist, R., Croker, A., Denne, M., & Stallard, P. (2019). Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22, 147–171. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0271-8>
- Opriş D, Pinteş S, García-Palacios A, Botella C, Szamosközi Ş, David D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 85-93. doi: 10.1002/da.20910.
- De Vos, R., Tromp, N., Bodden, D., Stikkelbroek, Y. (2017). Therapeut onmisbaar bij 'blended therapie' tegen depressie. *Kind & Adolescent Praktijk*, 16, 6–13. <https://doi.org/10.1007/s12454-017-0014-x>

