
Blended behandelen in de GGZ tijdens de Corona-pandemie



Jaap van de Hoef
Andre Zuiderveld

Auteur zijn SPV i.o.

Inleiding

In 1998 maakt documentairemaker Frans Bromet (& dochters) een reportage over mobiel bellen. Op een zonnige dag vraagt hij op straat aan voorbijgangers of ze een mobieltje hebben. De mensen in het filmpje geven allen aan van niet. Een enkeling ziet in dat het wel handig kan zijn, maar net als hij zeggen ze allemaal dat ze het niet nodig vinden of het belang ervan inzien. 'Zonde van het geld', zegt een jongeman. 'Als mensen mij willen bereiken dan kunnen ze dat met een brief doen en als het dringend is ben ik telefonisch thuis te bereiken', zegt een man op de fiets.

In twee decennia is er ontzettend veel veranderd en vandaag de dag doen beelden als deze nostalgisch aan. Toch lijkt er in de zorg een soortgelijke ontwikkeling te zijn als het gaat om technologie. Een goede tien jaar geleden waren er nog veel werkplekken waar men in stapels dikke mappen de dagelijkse rapportages opschreef, nu is het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) niet meer weg te denken. De volgende grote digitale trend die nu speelt is die van blended behandelen, door de Corona-pandemie in een stroomversnelling gebracht. Doordat in het voorjaar van 2020 ineens al het reguliere face-to-face contact gestaakt moest worden, werd de noodzaak van digitaal zorgverlenen zeer duidelijk. Organisaties hadden over het algemeen al wel software-platformen in huis om zorg via de digitale kanalen aan te bieden dan wel te ondersteunen, maar de mogelijkheden hiermee waren nog beperkt en medewerkers waren hiermee vaak niet bekwaam. Het lijkt erop dat het in veel organisaties nog complementair was aan de reguliere zorg en dat het met name in de eerste lijn al meer gemeengoed is. Naast dat de huidige pandemie en bijkomende lockdowns het nut van online behandelvormen duidelijk hebben gemaakt, moet ook de link met het fragment van Bromet worden gelegd. Ooit zal deze manier van behandelen als volledig geïntegreerd onderdeel in de zorgtrajecten van vandaag gaan passen. Toch is er nog weerstand, vinden hulpverleners het lastig en wordt er in lang niet alle trajecten gebruik van gemaakt. Ook de schrijvers van dit artikel kennen enige gereserveerdheid bij deze behandelvorm, ondanks dat er geen sprake is van digibetisme. Aangezien we niet om alle technologische ontwikkelingen heen kunnen, zal in dit artikel bekeken worden op welke manier de hulpverlener en in het speciaal de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, goed beslagen ten ijs kan komen in de wereld van blended behandelen. Stiekem hopen we dat dit artikel de wat stoïcijnse lezer kan overtuigen dat goede integratie van digitale toepassingen in de reguliere behandeling een zekere meerwaarde heeft. Daarbij worden ook aanknopingspunten gegeven hoe dit te bereiken.

De centrale vraag is dan ook: hoe helpen nieuwe inzichten en ervaringen, opgedaan door de coronacrisis, de ambulante en poliklinische praktijk beter gebruik te maken van blended behandelvormen?

De begrippen ontward

Het is hier goed te noemen dat de termen e-health, online of blended behandelen voor de meeste cliënten, maar ook hulpverleners worden gezien als containerbegrippen waaronder alle digitale vormen vallen zoals chatten, (video)bellen, WhatsApp of online modules. Dit wordt genoemd in de Webinar *Wat kunnen we leren over Zorg op Afstand in de ggz gedurende COVID-19?* (Boonstra & Kaptein, 2020). Om verwarring te voorkomen zullen we de belangrijkste begrippen nader toelichten. Allereerst het onderscheid tussen de termen e-health, online behandelen en blended behandelen. Nictiz is de Nederlandse kennisorganisatie voor digitale informatie-uitwisseling in de zorg en heeft in 2019 de definitie van e-health herijkt. Daaruit is de volgende definitie van e-health tot stand gekomen: 'E-health is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren.' (Van Lettow, Wouters & Sinnige, 2019). In de Generieke Module eHealth wordt een andere definitie gegeven die wat meer van toepassing is voor de GGZ: 'Het gebruik van informatie- en communicatietechnologie om mensen met psychische klachten en/of aandoeningen te informeren en/of te ondersteunen met betrekking tot hun psychische gezondheid om zo het herstelproces en daarmee hun kwaliteit van leven te verbeteren.' (GGZ Standaarden, 2020). Een definitie die hierbij aansluit wordt gegeven in het artikel *Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg*, zij verstaan namelijk onder blended behandeling 'een geïntegreerd hulpaanbod van zowel online als face to face interventies met als doel de zorg cliëntvriendelijker, kwalitatief beter en doelmatiger te maken.' (Postel, Witting, Gemert-Pijnen, 2013) In engere zin gaat online behandelen over het gebruik maken van e-health toepassingen binnen een behandeling. Dit kan dus ook volledig online zijn, wat ook wel zorg op afstand wordt genoemd (Grolleman, Coenen & Waringa, 2018). Hierbij is het dus niet noodzakelijk voor hulpverlener en cliënt om elkaar in het echt te ontmoeten. Zij noemen dit een gemengde behandeling, hetgeen de vertaling is van blended care. Voor dit artikel wordt er voor gekozen daar onderscheid tussen te maken. Wanneer er sprake is van een mix tussen behandeling 'in het echt' en e-health toepassingen, is er wat ons betreft pas sprake van blended behandelen.

Weerstand?

Toen in maart 2020 vanwege het Corona-virus het land in de intelligente lockdown ging, betekende dat voor hulpverleners in de ambulante en poliklinische setting dat per direct het grootste gedeelte van alle gesprekken werden omgezet in (beeld)belcontacten. Een van de uitzonderingen hierop waren crisis-gevoelige cases. Deze omschakeling leidde tot uitingen dat het verlenen van zorg zo wel schraal werd. Toch legden we massaal de video verbinding en werd er geprobeerd te werken met het beschikbare online-platform van de organisatie. Inmiddels zijn professional en cliënt er aan gewend dat de mogelijkheid tot beeldbellen er is. Als gevolg daarvan is men hiermee handiger geworden. Zoals *anderhalvemetersamenleving* het woord van het jaar 2020 is geworden, was ongetwijfeld: 'Ik hoor je wel, maar ik zie niets.', een van de genomineerden voor de uitspraak van het jaar. Toch is weerstand tegen online en blended behandelen nog aanwezig in de ambulante en poliklinische zorg. Ondanks dat de onhandigheid met beeldbellen nu minder speelt, wordt blended care door poliklinische en ambulante ggz-hulpverleners nog niet omarmd. Deze terughoudendheid is begrijpelijk, men doet werk waar het draait om persoonlijk contact waarbij observatie en het opbouwen van een vertrouwensband de basis is voor een goede samenwerkingsrelatie. In een aflevering van De Monitor in mei 2020, vertellen verschillende hulpverleners welke moeite of bedenkingen ze hebben met online behandelvormen als vervanging van de traditionele manier van hulpverlenen. In dit journalistieke reportageprogramma wordt in deze aflevering onderzocht hoe e-health een grotere rol is gaan spelen binnen de GGZ tijdens de eerste lockdown.

Zo wordt ook SPV Gerard van der Wouden, in de reportage een oude rot in het vak genoemd, aan het woord gelaten. Gerard geeft aan dat hij een van de grootste tegenstanders is, onhandig als hij is met een computer. Echter noemt hij ook voor- en nadelen, namelijk dat het Corona-virus absoluut voor een doorbraak heeft gezorgd van e-health en dat een deel van de zorg echt wel vervangen kan worden door digitale toepassingen. Op de vraag of hij bang is dat uit efficiëntie-overwegingen het gros van de zorg digitaal moet gaan worden geleverd antwoordt hij: 'Ben ik wel een beetje bang voor, dat zorgverzekeraars denken van: 'Het kan allemaal goedkoper, dus kijk eens hoe goed dat gaat.' Maar toch kan dat echt niet, dat kan met onze groep echt niet.', waarbij hij lijkt te doelen op de complexe doelgroep waarmee hij werkt. Er kan dan ook wel gesteld worden dat de terughoudendheid van hulpverlener om meer blinded te gaan werken, berust op een soort onderbuikgevoel dat omschreven kan worden als een angst dat kostenefficiëntie de menselijke maat uit het werk weg zal halen. Dat belangrijke nuances worden gemist die er alleen zijn als je elkaar in het echt ontmoet. Voor dit artikel werd, uiteraard via videoverbinding, ook gesproken met Dr. Annemarie van Hout. Zij is onderzoeker aan hogeschool Windesheim en projectleider van de onderzoeksgroep waar Micheal Kaptein en Nynke Boonstra deel van uit maken. Zij gaven de eerder genoemde Webinar over zorg op afstand tijdens covid-19. Annemarie doet over de weerstand van blinded behandelen een aantal genuanceerde uitspraken: 'Het is lang zo geweest dat verpleegkundigen in een hoek werden gezet van: 'Die willen niet, die zitten met hun hakken in het zand, die zijn te ouderwets.' Terwijl ik denk: 'Dat is natuurlijk niet fair, er zijn echt situaties waarbij het gewoon niet zo'n goed idee is en dan zijn verpleegkundigen en aanverwante beroepen ook gewoon expert.' Ik denk dat je verpleegkundigen moet steunen en moet zeggen: 'Jij bent de expert.' Als je zegt dat het niet kan, dan kan het niet. Maar er zijn er zijn ook groepen waarover we het met elkaar over moeten hebben, omdat het ook iets op kan leveren, en ik denk dat goeie verhalen vertellen daarbij helpt. Dus dat je niet alleen elkaar vermanend moet toespreken, maar vooral moet uitnodigen. "

Ze geeft aan dat je niet voorbij moet gaan aan de weerstand van blinded behandelen: 'Het allerbelangrijkste is dat we oog houden voor de argumenten waardoor mensen er tegen zijn. Ik denk dat we dat niet zomaar kunnen wegzetten als: dat is de groep die in de achteruit gaat. Dat is gewoon jammer, er is wel meer over te zeggen dan dat. Het is echt terecht als je weerstand hebt, maar probeer het te onderbouwen en probeer bij jezelf na te gaan, waar komt dat nou vandaan. "

Daarbij geeft ze aan dat als dit door praktische problemen komt als een te volle agenda of vanwege het missen van expertise, het goed is dit te bespreken met collega's. Ze adviseert mee te lopen met een collega of iemand in je netwerk die hier wel meer mee bezig is en dit ook met je leidinggevende te bespreken. Degene die de voortrekkersrol heeft zal op zijn beurt actief op zoek moeten gaan naar de collega's die wat meer in de achteruit gaan.

Effectiviteit

Het is dus goed om de weerstand die er leeft bespreekbaar te maken en daarbij te luisteren naar elkaars onderbouwde bezwaren. Een van die bezwaren kan dus zijn dat men het gevoel heeft dat e-health puur voortkomt uit een bezuinigingsprikkel en niet per se effectiever is. Maar wat is er eigenlijk bekend over de effectiviteit van blinded behandelen? Dat de toevoeging van online interventies als onderdeel van de behandeling een behandeling meer effect geeft moet ook de enige motivator zijn om meer op blinded behandelen in te zetten. In de Generieke Module e-health wordt genoemd dat er weinig bewijs is dat e-health goedkoper is dan reguliere zorg (GGZ Standaarden, 2020). Uiteraard is de gedachte dat bij goed uitgevoerde blinded zorg er minder reistijd is, de behandeling geprotocolleerder verloopt en de cliënt sneller verlichting ervaart van klachten, hetgeen allemaal kostenverlagend werkt. In dat geval is er sprake van een mes dat aan twee kanten snijdt: de zorg is goedkoper en heeft meer effect. Echter was het voor het Corona-tijdperk zo dat de meeste instellingen wel een online-behandelplatform hadden, maar blinded werken niet goed geïmplementeerd was en personeel hierin nauwelijks werd getraind of gecoacht. Zonder goede kwalitatieve inbedding van blinded behandeling is kostenverlaging niet iets dat nagestreefd moet worden.

Aan de andere kant mag opgemerkt worden dat als er geen perspectief is voor bestuur en organisatie, dat het naast kwalitatief betere zorg ook lagere kosten op termijn gaat opleveren, de bereidheid hier flink in te investeren ook lager is. Daarom is het van belang dat de SPV een voortrekkersrol neemt om mee te gaan in deze innovatie. Daarmee wordt bedoeld op teamniveau, maar ook als stem vanaf de werkvloer naar de organisatie. In 2020 werd men ondanks de eerder genoemde weerstand gedwongen om veel meer te gaan doen met online toepassingen in een behandeling. Uit onderzoek blijkt dat deze manier van werken voor een groot deel van de professionals goed bevalen is. De redenen hiervoor zijn dat het toch mogelijk is geweest om contact te houden en dat er meer mogelijk is dan men had verwacht. Wel zijn er ook hulpverleners bij die het gevoel hebben gehad tekort geschoten te zijn. Over de tevredenheid van cliënten wordt voorzichtig geconcludeerd dat ze tevreden zijn geweest over de online behandeling tijdens de lockdown. Kanttekening hier is dat een groot deel van de respondenten uit de cliëntengroep niet had gereageerd op deze vraag (Boonstra & Kapitein, 2020).

Voor- en nadelen van blended behandelen

In dit artikel ligt de focus op blended behandelen in de poliklinische en ambulante setting. Daarom worden hierna de voor deze praktijk relevante voor- en nadelen uiteengezet.

Voordelen:

- De locatie en tijd spelen een minder grote of geen rol. Men kan behandelcontact hebben, bezig zijn in een behandelmodule of feedback geven op een door de cliënt gedane oefening vanaf verschillende plekken. Hierdoor neemt de flexibiliteit toe. Zo hoeft men niet te reizen, wat voor sommige cliënten op zichzelf al een opgave is. Hierdoor kan het contact desnoods met een cliënt die in bed ligt, worden gelegd. Hierdoor krijg je een beter zicht op de omgeving van de cliënt, die je anders altijd op de poli spreekt. Dit geeft leuke aanknopingspunten voor het niet behandelinhoudelijke praten over koetjes en kalfjes, wat belangrijk is voor de samenwerkingsband.
- In een blended behandeltraject waarbij deels online gewerkt wordt door de cliënt met bijvoorbeeld het maken van (oefen)opdrachten of het bijhouden van een dagboek, kan de cliënt zelf het moment bepalen wanneer zij hiermee bezig is. Daarbij kan de cliënt zelf het tempo bepalen en zelf de nadruk leggen op zaken die ze belangrijk vindt. Voor de professional is het voordeel hiervan dat deze bedenktijd heeft voor een reactie, maar ook tussen vaste afspraken door hier al op kan reageren, met aanmoediging, complimenten of feedback (Spek, 2007, GGZ Standaarden, 2020,). Dit geeft vanuit ons gezien dus de mogelijkheid tot een hoge contactfrequentie in combinatie met het kunnen zetten van kleine stappen die blended behandelen extra kracht geven.
- Bij een blended behandeling is het mogelijk het aantal contactmomenten op te schroeven. In een reguliere behandeling is doorgaans eens in de één á twee weken contact. Tussen twee afspraken door verslapt de aandacht voor elkaar en de behandeling. Hierdoor ontstaat er een soort golfbeweging in aandacht. In een blended behandeling kan tussen deze afspraken door ook online informatie worden uitgewisseld over het beloop van iemands klachten. Hierdoor wordt de golfbeweging egalier, hetgeen de behandeling ten goede komt. (Waringa, Ribbers 2018).
- Er kan met de cliënt in de thuissituatie geoefend worden op afstand. Dit is efficiënter dan de traditionele vorm waarbij de cliënt een huiswerkopdracht krijgt en deze de volgende afspraak wordt besproken. De mogelijkheid om op afstand samen met de cliënt thuis te oefenen is dan ook een aanvulling op het traditionele repertoire van de SPV. Bij deze manier van werken wordt het betrekken van het netwerk laagdrempeliger, waardoor het systeem ook sneller betrokken kan worden en iemand kan steunen bij het maken van oefeningen.

- Voor sommige cliënten is het makkelijker om zich open te stellen. Het niet lijfelijk in elkaars omgeving zijn, kan door de cliënt een gevoel van sociale anonimiteit worden beleefd, waardoor de kans groter is dat het iemand makkelijker maakt om zich open te stellen (Boonstra & Kaptein, 2020, Waringa, Ribbers, 2018).
- Bij een blended behandeling wordt naast het hebben van contact door middel van bijvoorbeeld beeldbellen ook gewerkt met modules. In een online behandelmodule doorloopt een cliënt doorgaans een op klachtgericht traject waarin stap voor stap gewerkt wordt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van beeld- en videomateriaal en geschreven tekst. Ook wordt van cliënt en hulpverlener verwacht zich schriftelijk uit te drukken. Hierbij kan gedacht worden aan het bijhouden van een dagboek of omschrijven hoe een opdracht verlopen is, waarop de hulpverlener dan weer feedback kan geven. Schrijven lijkt een van de succesfactoren binnen blended behandelen. Specifieke voordelen daarvan zijn dat het zwart op wit staat, wat teruglezen makkelijker maakt. Gevolg daarvan is dat het rapporteren makkelijker of zelfs overbodig maakt. Verder is het zo dat schrijven structureert en aanzet tot reflectie. Door te schrijven over gebeurtenissen wordt nagedacht over het eigen gedachten en handelen en eenmaal opgeschreven maakt dit het makkelijker om er met enige afstand naar te kijken. Of in het geval van heftige emoties, op een later moment als men er helderder over na kan denken. (GGZ Standaarden, 2020, Waringa & Ribbers, 2018).
- Het gevoel van stigmatisering kan tegen worden gegaan op het moment dat de cliënt vanuit huis contact heeft met hulpverlening of zelfstandig bezig is met het volgen van een module. Vanuit eigen praktijk hebben we gezien dat er op deze manier meer empowerment van de cliënt wordt gevraagd en voelt het voor sommige cliënten minder stigmatiserend dan wanneer deze het pand van de hulpverlening betreedt.
- Als aanvulling op een blended behandeltraject kan online lotgenoten-contact helpend zijn. In het algemeen mag aangenomen worden dat lotgenotencontact helpt, ongeacht duur of vorm. Als dit online plaatsvindt, dan is de stap om te beginnen met lotgenotencontact kleiner. Zeker de combinatie met andere voordelen als onafhankelijk zijn van tijd en plaats maken het geheel drempelverlagend (Hielema, Loer, 2020).

Nadelen:

- Cliënten en hulpverleners ervaren zorg op afstand als onpersoonlijk. Hier sluit het grootste bezwaar van professionals bij aan. Het contact maken aan het begin van een behandelrelatie, de klik, de cliënt kunnen waarnemen in zijn of haar omgeving en daarbij zien, horen en aanvoelen hoe iemand erbij zit wordt door hulpverleners als een voordeel genoemd. Uit eigen ervaring weten we dat bij online contact details en kleine nuances die je in de echte wereld opmerkt, gemist kunnen worden. Een stapel ongeopende post, lege halve liters bier op de salontafel of een stevige lichaamsgeur worden gemist op het moment dat er een scherm tussen zit.
- Als je als behandelaar of cliënt weinig computervaardigheden hebt dan is dat een belemmerende factor om goed blended te kunnen behandelen. We hebben binnen onze eigen teams gezien dat deze vaardigheden nogal kunnen verschillen waardoor er verdeeldheid kan komen in het team over de functionaliteit van blended behandelen. Het gebrek aan online-handigheid zorgt natuurlijk voor minder flow in het werk, waardoor sommigen het gebruiken van online interventies zullen proberen te vermijden.
- Andere belemmerende factoren zijn van praktische aard. Hier gaat het om bijvoorbeeld technische problemen, zoals een slechte verbinding, maar ook storende zaken als omgevingsgeluid of worden als nadelig ervaren. Een goede thuisverbinding met internet is hierin van cruciaal belang. Daarbij is uit ervaring ook gebleken dat wanneer kleine kinderen of partners ook thuis aanwezig zijn, dit storend kan zijn in het contact met de cliënt.

Welke criteria dragen bij dat E-health blended care succesvol wordt?
Wat maakt dat het werkt?

De belangrijkste voors en tegens zijn hiervoor op een rij gezet. Dit kan helpend zijn om de SPV te overtuigen van de meerwaarde van blended behandelen óf de al actief blendende SPV sterken in zijn motivatie om hiermee door te gaan en hierin anderen mee te nemen. Maar wat is er nou voor nodig om succesvol blended te behandelen? In de Generieke module E-health worden verschillende kenmerken genoemd die een competente hulpverlener heeft. Er worden er zeven genoemd, maar in dit artikel is gekozen om de voor de SPV belangrijkste competenties onder te verdelen in twee categorieën, namelijk vaardigheden en houdingsaspecten. Enigszins los daarvan, maar niet minder belangrijk is hoe de cliënt wordt betrokken bij het toepassen van blended behandelen. Onder vaardigheden vallen schrijfvaardigheid, ict-vaardigheden, online communicatievaardigheden. Ook al klinkt dat vanzelfsprekend, regelmatig ligt hier de basis voor het onvoldoende in staat zijn blended behandeling of begeleiding toe te passen en er misschien wel tegenzin voor voelen. Op het gebied van deze vaardigheden moet worden gedacht aan het hebben van voldoende schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid en het hebben van een redelijk typetempo. Het kunnen bieden van structuur aan een online gesprek hoort hier ook bij, al valt goed voor te stellen dat iemand die dit überhaupt goed kan, ook online moet lukken. Hierop volgt het hebben van enige handigheid met computers en internet. Dit is voor sommige mensen een struikelblok, want als je dit lastig vindt kost het je tijd en energie om je dit eigen te maken en dat is lastig bij een vaak volle agenda. Het ontberen van voorgenoemde vaardigheden maken het vanzelfsprekend lastig om een goed gebalanceerde blended behandeling vorm te kunnen geven. Het is er daarom aan gelegen dat teamleden die hier aanleg voor hebben, collega's die dat moeilijker vinden op sleeptouw nemen.

Een positieve of ten minste neutrale houding hebben ten opzichte van e-health, op de hoogte zijn van de mogelijkheden die het kan bieden, van privacy en veiligheid rondom online interventies en motivatie hebben om hierover na te denken, zijn zaken die horen bij de houding die past bij een competente e-health gebruikende zorgverlener. Als een hulpverlener alle voorgenoemde vaardigheden bezit en er de juiste houding bij heeft, dan staat er in principe weinig in de weg om (nog) meer te gaan doen met het online aanleren van een traditionele behandeling.

Al met al kan gesteld worden dat een zorgverlener die goede blended behandeling wil bieden, een aantal vaardigheden op niveau moet hebben, een enig aanstekelijk enthousiasme hiervoor moet tonen, op de hoogte moet zijn van privacy en veiligheid en de met de cliënt bespreekbaar moet maken welke rol online toepassingen innemen binnen de behandeling of begeleiding. Voor degenen die zich hier niet veel mee bezig hielden, lijkt vooral te gelden dat er een knop om moet, die mogelijk maakt dat ze zichzelf de kans geven om hierin te groeien en handiger te worden. Al is het een pré wanneer de organisatie dit faciliteert in de vorm van tijd, scholing en goede software. Hulpverleners die hier al regelmatig mee bezig waren en er affiniteit mee hebben, zullen zich met name kunnen richten op het vergroten van de regie door de cliënt en natuurlijk op het stimuleren, inspireren en coachen van collega's.

Voor de SPV is met name hierin de rol weggelegd van innoverende aanjager. Ook als 'beginnend' blended behandelaar die moeite heeft met het digitale, kan de SPV zich op aanstekelijke wijze verdiepen in het aanbod op de e-health platforms. Het spreken met collega's over wat wenselijke toepassingen zouden zijn of met cliënten bespreken wat mogelijke voordelen zouden kunnen zijn van het gebruik van online aspecten. Dit vraagt moed om te experimenteren en het vermogen om op creatieve wijze na te denken buiten de gebaande paden.

Aanbevelingen

Om meer te halen uit online toepassingen en om deze meer integraal te gebruiken in de reguliere behandeling zijn er een aantal aanbevelingen te geven. De inkopper hier is uiteraard dat het begint bij jezelf. Door klein te beginnen kan er geoefend worden. Er kan bijvoorbeeld gestart worden met een online slaapdagboek of psycho-educatie.

Hoe meer ervaring hiermee opgedaan wordt, hoe creatiever men hierin wordt. Daarbij zal na verloop van tijd opgemerkt worden dat het mengen van online en offline steeds gemakkelijker gaat. Mocht het moeilijk zijn om zomaar te beginnen, loop dan eens mee met een collega of andere professional die hier al meer mee doet. Het past bij het profiel van de SPV hiermee te durven experimenteren, leren en evalueren. Het begint door met elkaar kleine succeservaringen te delen op teamniveau, om elkaar te inspireren en het te laten groeien.

Dit is gelijk een tweede belangrijke aanbeveling. Samen kun je je effectiviteit en vaardigheden op gebied van blended behandelen vergroten. Het past bij de rol van een SPV om het voortouw te nemen in het agenderen van blended behandelen op teamniveau. Neem collega's die moeite hebben met digitale toepassingen op sleeptouw. Plan tijd in om ze uitleg te geven of organiseer eens een klinische les. Vraag om hulp als het niet lukt, maak online mogelijkheden bespreekbaar tijdens MDO's of het dagelijks overleg. Probeer het te zien als een extra gereedschapskist in het repertoire van de hulpverlener. Blended behandelen als onderdeel van intervisie of als intervisie-onderwerp op zich kan nuttig zijn. Bij intervisie wordt regelmatig de vraag 'Wat had er anders gekund?' gesteld. Daar kan dus aan toegevoegd worden 'Zijn er online toepassingen helpend in het geval van deze situatie?'

Om meer methodisch bezig te zijn met blended behandelen is het goed om na te denken over de functie en het doel van de online toepassing. Kijk daarbij goed naar wat de cliënt nodig heeft en stem daarop af met het passende middel en welke mix je gebruikt in je blended behandeling. Bespreken met de cliënt wat diens wensen hierin zijn, wat werkt en wat niet, is daarin essentieel. Praat daarom met de cliënt hoe deze online toepassingen en manieren van communiceren wil gebruiken in de behandeling. Er kan aan gedacht worden dit direct bij een intake al te doen. Er kan dan al een slag gemaakt worden door te introduceren dat de behandeling een mengvorm kan zijn tussen gesprekken in het echt, online gesprekken en het werken met online modules. Er kan in de intakefase al samen nagedacht worden over welke rol het online behandelen in het gehele traject heeft. Hierover afstemming zoeken, draagt bij aan zorg op maat. Blended behandelen moet niet een doel op zich zijn, maar een middel om het maatwerk verder te vergroten. Zo kan videobegeleiding bij het innemen van medicatie bij iemand met geheugenproblemen al een kleine interventie zijn die hieraan bijdraagt.

Als de cliënt of begeleiding nog onwennig is met het gebruiken hiervan, doe dan samen de voorbereiding voor de sessie. Bespreek hoe je in kan loggen, hoe je de camera in de juiste stand zet of hoe je werkt met het bijhouden van een online dagboek over bijvoorbeeld drankgebruik of slaaphygiëne. Dit draagt bij aan gewend raken aan het online behandelcontact.

Op organisatieniveau is zeker ook winst te behalen om blended care meer tot een algemene zaak te maken. Om daarbij niet te vervallen in allerlei beleidsmatige aanbevelingen blijven we hier kort over. De werkgever, maar ook onderwijspartijen, moeten meer tijd en ruimte creëren voor het trainen en coachen van de nieuwe, blended hulpverleners. Eigen ervaringen met online behandelonderdelen overtuigen het sterkst. Blijven investeren in de kwaliteit van de gebruikte software dan wel e-health platformen en de variatie van de te kiezen modules is essentieel. Juist de huidige tijd, waar we door het Corona-virus er meer gebruik van moeten maken. We leven steeds meer in een tijd waarin de online wereld zich vermengd met de fysieke wereld, waarin organisaties bij moeten zien te blijven. Wij vinden dat de SPV hierin als onderzoekende professional de taak heeft om de boodschap uit te dragen dat zonder een kwalitatief e-health aanbod en scholing van werknemers, een goede integratie van offline en online-werken, belemmerd wordt. Het is aan de SPV om op eigen initiatief praktijkproblemen en knelpunten onder de aandacht van management en beleidsmakers te brengen.

Conclusie

Het is duidelijk geworden dat 2020 een jaar is geweest waarin professionals en cliënten volop kennis hebben kunnen maken met het gebruik van e-health. Vooral beeldbellen heeft daarbij een vaste positie kunnen bemachtigen in het repertoire van de hulpverlener. De hoofdvraag van dit artikel was: *Hoe helpen nieuwe inzichten en ervaringen, opgedaan door de coronacrisis, de ambulante en poliklinische praktijk beter gebruik te maken van blended behandelvormen?*

Onder meer de Webinar 'Wat kunnen we leren over Zorg op Afstand in de ggz gedurende COVID-19?' (Boonstra, Kaptein, 2020) alsmede het videogesprek met Annemarie van Hout hebben hiervoor behoorlijke input gegeven. Het is duidelijk geworden dat blended behandelen werkt en dat professionals en cliënten hebben ervaren dat er meer mogelijk is dan verwacht. Ook waren in 2020 cliënten en professionals grotendeels tevreden over de inzet van blended behandelen. Aan het gemixt gebruik van online toepassingen met traditionele face to face behandelcontacten kleven vele voordelen, zoals het minder afhankelijk zijn van tijd en plaats en dat het dus meer flexibiliteit geeft. Ander voordelen zijn dat het netwerk gemakkelijker betrokken kan worden, de cliënt thuis kan oefenen met de hulpverlener op afstand, dat het voor sommige cliënten de drempel om hulpverlening te accepteren lager maakt en dat het voor sommigen gemakkelijker is zich open te stellen. Uiteraard zijn er nadelen zoals moeite hebben met de techniek of de ervaring hebben dat online contact onpersoonlijker is. Dit biedt echter ook weer kansen voor de toekomst, maar nog belangrijker is dat er ruimte moet zijn voor ervaren nadelen of weerstand jegens blended behandelen. Praten over functie en doel van gebruikte online methodes met cliënt en collega's is daarbij een aanbeveling. Het vinden van afstemming draagt bij aan zorg op maat, wat essentieel is voor succesvol blended behandelen. Voor de SPV is het belangrijk om te durven experimenteren en een voortrekkersrol aan te nemen. De SPV dient initiatief te nemen om het onder de aandacht te brengen binnen de organisatie, waarbij er tijd, geld en ruimte gecreëerd moet worden om medewerkers te bekwamen en de online toepassingen actueel te houden.

Bronnenlijst

- Cook, J.E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *Cyberpsychology & Behavior*, 5, 95-105.
- Delespaul P., Milo M., Schalken F., Boevink W., Os J. (2018) Begrippen. In: *Goede GGZ!*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2062-2_20
- 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), e306. <https://doi.org/10.2196/jmir.6588>
- Flim, C. (2009). *Zorg op afstand, het perspectief van de zorgprofessional in de langdurige zorg*. Den Haag: Nictiz.
- Boonstra, N., Kaptein, M. (2020, 1 oktober). Webinar: Wat kunnen we leren over Zorg op Afstand in de ggz gedurende COVID-19? [Video]. *YouTube, GGZ Friesland*. <https://www.youtube.com/watch?v=w18lirsEXgM&feature=youtu.be>
- Duncan, B. & Miller, S. (2000). *The Heroic cliënt*. San Francisco: Jossey-Bass.
- GGZ Standaarden. (2020, maart). *Generieke module eHealth*. Akwa GGZ. https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_ef5aa594-a769-4525-8db0-f725f734d442_ehealth__authorized-at_02-11-2017.pdf
- Grolleman, J., Coenen, M., & Waringa, A. (2018). De digitalisering van de zorg. In A. Waringa & A. Ribbers (Reds.), *E-health. Handboek voor zorg- en hulpverleners* (p. 11-31). Boom Psychologie.
- Hoe mindler werkt in 3 stappen. (z.d.). *Mindler.com*. Geraadpleegd op 13 januari 2021, van <https://mindlercare.com/nl/hoe-het-werkt/>
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7, 13.
- Lange, A., van de Ven, J.P., Schrieken, B. & Smit, M. (2003). Interapy burn-out: Preventie en behandeling van burn-out via internet (Interapy: Prevention and treatment of chronic stress through the internet). *Directieve Therapie*, 23, 121-145.
- Loer, A., & S., H. (2020, januari). Het effect van lotgenotencontact. Een literatuurstudie naar het effect van lotgenotencontact op de (ervaren) gezondheid van patiëntengroepen. (scriptie). *Hanzehogeschool Groningen*. <https://helder-advies.nl/wp-content/uploads/2020/02/Onderzoeksverslag-effecten-lotgenotencontact.pdf>

- Mora, L., Nevid, J. & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24, 3052-3062.
- Nictiz, Van Lettow, B., Wouters, M., & Sinnige, J. (2019, maart). *E-health, wat is dat?* Nictiz. <https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/E-health-Wat-is-dat.pdf>
- Postel, M., Witting, M., & Gemert-Pijnen, L. (2018, 10 september). Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (33-3-4). *Directieve therapie*, 2013 /33(3). <http://www.directieve therapie.nl/artikelen/jaargang33/blended-behandeling-in-de-geestelijke-gezondheidszorg-33-3-4>
- Sethi, S., Campbell, A. J., & Ellis, L. A. (2010). The Use of Computerized Self-Help Packages to Treat Adolescent Depression and Anxiety. *Journal of Technology in Human Services*, 28(3), 144-160. <https://doi.org/10.1080/15228835.2010.508317>
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2006). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(03), 319-328. <https://doi.org/10.1017/s0033291706008944>
- Tanrikulu, I. (2009). Counselors-in-training students' attitudes towards online counseling. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 1, 785-788.
- Van de Keuken, T (journalist/programmaker). (2020, 18 mei). Wat betekent corona voor de geestelijke gezondheidszorg? [tv-uitzending] In Van de Keuken, T., Boelens, T., Van Tilburg, A.M. & Sint Niklaas, S., *De monitor*. Hilversum, Nederland: KRO-NCRV.
- Verduijn, M., & Ribbers, A. (2018). Basisvaardigheden en competenties voor succesvolle e-health. In A. Waringa (Red.), *E-health. Handboek voor zorg- en hulpverleners* (1ste editie, pp. 147-165). Boom Lemma.
- V&VN, Derks, J., Van der Padt, I., & Boon, J. (2014, april). *Expertisegebied Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*. <https://www.venvn-spv.nl/pdfs/publicatiespdf/spv-expertisegebied2014.pdf>
- Wampold, B.E. (2001). The great psychotherapy debate: model, methods, and findings. Mahwah: *Lawrence Erlbaum Associates*.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Waringa, A., & Ribbers, A. (2018). *E-health. Handboek voor zorg- en hulpverleners*. (1ste editie). Boom Lemma.