

Twee jaar ervaring met 100% online behandelen in de GGZ

Sinds januari 2018 biedt de 'PsyQ online poli' volledig online Specialistische GGZ (SGGZ) behandelingen aan voor patiënten met angststoornissen en depressie. Deze behandelingen omvatten evidence-based protocollen aangevuld met de voordelen van een online omgeving. Nu, na twee jaar met vallen en opstaan en een stuk wijzer, worden de ervaringen gebruikt bij het breed implementeren van online behandelmogelijkheden na de COVID-19 uitbraak. Dit artikel geeft een beeld van de opgedane ervaringen en de meerwaarde ervan in de coronacrisis. Samen met de cijfers van de eerste evaluatie van deze vorm van zorg schetsen de auteurs de mogelijkheden die online zorg patiënten in de GGZ biedt en de huidige stand van zaken.

Annet Spijker, Mirjam van Orden en Annemiek van Dijke

Werkwijze online poli's

Bij de online poli's van PsyQ en i-psy krijgen patiënten een online behandeling voor angst- en/of stemmingsklachten aangeboden. Om een indruk te krijgen van deze manier van behandelen: klik deze link aan <https://vimeo.com/394463515>.

In de online poli vindt het contact tussen behandelaar en patiënt in principe niet meer plaats in de behandelkamer, maar via beeldbellen alsmede via de chatfunctie en online activiteitenregistraties zoals de registraties van emoties en de gedachtenschema's. Face-to-face contacten blijven mogelijk en worden, op indicatie, nog steeds gedaan, onder andere in geval van een crisisbeoordeling. De vorm van het contact is dan ook flexibel en volgt de behoefte van de patiënt. De behandeling wordt ondersteund door de NiceDay app. De beeldbel behandelsessies worden bij voorkeur gepersonaliseerd ingericht. Dit wil zeggen dat op momenten dat het er voor de patiënt toe doet, een beeldbel-contact met de behandelaar

wordt ingepland. De patiënt krijgt opdrachten en registreert in de periode tussen de beeldbel-contacten of en hoe succesvol deze opdrachten zijn verlopen in de app. De behandelaar volgt de voortgang in een desktopversie van de app op een laptop en geeft tussen de beeldbel-contacten door al feedback op het verloop van de week en het resultaat van de opdrachten. Zo kan de behandelaar beschikbaar zijn op momenten die ertoe doen voor de patiënten en de behandeling. De patiënt hoeft niet meer naar de GGZ-vestiging te komen en heeft daardoor geen reistijd, geen parkeerkosten, geen wachttijd en dergelijke. Bovendien is er geen wachtlijst voor de online behandeling.

De behandeling kan overal gevolgd worden via een smartphone met een goede internetverbinding, zelfs tijdens een vakantie. Voorwaarde is natuurlijk wel dat iemand een rustige omgeving heeft waarin over persoonlijke onderwerpen kan worden gesproken.



Sessies met mensen op een terrasje aan het strand of met de kinderen in het zwembad bijvoorbeeld zijn niet mogelijk. Enige ervaring met het werken met apps (WhatsApp, sms, facetime, gezondheidsapp) strekt tot aanbeveling. De app is te downloaden via de apple store of googleplay.

Behandelingen

Voor patiënten met angst- en/of depressieve klachten bestaat het behandelaanbod uit cognitieve en gedragstherapeutische interventies volgens de landelijke richtlijnen. Cognitieve interventies, zoals het werken met gedachtenschema's enerzijds en exposure-oefeningen anderzijds vormen hierbij de basis. Daarnaast zijn lifestyle-interventies (denk aan stappenteller, activiteitenplanner en het werken met concrete doelen) en interpersoonlijke psychotherapie bij depressie mogelijk. Al deze interventies zijn aangepast vanuit de mogelijkheden die online werken biedt. Het voordeel is namelijk dat het mogelijk is om real-time in de wereld van de patiënt mee te kijken naar stemmingswisselingen, belangrijke gebeurtenissen in het leven van de patiënt en hoe die van invloed zijn op gevoel en gedrag. Exposure oefeningen en gedachtenschema's kunnen zo direct in het dagelijks leven van de patiënt ingang vinden, en maakt dat de interventies gepersonaliseerd en dus heel krachtig toegepast kunnen worden. Een belangrijke kans die het registreren van de dagelijkse gang van zaken van de patiënt biedt, is het krijgen van inzicht in de lifestyle van de patiënt. Hier liggen potentiële uitlokkende en/of in stand houdende factoren waar de behandelaar op kan interveniëren om het behandelingsucces te bewerkstelligen of zelfs te vergroten. Daarnaast biedt dit ook inzicht in gedragingen die opgenomen kunnen worden in een terugval preventie plan. Naast patiënten met angst- dan wel depressieve klachten, behandelt het online team sinds een jaar ook patiënten met een angststoornis en depressie met comorbide traumaklachten en patiënten met PTSS (posttraumatische stressstoornis) als hoofd diagnose.¹ In de tweede helft van 2020 wordt daar het aanbod voor Somatische Symptoom Stoornissen (SSS) aan toegevoegd. Naast de behandelprotocollen uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke psychotherapie (IPT), wordt nu ook een online variant van Eye Movement Desensitisatie and Reprocessing (EMDR) toegepast: de interactieve visuele werkgeheugen belastingstaak.

De eerste resultaten zijn veelbelovend en momenteel vindt nader wetenschappelijk onderzoek plaats naar de werkingsmechanismen, het effect van de interactie tussen behandelaar en patiënt en de effectiviteit. Voor meer uitleg en om een indruk te krijgen van wat inmiddels ontwikkeld is: klik op deze link voor het webinar https://digitale-poli-niceday.webinargeek.com/webinar/replay/Hn_OgjMMkgw/

De therapeutische interactie bij deze manier van werken is net even iets anders. Zo is het niet mogelijk om letterlijk iemand een hand te geven, te helpen bij het aan-/ uittrekken van de jas of een kopje thee of koffie aan te bieden. Aan de andere kant is de behandelaar (virtueel) op bezoek in de private leefomgeving van de patiënt. Vooralsnog geven patiënten aan de face-to-face interactie niet te missen en zich meer op hun gemak te voelen in de eigen omgeving.

Therapeutische relatie

Het real-time meekijken in het dagelijkse leven van de patiënt vergroot niet alleen de waarde van de registraties, het vergroot ook het effect van de interacties tussen therapeut en patiënt. Het is mogelijk om voor of na een oefening een bemoedigend bericht of juist een digitale pluim te geven. Behandelaar en patiënt kunnen voorafgaand aan een oefening nog even de instructies samen doorlopen. Via beeldbellen kan de behandelaar tijdens een exposure-opdracht meekijken bij de patiënt thuis en zo de uitvoering van de oefening bijsturen waar nodig, of juist de patiënt aanmoedigen om door te gaan op het moment dat de patiënt neigt te stoppen

Het is een samenspel van digitalisering, automatisering en intermenselijk contact.

met de oefening. Zo kunnen patiënt en behandelaar samen een beter rendement behalen uit het oefenen en de voortgang van de behandeling versnellen. Het is een samenspel van digitalisering, automatisering en intermenselijk contact. De flexibele inzet van het contact maakt het mogelijk dat de zorg veel meer gepersonaliseerd, gefocusseerd en onder regie van de patiënt kan worden ingezet. Het accent in de therapeutische relatie verandert van regie bij de hulpverlener op het herstelproces naar regie bij de patiënt. Dit omvat veel meer dan alleen het omzetten van de vorm van het contact van face-to-face naar

beeldbellen. Om een indruk te krijgen van de mogelijkheden van de online therapeutische relatie: klik op deze link voor het webinar <https://vimeo.com/371863579>.

Kansen voor online medicatieconsulten en lichamelijk onderzoek in samenwerking met de huisartsen

Tot slot biedt het PsyQ online team ook medicatiecontacten aan binnen de online omgeving. Aanvankelijk werden patiënten uitgenodigd voor een eerste face-to-face consult om zo nodig ook het lichamelijk onderzoek te kunnen uitvoeren. Vervolgcontacten vonden wel allemaal online plaats. Zo zijn de eerste ervaringen opgedaan met online uitvoeren van somatische onderzoek, dat in nauwe samenwerking met de huisarts/huisartsen praktijk/praktijkondersteuner huisarts (POH) ook goed mogelijk is gebleken. Bovendien voorkomt deze samenwerking dubbele onderzoeken en verbetert hiermee de afstemming met de huisarts. Een driegesprek met de huisarts behoort ook tot de mogelijkheden. Dit gaat het team in de loop van het jaar verder uitwerken in een praktische werkwijze.

Hoe is de implementatie tot dusver gelopen?

E-health wordt in de wetenschappelijke literatuur beschouwd als betrouwbaar alternatief voor reguliere behandeling voor angststoornissen en depressie.² In de zomer van 2017 werd echter duidelijk dat de implementatie van E-health in aanvulling op reguliere behandelingen niet goed gelukt was binnen PsyQ. Ondanks veel verschillende pogingen tot implementatie van het werken met apps en e-modules, gingen behandelaren maar mondjesmaat met patiënten aan de slag met online middelen in de behandeling. Hoewel nieuwe digitale en online toepassingen werden ontwikkeld, zoals diverse app omgevingen, wilde de inhoudelijke inbedding in de dagelijkse behandelpraktijk niet goed lukken en bleef een fundamentele digitale hulpverleningsverandering uit.

De urgentie was er echter niet minder om: e-health is steeds gezien als belangrijk middel om patiënttevredenheid te vergroten, de behandelduur te verkorten en daarmee de wachtlijsten aan te pakken. In beleidsstukken over de aanpak wachtlijsten werd steevast een oproep gedaan om e-health meer in te zetten.

Vanuit dit besef hebben enkele behandelaren het initiatief genomen en de implementatiestrategie

omgekeerd. Daarbij zijn de volgende principes leidend geweest: 1) Er komt een apart team van enthousiaste behandelaren voor online zorg; 2) Dit team ontwerpt een inhoudelijk zorgaanbod volgens de landelijke geldende richtlijnen voor angst en depressie, middels beeldbellen en registreren in de Niceday (toen nog Goalie) omgeving tussen beeldbelsessies door³; en 3) Het team doet dit in een samenwerkingsverband tussen GGZ aanbieder en techbedrijf Sense Health. Hierdoor kwam de focus te liggen op het ontwikkelen en het leveren van een dienst (dus niet primair op ontwikkeling van nieuwe technische mogelijkheden) om deze behandelwijze daadwerkelijk mogelijk te maken. Bij de implementatie koos het team voor een strategie om snel en adequaat te kunnen reageren en wijzigingen door te kunnen voeren in de werkwijze.

Met deze drie principes is in januari 2018 gestart met het eerste digitale politeam, dat volledig online behandelingen aanbiedt voor SGGZ patiënten met angst- of depressieve klachten. Aanvankelijk is gestart met een uitgewerkt aanbod gestoeld op cognitieve gedragstherapie, leefstijlinterventies en zo nodig medicatie. Een aantal exclusiecriteria, zoals crisisevoeligheid, suïcidaliteit, niet in het bezit van een smart telefoon en niet voldoende de Nederlandse taal machtig om met een app te werken, werden bij aanvang aangehouden. Deze hebben zeker in het begin ook geholpen om veilig ervaring op te doen in de behandelingen.

Toen in maart 2020 de COVID-19 uitbraak het noodzakelijk maakte om de poliklinische GGZ binnen PsyQ op andere manieren te continueren, bleken met name het 2de en 3de principe van grote waarde om binnen zeer korte tijd de hele organisatie te laten overschakelen op het online werken met patiënten. In twee weken tijd zijn 1400 behandelaren en tussen de 5000 en 6000 patiënten overgestapt op beeldbellen om de behandelingen te kunnen continueren. De kennis die in de online poli's beschikbaar was, is ingezet om de collega's in de breedte inhoudelijk en technisch te kunnen ondersteunen en te scholen op het online werken. Stap één was het breed adopteren van videobellen als waardig alternatief voor het gesprek in de spreekkamer. De komende tijd moeten verdere vervolgstappen gezet worden om combinaties van online mogelijkheden en face-to-face zorg inhoudelijk verder uit te werken. Principe 2 en 3, het inhoudelijke ontwerp en de samenwerking met het techbedrijf, zijn daarbij essentieel om vaart te kunnen maken en het draagvlak te kunnen behouden. Daarbij is de kwaliteit van zorg leidend.



Thema's in het proces van opstarten

Het volledig online behandelen riep in het eerste jaar een aantal thema's op:

- Is een consult via beeldbellen vergelijkbaar met een consult face-to-face? Volgens de NZa richtlijnen wel, de KNMG is daar minder uitgesproken over. De ervaring van het PsyQ-team leert dat het beeldbellen gelijkwaardig is aan het gesprek in de spreekkamer, maar niet hetzelfde. Zo is met beeldbellen het oogcontact minder 'direct' en ontbreekt informatie ten aanzien van geur. In de spreekkamer ontbreekt daarentegen informatie ten aanzien van het huishouden van de patiënt. Bovendien blijken de naasten van de patiënten eenvoudiger mee te kunnen doen in de gesprekken, de drempel is lager.
- De ervaring leert dat het therapeutisch contact tussen de patiënt en zijn behandelaar gelijkwaardig is met het contact dat in de spreekkamer ontstaat. Patiënten en behandelaars merken dat het voor patiënten soms eenvoudiger is om over hun problemen te praten vanuit hun eigen woonkamer of vertrouwde omgeving. Er lijkt minder schaamte te zijn en de behandelaar komt sneller tot de doelstelling/hulpvraag van de patiënt. De patiënt heeft meer regie over zijn behandeling, doordat de contactfrequentie op zijn behoefte wordt ingezet.
- Hoe wordt het vergoed? Online behandelen verloopt niet alleen via beeldbellen, ook de chatfunctie is belangrijk: korte contacten op het moment dat patiënten daar behoefte aan hebben. Dat is heel mooi, maar het levert ook een toename aan administratie op om al deze minuten te registreren. Samen met zorgverzekeraar DSW is door de Nederlandse Zorgautoriteit een betaaltitel ingesteld, om binnen de Diagnose Behandeling Combinatie een tijdsblok te kunnen declareren zonder minutenregistratie (gepersonaliseerd werken). Overigens heeft het administratief meer dan een jaar geduurd voordat er binnen de organisatie gewerkt kon worden met een registratiecode en dus de betaling van deze titel een feit was.
- Behandelaars hebben vanaf het begin gewerkt vanuit behandelkamers op de locatie van PsyQ Rotterdam en vanaf juni 2018 ook PsyQ Zaandam. Echter, zowel door kamergebrek als vanuit de wens van behandelaars deelden de behandelaars hun werk steeds flexibeler in. Zij begonnen te werken vanuit huis en flexibiliseerden hun werktijden, hetgeen ook voor patiënten een voordeel kon zijn in verband met bijvoorbeeld eigen werktijden.

De locatie van PsyQ werd voor het behandelteam een locatie om elkaar live te ontmoeten, een teambespreking te houden of multidisciplinair overleg te voeren. Zeker sinds COVID-19 is een herbezinning nodig op een definitie en ondersteuning van een mobiele werkplek, thuis of op locatie.

- Hoe kunnen steeds meer behandelaars enthousiast gemaakt worden? Vanaf het begin is gekozen voor verbinding met de reguliere zorg. Zeker ook als het gaat om achterwachtfuncties, doorverwijzingen onderling en overleg met reguliere teams. Een trainingsprogramma om specifieke werkwijze en competenties te leren is nu standaard voor een nieuw te starten team. Daarnaast zijn er twee keer per jaar ontmoetingsdagen. Sinds COVID-19 is het enthousiasmeren van behandelaars overigens minder nodig. De uitdaging wordt nu vooral om de kansen vast te houden en inhoudelijke ontwikkelingen goed te kunnen inbedden.

Groei

Binnen twee jaar telt PsyQ vier online regio-poli's: PsyQ online Rotterdam-Rijnmond, PsyQ online Haaglanden, PsyQ online Amsterdam/Noord Holland en PsyQ online Utrecht/Brabant; de vijfde vestiging in de regio Limburg vanuit Mondriaan en MetGGZ is per februari 2020 gestart. In Friesland is Synaeda online in 2019 gestart. Ook i-psy (transculturele psychiatrie) is gestart met i-psy online poli's in de regio's Rotterdam-/Rijnmond en in Amsterdam/Noord Holland. Deze regionale aanpak is vooralsnog aangehouden om de verbinding met de lokale reguliere 'face-to-face' teams te kunnen onderhouden in de samenwerking rond behandeling. Sinds kort is online aanmelding mogelijk via de website, en werken de online poli's naadloos samen met de poliklinieken op locaties, om mogelijk te maken wat patiënten nodig hebben.

Eerste evaluatie

Om de online poli te kunnen evalueren zijn vanaf januari 2018 gegevens bijgehouden van een aantal klinische en bedrijfsmatige parameters. Naast deze zogeheten voortgangsmonitor die een keer per kwartaal gemaakt wordt, wordt momenteel een wetenschappelijke onderzoekslijn opgezet om het beloop van de behandeling, de effectiviteit en tevredenheid op langere termijn goed te kunnen onderbouwen. Daarnaast vindt onderzoek plaats naar de kwaliteit van de online therapeutische interacties in de vorm van beeldbellen, chatten en registreren in de app en het effect daarvan op behandelresultaat en



patiënttevredenheid. Dit gebeurt in samenwerking met onder andere het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

De eerste resultaten uit de voortgangsmonitor

In onderstaande presentatie van de resultaten uit de meest recente voortgangsmonitor worden gegevens gebruikt van de periode januari 2018 t/m eind september 2019. Deze gegevens worden vergeleken met een op hoofddiagnose vergelijkbare populatie die face-to-face behandeling krijgt binnen PsyQ voor angst en/of depressie. Deze cijfers tonen geen wetenschappelijke data, maar een eerste evaluatie van onze 100% online zorg in vergelijking met de resultaten van de PsyQ reguliere zorg.

Populatie

De eerste resultaten laten zien dat er geen verschil is tussen de patiëntengroepen. De patiënten die door reguliere teams worden behandeld zijn vergelijkbaar met de patiënten die door de 100% online teams werden behandeld voor angst en depressie. Er is dus geen sprake van selectie bias of een 'lichtere' populatie in de online zorg. De ernst van de psychopathologie zoals gemeten met de OQ-45 (Outcome Questionnaire-45 items) is bijna gelijk (online totaal score = 90.8 versus reguliere zorg 91.6). Ook zijn er procentueel evenveel behandelingen afgesloten vergeleken met reguliere zorg (40-41%). In totaal zijn 10 patiënten afgehaakt na intake. De patiënten die nog niet zijn afgesloten zijn op het moment van meting nog in zorg.

Behandeltijd afgeronde trajecten

Hoewel in de online poli's net iets meer sessies zijn geweest vergeleken met reguliere zorg (13 sessies versus 11) blijkt dat het totaal aantal behandelminuten bijna 30 minuten lager ligt voor online zorg behandelingen. De totale behandelduur is korter in de online poli's (24 weken versus 32 weken) vergeleken met de reguliere zorg.

Effectiviteit van de behandelingen

De eerste resultaten laten zien dat de 100% online behandelingen voor angststoornissen en depressie even effectief blijken te zijn vergeleken met de behandelingen in de reguliere zorg. In beide gevallen zijn de lijnen even stijl. Bij aanvang echter zijn de ernstscores van de patiënten in de 100% online poli's zelfs iets hoger vergeleken met reguliere zorg; nog een aanwijzing dat patiënten in de online poli's niet 'lichter' zijn dan in de reguliere zorg. Zie figuur 1 op pagina 27.

Patiënttevredenheid

De voortgangsmonitor laat verder zien dat de patiënttevredenheid over de online behandelingen hoog is (8,5 voor het aanraden aan anderen, en een 7,8 voor het effect van de behandeling). Dit is vergelijkbaar met de reguliere zorg.

Voorzichtige conclusies op basis van deze voortgangsmonitor

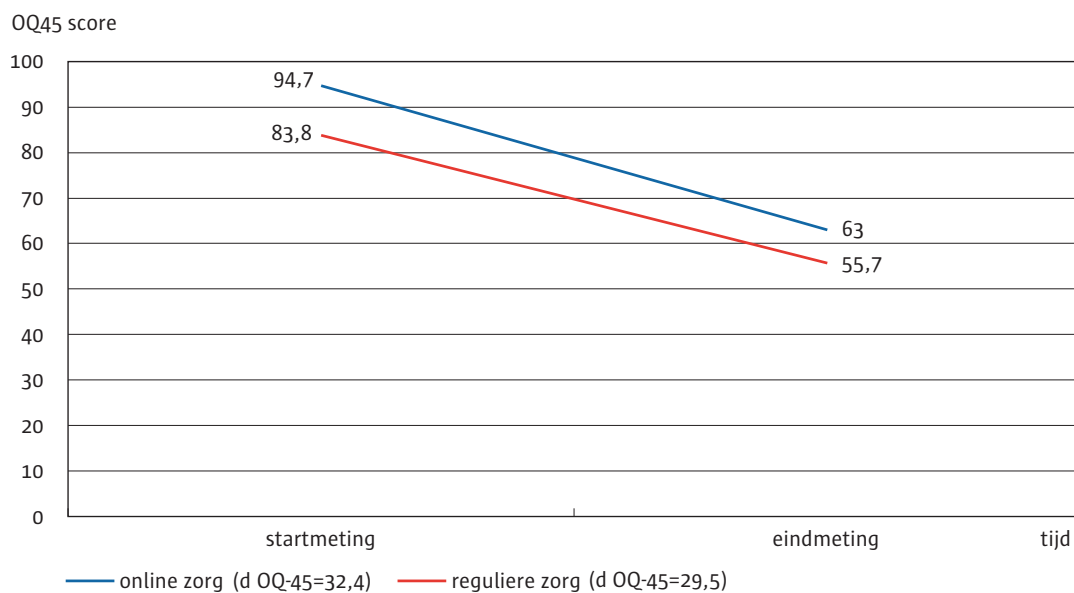
De eerste bevindingen na twee jaar online behandelen in de GGZ zijn veelbelovend. Voorlopige conclusies zijn dat de patiëntengroep die voor online behandeling

Tabel 1: Vergelijking patiëntengroepen die online behandeling en reguliere behandeling krijgen.

		Online zorg		Reguliere zorg	
		n	%	n	%
Totaal aantal zorgtoewijzingen (patiënten met hoofddiagnose unipolaire depressie of angststoornis)		425		9824	
Sekse:	Man	137	32	3595	37
	Vrouw	288	68	6229	63
Leeftijd:	gemiddelde	35.7		40.9	
	SD	±12.0		±12.9	
Hoofddiagnose:	Unipol. stemmingsst.	212	50	6643	68
	Angststoornis	213	50	3181	32
OQ-45 totaalscore begin behandeling:	n	296		3947	
	gemiddelde ±SD	90.8 ±23.8		91.6 ±21.7	
Aantal afgesloten zorgtoewijzingen in deze periode (% van de zorgtoewijzingen)		169	40	4053	41



Figuur 1: Effectiviteit van behandelingen voor de online patiënten vergeleken met de reguliere patiënten.



Startmeting is aan het begin van de behandeling, eindmeting na het laatste consult.

wordt verwezen vergelijkbaar is met groep die regulier wordt behandeld wat betreft ernst van klachten, verdeling sekse en leeftijd. Echter, de aantallen zijn nog laag, dus het is niet met zekerheid te zeggen of er sprake is van enige selectiebias. De eerste resultaten tonen dat online zorg intensiever, doch efficiënter en korter is (dat wil zeggen meer kortere contacten, minder behandel-tijd). De verschillen zijn echter niet groot als het gaat om behandel-minuten. Wel blijkt een verschuiving naar intensieve-re contacten aan het begin van de behandeling. Ook laten de eerste resultaten zien dat er sprake lijkt te zijn van vergelijkbare effectiviteit van online behandeling vergeleken met de reguliere behandel-ingen door PsyQ.

Hoewel de online zorg nog onbekend was bij patiënten en de patiënten in de afgelopen fase actief zijn uitgenodigd om via onze online poli's behandel-ing te krijgen, laten de resultaten zien dat patiënten net zo tevreden zijn over de online behandeling als over de reguliere behandelingen van PsyQ. De hoop is dat patiënten in de nabije toekomst zelf naar het online aanbod zullen vragen om goede zorg op een moderne manier te kunnen krijgen.

Geleerde lessen en de nabije toekomst

Van doelgroepen naar interventies

De belangrijkste les uit deze twee jaar is dat naarmate behandelaren zich deze methode van behandelen meer eigen maken, de doelgroep meer divers kan

worden. Na een voorzichtig begin met het include-ren van patiëntengroepen, werd deze gaandeweg steeds uitgebreid. Zo zijn ook patiënten bereikt die het huis niet meer uitkwamen en via de online poli gewerkt hebben aan het verminderen van de klachten en het weer oppakken van levensdoelen. Het is de ambitie voor 2020 de online zorg voor PTSS, verslaving en somatische symptoomstoornissen steviger neer te zetten. Zeker gezien de grootschalige implementatie van videobellen sinds COVID-19, is het zaak dit niet zozeer alleen vanuit doelgroepen te ontwikkelen. Het is nu van belang om steeds meer inhoudelijk te kijken hoe technologie specifieke interventies (EMDR, CGT, schematherapie, motiverende gespreksvoering) kan ondersteunen om te komen tot gepersonaliseerde zorg waarin de patiënt de regie heeft.

Wetenschappelijke onderbouwing (kosten)effectiviteit

Voorts is het belangrijk de eerste positieve ervaringen met online behandelingen en resultaten uit de voortgangsmo-nitor verder te onderbouwen met wetenschappelijke evidentie naar therapie-effect en kosteneffectiviteit. Het streven is effectief bewezen behandelingen nog sneller effectief te maken voor patiënten die de behandeling goed oppakken. Daarnaast is de wens om patiënten voor wie eerder in het leven cognitieve gedragstherapie onvoldoende of weinig effect gehad heeft, de werking van behandeling te bewerkstelligen door middel van



registraties en online meekijken tijdens de behandeling om zo de ecologische validiteit van de zelf-rapportage te vergroten en toe te werken naar een behandeling op maat: gepersonaliseerde behandeling. Bij een gelijkwaardige evidentie zou al maatschappelijke relevantie gevonden kunnen worden voor deze wijze van behandelen omdat behandelingen doelgerichter plaatsvinden en bovendien bespaard kan worden op kosten als woon-werk verkeer, huisvesting, etc.

Informatieveiligheid blijven borgen

Hoewel de app aan alle veiligheidseisen voldoet en AVG-proof is, blijven informatieveiligheid en gedragsregels vanuit beroepscodes 'werk-in-uitvoering'. Het is de bedoeling om in rondetafelconferenties met de belangrijkste stakeholders deze onderwerpen op te pakken.

Behandelaren scholen in online behandelen

Het online werken vraagt ook andere competenties van de behandelaren en een andere werkomgeving. Deze behandelcompetenties moeten nader geoperationaliseerd en opgenomen worden in post master opleidingen. Daarnaast zal met de behandelaren geëvalueerd worden hoe tevreden zij zijn met deze manier van werken. Het streven is om meer behandelaren aan te trekken en op te leiden in het online behandelen en zo weer meer patiënten te kunnen behandelen.

Samenwerking uitbouwen

Ook is het voornemen om de online samenwerking met de huisartsen (-praktijk) verder uit te breiden met betrekking tot somatisch onderzoek, online consulten, en huisartsen bij verwijzing de gelegenheid te bieden aan te geven of de patiënt interesse zou hebben voor 100% online behandeling. En last-but-not-least is de wens: tevreden verwijzers en patiënten.

Conclusie

Het inzetten van E-health in de SGGZ is uitvoerbaar gebleken. Verdere uitbreiding van doelgroepen en specifieke interventies zal bijdragen aan het succes van de online poli's en het online werken in de brede zin. Patiënten zijn tevreden en hun klachten verminderen. Nadere wetenschappelijke onderbouwing naar (kosten)effectiviteit is nodig. Er liggen kansen voor samenwerking met partners en verdere ontwikkeling van de online zorg.

De komende tijd hoopt PsyQ de brede implementatie van online werken te bestendigen en voor een brede doelgroep beschikbaar te maken.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteurs
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

OVER DE AUTEURS

Mw. Dr. A.T. Spijker, psychiater en bestuurder i-psy, psyQ en Brijder. E-mail: a.spijker@parnassiagroep.nl

Mw. Dr. M.L. van Orden, psycholoog en informatiemanager ICT. E-mail: m.vanorden@parnassiagroep.nl

Mw. Dr. A. van Dijke, klinisch (neuro) psycholoog-psychotherapeut en hoofdonderzoeker online poli's. E-mail: a.vandijke@psyq.nl

REFERENTIES

- 1 Van Dijke, & Van Lankveld (2019). **Videoconferencing psychotherapy in an app-environment for trauma-related psychopathology**. In: Psychological Trauma. IntechOpen ISBN 978-1-78984-370-5. DOI: <https://dx.doi.org/10.5772/intechopen.86364>.
- 2 Weisel KK, Zarski AC, Berger T, Krieger T, Schaub MP, Moser CT, Berking M, Et al, (2019) **Efficacy and cost-effectiveness of guided and unguided internet- and mobile-based indicated transdiagnostic prevention of depression and anxiety** (ICare Prevent): A three-armed randomized controlled trial in four European countries Internet Interventions. 16, p. 52-64 13 p.
- 3 Quero S, Rachyla I, Molés M, Mor S, Tur C, Cuijpers P, Et al (2019). **Can between-session homework be delivered digitally? A pilot randomized clinical trial of CBT for adjustment disorders**. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20, 1-19.

