

# E-mental Health en de zorgprofessional

In de huisartsenzorg en de GGZ wordt steeds meer gebruik gemaakt van blended care (een mengvorm van reguliere zorg en e-mental health). De behandelaar speelt hierbij vanzelfsprekend een belangrijke rol. In dit thema wordt besproken hoe de zorgprofessional blended care optimaal kan inzetten. Ook wordt ingegaan op de belangrijkste eigenschappen van optimale blended care. Tenslotte wordt stilgestaan bij wat een hulpverlener moet kunnen en weten op om een goede manier met e-mental health aan de slag te kunnen gaan.

## Blended care: wat en hoe?

Blended care wordt steeds meer toegepast in de huisartsenzorg en GGZ. Door e-mental health met reguliere zorg te combineren wordt het mogelijk om te profiteren van de voordelen van e-mental health (self-management, continuïteit van zorg) zonder hierbij te veel last te hebben van de nadelen (vrijblijvendheid, gebrek van persoonlijk contact). De ontwikkelingen rondom blended care staan nog erg in de kinderschoenen en daardoor zien we dat er in de praktijk op veel verschillende manieren invulling hieraan wordt gegeven. Vaak is het echter zo dat de e-mental health onderdelen en de reguliere gesprekken niet voldoende geïntegreerd zijn. Hierbij kan gedacht worden aan een behandelaar die zijn cliënt toegang geeft tot een online zelfhulpprogramma en tijdens de reguliere gesprekken niet terugkomt op de inhoud daarvan. Wanneer e-mental health op deze manier wordt gebruikt, dan kan niet op een optimale wijze worden geprofiteerd van de potentiële voordelen van blended care. Wetenschappers van het Centrum voor eHealth (Universiteit Twente, Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie) hebben op basis van eerder onderzoek een voorstel gedaan van een aantal punten waar optimale blended care aan moet voldoen (Wentzel, 2016). Deze punten worden hieronder besproken.

1. De e-mental health componenten en de reguliere gesprekken moeten op een of andere manier met elkaar verbonden zijn; het mag dus niet gaan om losstaande trajecten. Deze verbinding kan op verschillende manieren worden gerealiseerd. Zo kan tijdens de reguliere gesprekken wordt ingehaakt op gemaakte online oefeningen. Ook kunnen nieuwe oefeningen of een nieuwe module worden geselecteerd op basis van wat er in een gesprek aan bod is gekomen.
2. Beide componenten moeten in belangrijke mate bijdragen aan de behandeling. E-mental health moet dus niet 'voor de vorm' worden gebruikt, of alleen omdat de verzekeraar dat verlangt. Het moet een wezenlijke, verantwoordbare bijdrage leveren aan het therapietraject, net zoals gesprekken dat doen.
3. De e-mental health componenten moeten zorgvuldig uitgekozen worden en op maat worden gemaakt, afgestemd op de voortgang van de behandeling. Dit betekent dat het niet vast ligt welk percentage van de behandeling uit digitale onderdelen dient te bestaan. Als voorbeeld kan gedacht worden aan een patiënt die gedurende het behandeltraject voor zijn depressie steeds meer gebruik gaat maken van e-mental health.
4. De samenstelling van e-mental health en reguliere gesprekken moet afgewogen worden op basis van het oorspronkelijke behandelprotocol, maar ook op basis van eigenschappen van de specifieke cliënt. Hierbij dient tevens te worden gekeken naar de mate waarin technologie iets kan bijdragen aan motivatie en



ondersteuning. Er moet dus niet te veel gehecht worden aan 'vaste' blended behandelvormen. Iedere patiënt is anders en zal in min of meerdere mate, en op een andere manier, van e-mental health kunnen profiteren.

5. Er moet overleg plaatsvinden tussen behandelaar en cliënt over de inzet van e-mental health. Uitkomsten van dit overleg dienen meegenomen te worden bij de samenstelling van het traject. De cliënt moet dus expliciet inspraak hebben over de rol en inhoud van e-mental health tijdens zijn behandeling. Wanneer er sprake is van overleg making, dan zal de patiënt ook gemotiveerder zijn om op een actieve manier met de e-mental health onderdelen aan de slag te gaan.

## E-mental health: competenties van de behandelaar

Om e-mental health op een goede manier in te kunnen zetten tijdens de behandeling dient een hulpverlener over een aantal eigenschappen te beschikken. In het Handboek online hulpverlening beschrijft drs. Myriam Lymper zeven kenmerken van een competente online hulpverlener (Lymper, 2013):

### 1. Schriftelijke taalvaardigheid:

Een competente online hulpverlener dient te beschikken over goede schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden. Bij mail- en chatcontact is het van belang dat de hulpverlener zich netjes en professioneel uitdrukt in goed Nederlands. Bij chatcontact is het verder van belang dat de hulpverlener een redelijke tot goede typesnelheid heeft zodat de cliënt niet te lang op een antwoord hoeft te wachten. Hulpverleners die erg langzaam typen kunnen baat hebben bij een typecursus (Lymper, 2013).

### 2. ICT vaardigheden:

Een competente online hulpverlener dient ten minste op basaal niveau kennis te hebben van de computer en het internet. Het is van belang dat de hulpverlener een globaal beeld heeft van verschillende online mogelijkheden (chat, email, online programma's, videobellen enzovoort). Voor hulpverleners werkt het goed om in een vaardigheidstraining te oefenen met de technieken die zij in de praktijk gaan gebruiken (Lymper, 2013).

### 3. Kennis over de stand van zaken van e-mental health:

Een competente online hulpverlener dient goed op de hoogte te zijn van bestaande werkvormen van e-mental health. Omdat e-mental health constant in ontwikkeling is, is het van belang dat de hulpverlener up-to-date blijft door nieuws en literatuur bij te houden en door congressen en netwerkbijeenkomsten te bezoeken (Lymper, 2013).

### 4. Positieve attitude ten aanzien van e-mental health

Een competente online hulpverlener heeft een op zijn minst neutrale attitude ten aanzien van e-mental health. Wanneer een hulpverlener een negatieve attitude heeft t.o.v. e-mental health en enkel met e-mental health werkt omdat het hem of haar opgedrongen wordt, dan komt de kwaliteit van zorg in gevaar (Lymper, 2013). Vaak heeft een uitgesproken negatieve houding t.o.v. e-mental health te maken met onzekerheid over de eigen vaardigheden of met de angst dat digitaal contact het reguliere contact volledig gaat vervangen. Hulpverleners die erg negatief aankijken tegen e-mental health kunnen er daarom veel aan hebben om zich



bij te scholen op dit gebied en meer te leren over de voordelen van blended care (de combinatie tussen reguliere zorg en e-mental health).

#### 5. Online en offline communicatievaardigheden:

Een competente online hulpverlener beschikt over adequate online communicatievaardigheden en is in staat structuur aan te brengen in een online gesprek. Dit speelt een grote rol wanneer chatten wordt ingezet als communicatievorm binnen een behandeltraject (Lymper, 2013). Echter, tijdens de reguliere gesprekken dient ook aandacht besteed te worden aan het e-mental health stuk van de behandeling. Zo is het van belang om de tijd te nemen om e-mental health oefeningen na te bespreken, en om samen met de cliënt tussentijds te evalueren hoe het gaat met het werken met e-mental health.

#### 6. Om kunnen gaan met veranderende regie:

Een competente online hulpverlener is in staat om adequaat in te schatten hoeveel structuur op welk moment nodig is en kan hier adequaat in bijsturen. Bij behandelingen die deels uit e-mental health bestaan heeft de cliënt meestal meer regie dan bij behandelingen die uitsluitend uit reguliere gesprekken bestaan. De cliënt krijgt hierdoor meer de mogelijkheid om de regie te voeren over zijn eigen proces; de hulpverlener krijgt een regieversterkende rol. Echter, de hulpverlener dient in staat te zijn om op bepaalde momenten de weg te wijzen en bij te sturen (Lymper, 2013).

#### 7. Om kunnen gaan met grotere transparantie

Een competente online hulpverlener is zich bewust van de grotere transparantie van het behandelproces die e-mental health met zich mee brengt. Het gebruik van e-mental health zorgt er immers voor dat delen van de hulpverlening, zoals chatgesprekken, geselecteerde modules en berichten, langer bewaard blijven. Behandelaars die werken met e-mental health kunnen dit aangrijpen als mogelijkheid om van elkaar te leren. Zo kan men elkaars e-mails controleren op inhoud en gehanteerde methodiek en kan men elkaars keuzes voor behandelmodules of -componenten naast elkaar leggen en vergelijken (Lymper, 2013).

## Literatuur

Lymper, M. (2013). Kwaliteit. In F. Schalken (Ed.), *Handboek online hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E. T., & Van Gemert-Pijnen. (2014). *Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study*. *BMC Psychiatry*, 14(1), 355. <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-014-0355-z>

Van Gemert-Pijnen, J. E., Van Nijland, L. M., Ossebaard, H. C., Kelders, S. M., Eysenbach, G., & Seyndel, E. R. (2011). *A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies*. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e1111 <http://www.jmir.org/2011/4/e1111/>

Wentzel, J., Van der Vaart, R., Bohlmeijer, E. T., & Van Gemert-Pijnen, J. E. (2016). *Mixing online and face-to-face therapy: how to benefit from blended care in mental health*. *Journal of Medical Internet Research*, 3(1), e9. <http://mental.jmir.org/2016/1/e9/>

