

Zorgverlening in tijden van corona: ervaringen van behandelaars met zorg-op-afstand

E. de Beurs, M. Blankers, A.E. Goudriaan, M. de Koning, J.J.M. Dekker

Achtergrond Vanwege de coronacrisis zijn de meeste behandelingen in de ggz voortgezet in de vorm van zorg-op-afstand, meestal met beeldbellen.

Doel Onder 605 zorgverleners van Arkin peilen wat zij vinden van zorg-op-afstand.

Methode Met een enquête bevroegen wij zorgverleners over hun ervaringen.

Resultaten Enthousiasme voor zorg op afstand vonden we vooral onder psychologen die werkten in de curatieve zorg; zij zagen vooral praktische voordelen voor de patiënt en voor de uitvoering van de zorg. Psychiaters en klinisch psychologen die zorg verleenden bij complexe en/of chronische problematiek waren kritischer; zij waarschuwden voor verschraving van de zorg en vreesden afname van werkplezier. Ook verpleegkundigen waren kritisch, met name zij die FACT- en bemoeizorg verleenden; hun patiënten beschikten vaak niet over de vereiste middelen of vaardigheden voor zorg-op-afstand.

Conclusie De beoordeling van zorg-op-afstand is waarschijnlijk negatief beïnvloed door de omstandigheden van de coronacrisis. Zorg-op-afstand werd vooral geleverd door niet optimaal getrainde medewerkers die hier plots toe over moesten gaan, die noodgedwongen vanuit huis werkten en informeel professioneel contact met collega's misten. Toch is het oordeel genuanceerd en overwegend positief: het is niet voor iedereen geschikt of onder alle omstandigheden gepast, maar zorg-op-afstand wordt gezien als een nuttige aanvulling op het bestaande arsenaal aan behandelvormen of interventies.

De verzamelterm voor diverse digitale toepassingen in de zorg, soms met een focus op self-assessment met apps en wearables, soms meer gericht op behandeling, is e-health. Zorgverzekeraars Nederland (2020), bestuurders en behandelaars (Spoelstra 2020) en belangenorganisaties van patiënten (<https://ehealth.mindplatform.nl/>) hebben zich ertoe gewend in de hoop en verwachting dat e-health gaat helpen om een aantal hardnekkige problemen in de zorg op te lossen, zoals de groeiende patiëntenstroom, chronische wachtlijsten en lange wachttijden.

Dit geldt zeker voor de ggz (Blankers e.a. 2013; Ruwaard 2014), die zelfs als koploper wordt beschouwd in de digitalisering van de zorg (Grolleman 2019). De coronacrisis heeft deze ontwikkeling nog eens versneld (Westra & Tietschert 2020), want in maart 2020 ging de sector vanwege de coronamaatregelen grotendeels over op zorgverlening op afstand, vaak middels beeldbellen.

Voor de behandeling van lichte tot matige depressie of angststoornissen is e-health als behandelvorm tot wasdom gekomen (Andersson 2012; Cuijpers e.a. 2017; Carlbring e.a. 2018; Kooistra e.a. 2019). Uit een meta-analyse van gecontroleerd effectonderzoek blijkt e-health in effectiviteit niet onder te doen voor het traditionele face-to-facecontact (Andrews e.a. 2018).

Om diverse redenen is er echter op zijn minst aarzeling onder professionals in de ggz om digitale behandelvormen toe te passen. Zo polsten onderzoekers van het UMC Utrecht recent 592 psychologen over digitale zorgverlening en concludeerden 'dat de psychiaters en psychologen er simpelweg niet op zitten te wachten' (Kamp e.a. 2020), zelfs als zou blijken dat digitaal behandelen net zo effectief is als face-to-face behandelen.

Net als bij andere ggz-instellingen werden we bij Arkin in maart 2020 gedwongen om in korte tijd de zorg anders te organiseren en face-to-facezorgverlening te vervan-

AUTEURS

Edwin de Beurs, psycholoog, Arkin GGZ, en hoogleraar Klinische psychologie, sectie Klinische Psychologie, Universiteit Leiden.

Matthijs Blankers, psycholoog, Arkin GGZ, en Trimbos-instituut, Utrecht.

Anneke Goudriaan, psycholoog, Arkin GGZ en bijzonder hoogleraar Werkingsmechanismen en behandeling van verslaving, afd. Psychiatrie, AMC, UvA Amsterdam.

Mariken de Koning, psychiater, Mentrum, Arkin GGZ.

Jack Dekker, psycholoog, Arkin GGZ en hoogleraar Evidence-based psychologische behandelingen in de ggz, afd. Klinische Psychologie, VU Amsterdam.

Correspondentieadres

Prof. dr. E. de Beurs, Arkin GGZ, afd. Onderzoek, Klaprozenweg 111, 1033 NN Amsterdam.

E-mail: e.de.beurs@fsw.leidenuniv.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-2-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(4):242-249

gen door zorg-op-afstand. Dit bestond vooral uit beeldbellen met Microsoft Teams, al dan niet ondersteund met andere vormen van digitale hulpverlening. Arkin is een geïntegreerde ggz-instelling waar behandeling en zorg wordt geboden over de volle breedte van psychiatrische problematiek. Arkin bestaat uit verschillende 'zorgmerken' (afdelingen met ieder een eigen zorgspecialisme; zie www.arkin.nl). Er werken vooral psychiaters, psychologen, (gespecialiseerde) verpleegkundigen, groepsbegeleiders en ervaringswerkers. Sommige medewerkers hadden al enige ervaring opgedaan met digitale hulverlening, maar de meeste nog niet.

Zo kwam door de coronacrisis als het ware een 'real life-quasi-experiment' tot stand rond de grootschalige inzet van zorg op afstand in de ggz. We zagen dit als een kans om te onderzoeken hoe onze medewerkers tegen zorg-op-afstand aankijken. De vragen die we wilden beantwoorden, waren:

1. In welke mate en op welke wijze maakt men gebruik van zorg op afstand?
2. Hoe denkt men na enige maanden ervaring met zorg op afstand over de wenselijkheid, haalbaarheid, toepasbaarheid en effectiviteit ervan?
3. Zijn er opvallende verschillen tussen de specialismen en de beroepsgroepen?

METHODE

We ontworpen een enquête die bestond uit twee delen. In het eerste deel werd naar achtergrondgegevens gevraagd. Voorts vroegen we naar het voornaamste type zorgverlening dat men bood, eerdere ervaring met

zorg-op-afstand, welk percentage van de eigen patiënten men zo behandelde, welk percentage van de patiënten geen zorg-op-afstand wilde en twee open vragen naar de belangrijkste voor- en nadelen van zorg-op-afstand. Het tweede deel van de enquête bestond uit stellingen met antwoordopties op een 5-puntsschaal. Hierbij scoorden we naderhand alle vragen zo dat een hogere score een meer positieve attitude over zorg op afstand weergaf. Allereerst werden aan de respondenten 18 stellingen voorgelegd met een likertschaal die liep van 'zeer mee oneens' tot 'zeer mee eens' (of alternatieve antwoordopties, beter aansluitend bij de inhoud van de stelling).

Daarna volgden 10 beschrijvingen van behandelvormen of -fasen of andere omstandigheden waarbij men kon aangeven of toepassing van zorg-op-afstand zeer ongepast tot zeer geschikt was.

Vervolgens werden 12 activiteiten aan de orde gesteld, waarbij men kon aangeven of toepassing van zorg-op-afstand onmogelijk tot goed mogelijk was. Antwoorden werden gescoord als 1 tot 5 en wel zo dat een hogere score duidde op een positievere attitude (3 = neutraal). De enquête werd samengesteld met bijdragen van veel medewerkers van de afdeling Onderzoek van Arkin, van wie enkelen ook werkzaam zijn als behandelaar in de curatieve zorg of in de langdurige zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Ook de algemene cliëntenraad van Arkin en de cliëntenraad van Sinaï werden bij de samenstelling van de enquête betrokken en deden suggesties voor onderwerpen of vragen. Parallel met deze enquête werd ook een enquête uitgezet onder patiënten van Arkin, waarover separaat zal worden gerapporteerd.

Tabel 1. Achtergrondgegevens van de steekproef en de gemiddelde score op het algemene oordeel (factor1) vergeleken per achtergrondvariabele

VARIABELE	N (%)	SCORE OP ALGEMEEN OORDEEL		
		M (SD)	F	P
Sekse				
man	122 (20,2)	2,83 (0,77)	13,10	0,001
vrouw	483 (79,8)	3,10 (0,72)		
Leeftijdsgroep				
≤ 30	132 (21,8)	3,18 (0,75)	4,44	0,002
31-40 jaar	204 (33,7)	3,14 (0,70)		
41-50 jaar	117 (19,3)	2,87 (0,73)		
51-60 jaar	106 (17,5)	3,01 (0,75)		
61+	46 (7,6)	2,84 (0,77)		
Beroep				
Psychiater	44 (7,3)	2,82 (0,76)	8,41	0,000
Klinisch psycholoog/ psychotherapeut	34 (5,6)	3,16 (0,81)		
GZ-psycholoog	118 (19,5)	3,13 (0,66)		
Basispsycholoog	137 (22,6)	3,39 (0,68)		
Aios/anios/haio	25 (4,1)	3,03 (0,68)		
Verpleegkundige	95 (15,7)	2,67 (0,68)		
Maatschappelijk werkende	26 (4,1)	3,03 (0,61)		
Groepsbegeleider/ggz-agoog/sociotherapeut	40 (10,1)	2,73 (0,82)		
Trajectcoach, activiteitenbegeleider	25 (13,1)	2,94 (0,62)		
Overig	61 (10,0)	3,09 (0,75)		
Specialisme				
Basis-ggz	48 (7,9)	3,07 (0,77)	5,86	0,000
PuntP	22 (3,6)	3,54 (0,54)		
NPI	98 (16,2)	2,98 (0,73)		
Jellinek	143 (23,6)	3,25 (0,77)		
Novarum	22 (3,6)	3,50 (0,74)		
Sinai Centrum	43 (7,1)	3,15 (0,72)		
Mentrum	46 (7,6)	2,77 (0,65)		
Roads	35 (5,8)	2,94 (0,63)		
Inforsa	46 (7,6)	2,74 (0,77)		
Jeugd en Gezin	43 (7,1)	3,05 (0,60)		
Ouderen	10 (1,7)	2,69 (0,57)		
Type zorgverlening				
Ambulant poliklinisch	347 (57,4)	3,19 (0,71)	14,95	0,000
FACT of anders outreachend	128 (21,2)	2,71 (0,68)		
Kliniek	81 (13,4)	3,09 (0,80)		
Werkervaring				
tot 10 jaar	282 (46,6)	3,12 (0,73)	4,92	0,027
meer dan 10 jaar	323 (53,5)	2,99 (0,74)		
Ervaring met e-health				
weinig of geen	352 (58,8)	2,99 (0,74)	5,33	0,021
gemiddeld tot veel	246 (41,2)	3,13 (0,73)		
Aantal patiënten per dag in zoa				
0-4	222 (39,2)	3,16 (0,74)	7,77	0,005
5 of meer	344 (60,8)	2,99 (0,74)		

Procedure

De enquête werd eind april 2020 door directeuren behandeldzaken verzonden naar al hun medewerkers werkzaam in de directe patiëntenzorg als een digitale enquête. In de begeleidende brief werd expliciet aangegeven dat het ging om een oordeel over zorg-op-afstand en niet over omstandigheden die uit de coronamaatregelen voortvloeiden. Deelnemers konden de enquête invullen tot 8 juni 2020. Eén afdeling van Arkin werd uitgesloten van het onderzoek: de medewerkers van de Spoedeisende Psychiatrie waren al eerder benaderd met een andere enquête over zorg-op-afstand.

Statistische analyses

We bepaalden herkomst van de respondenten qua specialisme en beroepsgroep om de representativiteit van de steekproef te onderzoeken. De gemiddelde score en de spreiding op stellingen werd vastgesteld. We verdeelden de stellingen vervolgens in drie groepen op basis van de antwoordschaal: algemeen oordeel (zeer eens-zeer oneens), geschiktheid (zeer ongeschikt-zeer geschikt) en toepasbaarheid bij specifieke vormen van zorg (onmogelijk-goed mogelijk). Binnen de drie typen stellingen zochten we aan elkaar verwante stellingen met exploratieve factoranalyses (principalecomponentenanalyse met varimaxrotatie) om zo tot schaalcores te komen met een hoge betrouwbaarheid (interne consistentie). Verschillen in attitude tegenover zorg-op-afstand tussen subgroepen van medewerkers onderzochten we met variantieanalyse en met regressieanalyse onderzochten we de samenhang van leeftijd, werkervaring en eerdere ervaring met e-health met het oordeel.

RESULTATEN

Respons en profiel medewerkers

De enquête werd naar 2235 medewerkers verstuurd en door 628 van hen ingevuld. 23 medewerkers gaven geen toestemming om hun antwoorden te gebruiken voor onderzoeksdoeleinden. De gegevens van 605 medewerkers waren bruikbaar (27% van de medewerkers van Arkin die in de directe patiëntenzorg werken).

Tabel 1 biedt een overzicht van subgroepen van medewerkers ingedeeld op achtergrondkenmerken (kolom 3 en 4). Vooral vrouwen beantwoordden de enquête (79,8%), wat goed overeenkwam met de sekseverdeling van behandelaars van Arkin (72% vrouwen). Ook qua leeftijd en werkervaring week de groep respondenten niet af van de klinisch werkenden bij Arkin. Iets meer dan de helft (55,5%) was 40 jaar of jonger. Van de medewerkers die de enquête invulden, was 32,4% psycholoog. De meesten (57,4%) werkten in de ambulante poliklinische zorg; 21,2% in de FACT/outreachinge zorg; 13,4% in de kliniek; 8,1% werkte ergens anders (als praktijkondersteuner huisarts, in de dagbesteding, etc.). 46,6% van de medewerkers had 0-10 jaar werkervaring, 53,3% meer dan 10 jaar.

Er waren naar eigen zeggen meer medewerkers ($n = 352$; 58,8%) met weinig of geen eerdere ervaring met digitale hulpverlening, dan met (boven)gemiddelde ervaring ($n = 246$; 41,2%). Het aantal medewerkers met aanzienlijk of veel ervaring was 73 (12,2%). De meerderheid (60,8% van de medewerkers) behandelde tijdens de corona-uitbraak rond mei 2020 5 of meer patiënten per dag met zorg-op-afstand, een minderheid van 39,2% behandelde 4 of minder patiënten daarmee. **Tabel 2** geeft de verdeling weer van respondenten per beroepsgroep en over de diverse specialismen van Arkin.

De verschillende beroepsgroepen waren goed vertegenwoordigd in de onderzochte groep; alleen de artsen in opleiding (ai(n)ossen en haio's) hadden relatief minder vaak een enquête ingevuld (16% van de betreffende medewerkers). Goede vertegenwoordiging gold ook voor de meeste specialismen met een hoge respons van het NPI (behandeling van persoonlijkheidsproblemen) en Arkin basis-ggz en een lage respons van medewerkers van Inforsa (forensische psychiatrie; 9%) en ouderen met 13%.

Voor de toepassing van zorg-op-afstand gebruikten de meeste medewerkers uitsluitend de door Arkin zelf ondersteunde videochatapplicatie MS Teams (90,6%). Een minderheid ($n = 99$; 16,4%) was met maar een klein deel van de caseload (0 tot 40%) overgegaan op zorg-op-afstand; de overgrote meerderheid van de medewerkers (502; 83,6%) met 60% of meer van de caseload.

Ten slotte vroegen we medewerkers aan te geven hoeveel patiënten geen zorg-op-afstand wilden. De meerderheid van de medewerkers (80,3%) gaf aan dat maar een klein deel van de patiënten (1 op de 5 of minder) niet wilde. Deze gegevens lieten zien dat de overgang van face-to-face naar zorg-op afstand bijna totaal was.

Belemmeringen en gewenste verbeteringen

We vroegen naar ervaren belemmeringen en gewenste verbeteringen. De meest aangevinkte praktische belemmering bij zorg-op-afstand was dat de patiënt niet beschikte over een smartphone of computer (363 keer genoemd). Ook functioneerde de applicatie niet naar behoren (289), beschikte de patiënt niet over een geschikte ruimte thuis (258) of had geen toegang tot internet (146). ICT-problemen aan de zijde van de patiënt, zoals een haperende verbinding, werden ook veel genoemd.

De meeste gewenste verbeteringen betroffen betere ondersteuning van de patiënt met een helpdesk (65), betere materiële voorzieningen (apparatuur of een internetverbinding (36)), met instructie en voorlichting, voor zowel patiënten als medewerkers (25). Andere gewenste verbeteringen waren betere faciliteiten voor de behandelaar zelf, zoals een betere bureaustoel, computer of telefoon (51 keer) en betere softwareondersteuning (25). 32 respondenten vroegen om extra opties in de applicatie voor zorg-op-afstand, zoals gebruik van een whiteboard.

Tabel 2. Verdeling van de respondenten over beroepsgroepen en specialismen

	BASIS-GGZ	PUNTP	NPI	SINAI CENTRUM	NOVARUM	JELLINEK	JEUGD & GEZIN	OUDEREN	INFORSA	MENTRUM	ROADS	TOTAAL STEEKPROEF	TOTAAL ARKIN	%
Psychiater	3	2	7	4	2	3	2	1	5	15	0	44	107	41
Klinisch psycholoog/ psychotherapeut	0	0	27	2	0	1	0	0	1	3	0	34	71	48
GZ-psycholoog	9	8	39	13	3	18	12	0	7	9	0	118	186	63
Basispsycholoog	11	8	8	13	9	53	19	0	11	5	0	137	212	65
Aios/anios/haio	0	0	6	1	1	9	0	2	0	6	0	25	160	16
Verpleegkundige	16	3	4	6	0	19	5	5	10	27	0	95	200	48
Maatschappelijk werkende	0	0	0	1	0	13	1	1	6	3	1	26	48	54
Groepsbegeleider/ggz-agoog/sociotherapeut	1	1	3	1	2	17	0	1	2	9	3	40	100	40
Trajectcoach, activiteitenbegeleider	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	19	25	80	31
Overig	8	0	4	2	5	10	4	0	3	13	12	61	180	34
Totaal steekproef	48	22	98	43	22	143	43	10	46	95	35	605		
Totaal Arkin	104	61	176	150	50	533	92	80	491	685	184	2235		
% respondenten van FTE	46	36	56	29	44	27	47	13	9	14	19	27		

Open vragen

Voordelen

De respondenten maakten onderscheid tussen voordelen voor de patiënt, voor het proces en voor henzelf. Het meest genoemde voordeel voor de patiënt was dat de zorg laagdrempeliger kan worden aangeboden (geen reistijd en reiskosten; 193 keer), dat de behandeling plaatsvindt in de vertrouwde omgeving van de patiënt (56) en dat het de zelfstandigheid van de patiënt vergroot (22).

Voordelen voor het proces waren: het is makkelijker om afspraken te plannen (106), er is meer flexibiliteit bij het plannen en minder 'no-show' (25), de behandeling verloopt meer gefocust (52 keer), er is een hogere contactfrequentie mogelijk (27), het biedt een inkijkje in de thuissituatie van de patiënt (41), het is makkelijker om de omgeving van de patiënt (het systeem) bij de behandeling te betrekken (24), en directe begeleiding bij *exposure*behandeling is mogelijk (18 keer).

Als voordeel voor henzelf noemden behandelaars verminderde reistijd vanwege huisbezoek. Uit de reacties kwam het beeld naar voren dat veel behandelaars, met name psychologen, positiever waren gaan denken over e-health en velen gaven aan het in de toekomst vaker toe zullen passen.

Nadelen

Het belangrijkste nadeel van zorg-op-afstand was de beperking in het contact met de patiënt: geen goed zicht op hoe het gaat met de patiënt, gemis aan non-verbale informatie, minder diepgang (252 keer). Ook was het moeilijker om een (therapeutisch) contact op te bouwen: 'contact maken moeilijker' en 'geen persoonlijk contact' (248). Het was zo moeilijker of duurde langer om iemand te leren kennen en dat speelde vooral in de beginfase van de behandeling een rol. Ook was het moeilijker om een natuurlijk vloeiend gesprek te voeren (172). Zorg-op-afstand paste volgens velen (158) niet bij de vorm van behandeling (groepsbehandeling) of bij specifieke interventies (EMDR). Veelvuldig werd als nadeel genoemd dat het veel inspannender en vermoeiender is voor de behandelaar (132): volgens de behandelaar beschouwden patiënten het contact als vrijblijvender en namen ze de behandeling minder serieus. Als nadeel werd ook het gedwongen thuiswerken genoemd, wat overigens niet een noodzakelijk onderdeel van zorg-op-afstand was, maar een gevolg van de coronamaatregelen.

Opvattingen over zorg-op-afstand

Na de vragen over de toepassing van zorg-op-afstand en de praktische ervaringen volgde een gedeelte met stellingen. In de appendix zijn alle stellingen opgenomen, de gemiddelde score op de stellingen en de vulling van

Tabel 3. Overzicht van de indeling van stellingen in acht factoren

ENQUÊTEDEEL	FACTOR	AANTAL ITEMS	CRONBACHS	N	M	(SD)	
Algemeen oordeel	1:	'Positief ervaren, therapeutisch, werkzame relatie' (17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 28, 35 en 61)	10	0,90	598	3,05	(0,74)
	2:	'Plezierig, efficiënter en betere uitvoering van de behandeling, minder no-shows' (18, 22, 26, 27, 33 en 60)	6	0,82	599	2,27	(0,74)
	3:	ICT-aspecten (34, 36 en 37)	3	0,83	597	2,88	(0,58)
	4:	Gemis aan non-verbale informatie of lichaamstaal (31 en 32)	2	0,85	596	1,80	(0,83)
Geschiktheid voor diverse fasen in de behandeling of niveaus van ernst problemen	5:	Bij lichtere problematiek (38, 39, 40, 41, 44 en 45)	6	0,75	596	3,22	(0,76)
	6:	Bij zwaardere problematiek (verergering, suicidaliteit, 42 en 43)	2	0,90	594	1,63	(0,69)
Toepasbaarheid bij specifieke activiteiten	7:	Andere activiteiten (48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 58 en 59)	10	0,83	468*	2,84	(0,58)
	8:	Forensische zorg (52 en 53)	2	0,90	467*	2,47	(0,83)

*Bevat optionele vragen, over te slaan indien men geen ervaring met bepaalde vormen van zorg had.

de antwoordcategorieën. De items met de laagste score waren 42, 43 en 47 (een ruime meerderheid van 80-90% twijfelde aan de geschiktheid van zorg-op-afstand als de klachten verergeren, als er een suïciderisico is of als er een lichte verstandelijke beperking speelt) en item 31, 32, en 33 (gebrek aan non-verbale informatie en dat zorg-op-afstand inspannend is voor de behandelaar). Resultaten van psychometrische analyse van de enquête zijn weergegeven in de appendix. Met drie factoranalyses werden in totaal acht factoren van onderling verwante stellingen gevonden; voor elk item is de factor weergegeven in de appendix. De factoren waren alle voldoende betrouwbaar (Cronbachs $\alpha > 0,75$) en correleerden onderling ook aanzienlijk (gemiddelde intercorrelatie: $r = 0,42$). Dit impliceert dat respondenten over het algemeen consistent waren in hun oordeel: was men in zijn algemeenheid positief, dan vond men het ook voor meer behandelvormen geschikt en toepasbaar.

Beroepsgroepen en specialisme en achtergrondvariabelen

We gebruikten het algemene oordeel over zorg-op-afstand (factor 1) om een beeld te krijgen van de mening over zorg-op-afstand onder verschillende subgroepen van medewerkers. Tabel 3 biedt een overzicht van de gemiddelde score op deze factor per achtergrondvariabele (de vijfde kolom). Alle verschillen waren significant: het specialisme waar men werkte, de beroepsgroep waartoe men behoorde en het type zorgverlening dat men verrichtte, waren van invloed op het oordeel. Psychologen werkzaam bij Novarum of PuntP die ambulantly behandelden, waren het positiefst; verpleegkundigen, groepsbegeleiders en psychiaters, werkzaam bij

Mentrum, Inforsa en in de Ouderenzorg en zij die vooral in de FACT/outreachinge zorg werkten, waren het meest kritisch. Vrouwelijke sekse, lagere leeftijd en minder patiënten per dag aan wie men zorg-op-afstand verleende, hingen ook samen met een positiever oordeel.

Type zorgverlening en werkervaring

Behandelaars die aangeven FACT/outreachinge zorg te bieden waren overwegend negatief, zoals te zien is aan hun gemiddelde score in tabel 1 ($M = 2,71$; lager dan 3, de neutrale antwoordoptie); poliklinisch werkende behandelaars en zij die in de kliniek werkten, waren positiever over zorg-op-afstand. Het verschil tussen beide typen behandelaars kwam het sterkst tot uiting op het algemene oordeel en op geschiktheid voor lichtere problematiek (factor 5). Er was een significant effect van het aantal ervaringsjaren en van leeftijd op algemeen oordeel over zorg-op-afstand: hoe ouder en meer ervaringsjaren, des te negatiever men oordeelde. De invloed van werkervaring kwam het sterkst tot uiting op factor 1 en 2 en factor 5 (geschiktheid bij lichtere problematiek).

Eerdere ervaring met e-health

Hoeveel eerdere ervaring met e-health men rapporteerde (geen ervaring tot veel ervaring in 5 niveaus) hield verband met het oordeel over zorg-op-afstand (factor 1): behandelaars met weinig eerdere ervaring oordeelden negatiever ($M = 2,99$); behandelaars met veel ervaring oordeelden positiever ($M = 3,13$; dit was een significant verschil ($t(591) = 2,31$; $p = 0,02$). Eerdere ervaring met e-health had de sterkste invloed op hoe geschikt men zorg-op afstand achtte (factor 5).

Regressieanalyse

Sommige van de achtergrondvariabelen vertoonden inhoudelijke overlap en waren gecorreleerd (bijvoorbeeld leeftijd en werkervaring); welke variabelen het sterkst aan het oordeel waren gerelateerd, onderzochten we met hiërarchische regressieanalyse. Algemene werkervaring was dan niet langer voorspellend, maar verdrongen door leeftijd en eerdere ervaring met zorg-op-afstand. De belangrijkste aan oordeel geassocieerde variabelen waren sekse, leeftijd, type zorgverlening en eerdere ervaring met zorg-op-afstand; het model verklaarde overigens maar een bescheiden 6,1% van de variantie in oordeel.

Ten slotte onderzochten we nog de predictieve waarde voor het oordeel van de interactietermen tussen eerdere ervaring met beroepsgroep, specialisme en type zorgverlening, maar dit leverde geen significante associaties op.

Aanvullende opmerkingen

Goede zorgverlening is maatwerk en zorgverlening-op-afstand is niet voor iedere cliënt en niet voor iedere vorm van hulpverlening in de ggz geschikt. Men achtte deze vooral geschikt voor ondersteunende contacten en lichtere problematiek. Men had ervaren dat het met zorg-op-afstand moeilijker is om goed zicht te krijgen op hoe het gaat met de patiënt en men miste het 'echte' contact. Sommigen ervoeren minder werkplezier of beschouwden zorg-op-afstand zelfs als een 'verarming' van het vak.

DISCUSSIE

Het algemene beeld dat uit de resultaten van de enquête naar voren komt, is dat de meeste behandelaars een genuanceerde mening hebben over zorg-op-afstand: ze zien voordelen zoals meer klantvriendelijkere zorgverlening, maar ook de nadelen: het contact via digitale middelen is onpersoonlijker en afstandelijker dan face-to-face; zorg-op-afstand is niet voor alle patiënten geschikt of niet onder alle omstandigheden de aangewezen behandelvorm, een bevinding die ook werd gerapporteerd door Greer e.a. (2019).

Veel behandelaars, met name psychologen, zijn positiever gaan denken over e-healthzorgverlening. Ze geven aan van plan te zijn e-health vaker toe te passen dan zij voor de coronacrisis deden en willen deze vooral gebruiken in blended vorm. Blended behandelen wordt steeds meer toegepast in de ggz en wordt ook veelvuldig onderzocht op effectiviteit en kosteneffectiviteit in vergelijking met meer traditionele behandelwijzen. De reeds beschikbare resultaten stemmen hoopvol (Trivedi e.a. 2006; Nakao e.a. 2018; Kooistra e.a. 2019).

Eerdere ervaring met zorgverlening-op-afstand hing samen met een positiever oordeel. Dat werd ook gevonden in onderzoek onder Amerikaanse therapeuten (Aafjes-van Doorn e.a. 2020). Er moet dan ook meer

ingezet worden op training van specifieke vaardigheden voor beeldbellen, want ervaren bekwaamheid lijkt een voorwaarde voor een positief oordeel over zorg-op-afstand.

De gedwongen en onvoorbereide invoering van zorg-op-afstand vanwege de coronacrisis heeft het oordeel negatief beïnvloed. Ook Kamp e.a. (2020) rapporteerden dat veel psychologen zich door de coronamaatregelen en de plotselinge invoering van zorg-op-afstand overrompeld voelden. Gevraagd naar belemmerende factoren werd veelvuldig aangegeven het ontbreken van een geschikte ruimte bij de patiënt thuis (met voldoende privacy). Dit impliceert dat meer energie gestoken moet worden in de voorbereiding van zorg-op-afstand met de patiënt. Hier zullen de coronamaatregelen hebben bijgedragen aan het ontbreken van voldoende privacy, omdat kinderen niet naar school konden en men thuis moest werken. In de begeleidende instructie bij de enquête gaven we aan dat we een beeld wilden krijgen van hoe men over zorg-op-afstand dacht, los van de coronacrisis. Een aantal medewerkers duidde echter zelf al expliciet aan dat hun oordeel over zorg-op-afstand gekleurd is door de omstandigheden, zoals thuiswerken, onvoorbereid en volledig over moeten gaan op digitale zorgverlening, etc. We hebben nu dus een beeld gekregen van hoe men zorg-op-afstand beoordeelt mede gekleurd door deze omstandigheden en niet in zijn algemeenheid. Medewerkers hebben een grote prestatie geleverd door de zorg te continueren onder werkomstandigheden die verre van ideaal waren.

Een herhaling van de peiling is geboden, maar dan onder omstandigheden met een grotere keuzevrijheid voor de wijze van behandelen. Er kunnen dan meteen aanvullende vragen gesteld worden over blended digitale zorgverlening en zorg-op-afstand verleend vanuit de werklocaties bij Arkin.


Sterke en zwakke kanten van dit onderzoek

De enquête is door 605 behandelaars ingevuld, een aanzienlijk aantal dat het mogelijk maakt het oordeel uit te splitsen per beroepsgroep of specialisme binnen Arkin en andere achtergrondvariabelen. De diverse beroepsgroepen en bedrijfsonderdelen binnen Arkin waren in grote lijnen evenredig vertegenwoordigd. Toch vormt de groep respondenten een selectie van alle behandelaars, zo'n 27%. Medewerkers met een meer uitgesproken mening (in positieve of in negatieve zin) kunnen oververtegenwoordigd zijn in de groep die de enquête heeft ingevuld, omdat zij zich sterker bij het onderwerp betrokken voelen.

CONCLUSIE

Zorg-op-afstand wordt door veel medewerkers niet gezien als een volwaardige vervanging van face-to-facecontact, maar ze beschouwen deze wel als een goede aanvullende behandelkans of als een

waardevolle toevoeging aan hun ‘arsenaal aan contactmogelijkheden’. Zorg is maatwerk en dat geldt zeker ook voor zorg-op afstand: het is niet voor iedere patiënt even geschikt en niet altijd toepasbaar, bijvoorbeeld wanneer de patiënt niet over digitale middelen of internettoegang beschikt. Verder missen veel behandelaars bij zorg-op afstand ‘echt’ of diepgaand contact. Zorg-op-afstand lijkt het geschiktst voor de curatieve zorg, zoals die wordt geboden door professionals in de basis-ggz of op poliklinieken voor specialistische ggz, en minder geschikt bij forensische zorg, ouderenzorg en bemoeizorg. Wanneer een aantal belemmeringen wordt weggenomen, vooral aan de kant van de patiënt, met de inrichting van een helpdesk en gebruiksvriendelijke e-health-ondersteunende software, dan zijn veel behandelaars van plan om deze nieuwe vorm van zorg toe te blijven passen in de dagelijkse praktijk.

 Irene Visch, ROM-onderzoeker, en Hans Krone-meijer, datamanager, boden technische ondersteuning bij het samenstellen van de enquête en het inventariseren van de antwoorden op de open vragen en Jaap Peen, senior onderzoeker, leverde aanvullende gegevens over het personeelsbestand van Arkin. De raad van bestuur van Arkin en directies van de specialismen hielpen bij het verspreiden van enquêtes onder hun medewerkers.

LITERATUUR

- Aafjes-van Doorn K, Békés V, Prout TA. Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during covid-19: Will we use video therapy again? *Couns Psychol Q* 2020; 1-12.
- Andersson G. Guided internet treatment for anxiety disorders. As effective as face-to-face therapies? *Stud Health Technol Inform* 2012; 181: 3-7.
- Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske M, McEvoy P, English C, e.a. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2018; 55: 70-8.
- Blankers M, Donker T, Riper H. Wetenschappelijke evidentie en uitdagingen voor de praktijk. E-mental health in Nederland. *De Psycholoog* 2013; 2013: 12-23.
- Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy* 2018; 47: 1-18.
- Cuijpers P, Kleiboer A, Karyotaki E, Riper H. Internet and mobile interventions for depression: Opportunities and challenges. *Depress Anxiety* 2017; 34: 596-602.
- Greer B, Robotham D, Simblett S, Curtis H, Griffiths H, Wykes T. Digital exclusion among mental health service users: Qualitative investigation. *J Med Internet Res* 2019; 21: e11696.
- Grolleman J. De ggz – koplopers in digitale zorg. In: Kreier F, Verberk-Jonkers I, red. *De dokter en digitalisering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2019. p. 11-8.
- Kamp D, Machielsen G, van Os J. Voorpublicatie: De toepassing van psychotherapeutische behandeling via beeldbellen. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2020; 3.
- Kooistra LC, Wiersma JE, Ruwaard J, Neijenhuijs K, Lokkerbol J, van Oppen P, e.a. Cost and effectiveness of blended versus standard cognitive behavioral therapy for outpatients with depression in routine specialized mental health care: Pilot randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2019; 21: e14261.
- Nakao S, Nakagawa A, Oguchi Y, Mitsuda D, Kato N, Nakagawa Y, e.a. Web-based cognitive behavioral therapy blended with face-to-face sessions for major depression: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2018; 20: e10743.
- Ruwaard J. Wild west in de e-health: Eerst invoeren, dan pas valideren. *Kind & Adolescent Praktijk* 2014; 13: 24-6.
- Spiegelstra S. Coronacrisis dwingt ook ggz tot e-health en digitalisering. *Zorgvisie* 26-3-2020.
- Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, e.a. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: Implications for clinical practice. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 28-40.
- Westra D, Tietschert M. De lessen die de zorg kan en móét leren van de covid-19-pandemie. *TSG - Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2020; 98: 122-5.
- Zorgverzekeraars Nederland. *De ggz in 2025: Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland; 2020.

SUMMARY

Mental health care in times of corona: experiences of professionals with eHealth

E. de Beurs, M. Blankers, A.E. Goudriaan, M. de Koning, J.J.M. Dekker

Background Due to the COVID-19 pandemic, most treatments in mental health care are provided through video calling.

Aim To poll what they think of remote care among 605 care providers of Arkin.

Method We surveyed 605 professionals on their experiences.

Results Enthusiasm for remote care was found predominantly among psychologists who worked in curative care. They reported practical benefits for the patient and for the process of care provision. Psychiatrists and clinical psychologists who provided care to patients with complex and/or chronic problems. They feared a deterioration in quality of care and a decline in their job satisfaction. Nurses were also critical, especially those who provided FACT and outreaching care. Their patients often lacked the resources or skills required to access digital care.

Conclusion This assessment of remote care was likely adversely affected by the corona measures. Employees were suddenly forced to alter their usual work habits and had not been optimally trained in the new method were more critical. Moreover, they were forced to work from home and lacked informal professional contact with colleagues. Nevertheless, professionals have a nuanced and predominantly positive opinion of video calling: it is not suitable for everyone or appropriate under all circumstances, but remote care is seen as a useful addition to the existing arsenal of treatment modalities.