

Een verkennende studie naar *blended* cognitieve gedragstherapie voor paniekstoornis: resultaten en patiëntervaringen

A. BRUINSMA, M. KAMPMAN, C.C. EXTERKATE, G.J. HENDRIKS

- ACHTERGROND** De ondersteuning van behandeling met digitale technologie (e-health of blended zorg) wordt toenemend geïmplementeerd in de geestelijke gezondheidszorg met de verwachting dat hiermee de doelmatigheid toeneemt.
- DOEL** Verkennen van de uitvoerbaarheid van blended cognitieve gedragstherapie (CGT) voor paniekstoornis.
- METHODE** Een vergelijking van 9 face-to-facesessies blended CGT (n = 18) aangevuld met digitale ondersteuning via een tabletcomputer en 3 e-mailcontacten, met 12 wekelijkse sessies reguliere CGT (n = 18). De primaire uitkomstmaten waren paniekkrequentie en vermijdingsgedrag. De secundaire uitkomstmaat was algemeen functioneren. De ervaringen met de behandelingen werden vastgesteld middels een gestructureerd interview.
- RESULTATEN** De effectsizes van zowel de reguliere CGT als de blended CGT waren gemiddeld tot groot (Cohens d 0,42 tot 1,60). Bij beide behandelingen was er een significante vermindering in klachten. Er waren geen duidelijke verschillen in patiënttevredenheid tussen beide condities. Binnen de blended CGT werd gemiddeld 39 minuten meer directe tijd en totaal gemiddeld 41 minuten minder geregistreerd, een tijdsbesparing van 4%.
- CONCLUSIE** Blended CGT lijkt, met een vooralsnog bescheiden tijdsbesparing, geschikt voor de psychologische behandeling van paniekstoornis. Voor het vaststellen van doelmatigheid en kosteneffectiviteit is grootschaliger onderzoek nodig.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)5, 361-370

TREFWOORDEN blended care, cognitieve gedragstherapie, digitale toevoegingen, paniekstoornis, patiëntervaringen



ARTIKEL



De gezondheidszorg, en dus ook de geestelijke gezondheidszorg (ggz), dreigt onbetaalbaar te worden. Volgens een rapport van het Centraal Planbureau (van der Horst e.a. 2011) zijn sinds 1972 de zorgkosten onafgebroken gestegen, van 8 naar 13% van het bruto besteedbaar product. Digitaal aangeboden zorg (e-health) zou een belangrijke rol kunnen spelen om, met behoud van kwaliteit en effectiviteit, kosten te besparen. Cognitieve gedragstherapie (CGT), vaak protocollair aangeboden, leent zich uitstekend om te vertalen naar e-health. E-health kan zowel ongeleid als digitaal begeleid door een therapeut plaatsvinden.

Uit meta-analyses komt online aangeboden CGT als vergelijkbaar effectief naar voren met traditionele *face-to-face* behandelingen (Andersson e.a. 2014; Ballegooijen e.a. 2014; Cuijpers e.a. 2010) en lijkt online aangeboden CGT tevens kosten te besparen (Musiat & Tarrier 2014).

Hoewel e-health veelbelovend lijkt, zijn er nog een aantal kanttekeningen te plaatsen. Het beschikbare e-healthonderzoek heeft meestal betrekking op niet-klinische doelgroepen met angst- en stemmingsstoornissen (Cuijpers e.a. 2010). Patiënten met complexere problemen of comorbide persoonlijkheidsproblematiek lijken meer baat te hebben

bij een face-to-facebehandeling (Andersson e.a. 2008; Proudfoot 2003) en pure onlinebehandeling zonder therapeutcontact (onbegeleide e-health) lijkt te leiden tot kleinere behandel-effecten (Cuijpers e.a. 2009) en meer uitval (Mewton e.a. 2014). Daarnaast vonden Van Ballegooijen e.a. (2014) in een meta-analyse dat begeleide e-health tot meer uitval leidde dan face-to-facebehandeling.

Voor de groep met complexere problematiek lijkt een face-to-facebehandeling vooralsnog de voorkeur te hebben. Voor deze groep is het een logische stap te onderzoeken of het toevoegen van digitale modules binnen face-to-facebehandelingen een positieve bijdrage leveren. Onderzoek naar deze blended of *computer-assisted* behandelingen, waarbij e-health geïntegreerd wordt binnen reguliere tweedelijns face-to-facebehandelingen, staat nog in de kinderschoenen (Blankers e.a. 2013; Månsson e.a. 2013).

Het primaire doel van blended behandeling is vervanging van face-to-facecontact door digitaal gestuurde interventies om daarmee therapeutijd en dus kosten te besparen. Het is echter nog niet goed onderzocht of blended behandelen inderdaad minder tijd kost. Kenter en collega's (2015) vonden in een naturalistische studie met 4448 patiënten dat patiënten met blended behandelingen zelfs meer behandel-tijd (online en face-to-face) kregen en dat de zorgkosten toenamen. Toch worden, onder druk van zorgverzekeraars, blended behandelingen breed geïmplementeerd in de reguliere ggz-praktijk.

Deze verkennende, op haalbaarheid gerichte studie had tot doel te onderzoeken of een blended CGT, vergeleken met traditionele CGT, een geschikte behandeling is voor een paniekstoornis. Hiertoe onderzochten wij het effect op klachten, de patiënttevredenheid en geregistreerde behandelminuten. Om te corrigeren voor voorkeur voor behandelvorm kozen wij voor een gerandomiseerde opzet.

METHODE

Patiënten

Het onderzoek vond plaats bij patiënten die voor behandeling verwezen waren naar één van de poliklinieken van Pro Persona. Inclusiecriteria waren: primaire DSM-IV-diagnose paniekstoornis met of zonder agorafobie en voldoende beheersing van de Nederlandse taal. Verder was het gebruik van antidepressiva alleen toegestaan indien patiënten stabiel waren ingesteld minimaal twee maanden voor de behandelstart en mochten er gedurende de onderzoeksperiode geen dosisveranderingen plaatsvinden. Het gebruik van benzodiazepines was toegestaan in stabiele dosering op vaste innametijdstippen.

Het onderzoek werd getoetst en goedgekeurd door de ethische commissie van Behaviour Science Institute van de Radboud Universiteit (ECG2013-1308-126).

AUTEURS

ANNEKE BRUINSMA, klinisch psycholoog, Pro Persona, centrum voor angststoornissen, Overwaal.

MIRJAM KAMPMAN, klinisch psycholoog, Pro Persona, centrum voor angststoornissen, Overwaal, en Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen.

CECILE C. EXTERKATE, klinisch psycholoog, lid raad van bestuur, Pro Persona.

GERT-JAN HENDRIKS, psychiater, hoofd zorgprogramma angst, Pro Persona, centrum voor angststoornissen, Overwaal, en Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen.

CORRESPONDENTIEADRES

A. Bruinsma, Pro Persona, centrum voor angststoornissen, Overwaal, Postbus 31.435, 6503 CK Nijmegen.
E-mail: a.bruinsma@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-10-2015.

Interventie

De blended CGT volgde nauwkeurig een gestandaardiseerd CGT-protocol voor paniekstoornis (Kampman e.a. 2012) met gebruik van een tabletcomputer met een specifieke applicatie voor paniekstoornis, ontwikkeld door een mediabedrijf (Caplan) in samenwerking met Pro Persona. Patiënten kregen de tabletcomputer in bruikleen gedurende de onderzoeksperiode. Op de applicatie ('app') stonden video-opnames met psycho-educatie, uitleg over de behandeling en bijbehorende oefeningen, huiswerkformulieren, uitleg over het invullen van deze formulieren en een e-mailfunctie. De filmfragmenten waren opgenomen met acteurs, een acteur vanuit de rol als therapeut en een actrice in de rol van 'rondleidende' gastvrouw. Op de tablets konden behandel-sessies opgenomen en terugge-luisterd worden.

Binnen de blended CGT waren 3 van de 12 face-to-facesessies (sessie 4, 6 en 10) vervangen door e-mailcontacten. Deze sessies waren een herhaling van de voorgaande sessies. De tijdsbesparing van de blended CGT werd geschat op de tijdsduur van 3 therapie-sessies (45 minuten directe tijd plus 15 minuten indirecte tijd) minus 3 e-mailcontacten van 15 minuten, resulterend in tijdsbesparing van 135 minuten (18%).

De standaardbehandeling bestond uit 12 sessies conform hetzelfde protocol (Kampman e.a. 2012), met psycho-educatie, interoceptieve exposure, cognitieve therapie en exposure in vivo.

Beide behandelcondities hadden een duur van 12 weken. Behandelaren waren gz-psychologen of psychologen in opleiding tot gz-psycholoog. De behandelaren waren bekend met de gestandaardiseerde CGT voor paniekstoornis en werden vooraf getraind in het gebruik van de e-healthapplicatie.

Uitkomstvariabelen

De primaire uitkomstmaat was de ernst van panieksymptomen gemeten met de *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)* en *Mobility Inventory (MI)*. De PAS (Bandelow 1995) is een gestructureerd interview dat de ernst en aanwezigheid van een paniekstoornis en agorafobie meet. De PAS heeft een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, test-hertestbetrouwbaarheid en goede constructvaliditeit (Bandelow 1995). De MI (Chambless e.a. 1985) is een zelfrapportagevragenlijst die de mate van vermijdingsgedrag en de frequentie van paniekaanvallen meet. De MI heeft een acceptabele tot goede test-hertestbetrouwbaarheid, een hoge interne consistentie en goede validiteit (De Beurs 1993; Chambless e.a. 1985).

De secundaire uitkomstmaat was algemeen functioneren en werd gemeten met de *Outcome Questionnaire (OQ-45)*; Lambert e.a. 2004), een zelfrapportagevragenlijst die de ernst van symptomen, interpersoonlijk en maatschappelijk functioneren meet. De OQ-45 en de Nederlandse uitvoering hebben goede psychometrische eigenschappen; de interne consistentie en de test-hertestbetrouwbaarheid zijn goed en de concurrente validiteit is gemiddeld tot hoog (De Beurs e.a. 2005; Jong e.a. 2008; Lambert e.a., 2004). Na afronding van de behandeling werden patiënten telefonisch geïnterviewd door een ervaringsdeskundige met één open vraag en vijf gesloten vragen (zie **TABEL 5**).

Opzet en procedure

De diagnose paniekstoornis werd gesteld met behulp van een semigestructureerd klinisch interview, de *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*; Overbeek e.a. 1999). Patiënten werden gerandomiseerd toegewezen aan één van beide condities. De randomisatieprocedure was als volgt:

1. Er werd in blokken van zes gerandomiseerd over beide behandelcondities.
2. Patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria werden na intake en bespreking van het behandelplan benaderd voor deelname door de behandelaar. Na het geven van toestemming en tekenen van *informed consent* werd dit doorgegeven aan de onderzoekscoördinator.
3. De onderzoekscoördinator trok een geblindeerd lotnummer en gaf de behandelconditie door aan de behandelaar.

De primaire en secundaire uitkomstmaten werden gemeeten bij aanvang van de behandeling (sessie 1), bij afronding (sessie 12) en 4 weken (FU1) en 6 maanden (FU2) na afronding. De vragenlijsten werden per computer afgenomen. De PAS-interviews werden gedurende de behandeling door de uitvoerend behandelaar afgenomen en bij de follow-upmetingen bij voorkeur door een andere behandelaar (maar om praktische redenen ook enkele keren door de eigen behandelaar). Alleen metingen die voor minimaal 80% waren ingevuld, werden in de analyses meegenomen. Eén tot zes maanden na afronding of uitval van behandeling werden patiënten gebeld door een ervaringsdeskundige voor een interview over hun ervaringen met de behandeling. Zowel de directe (face-to-face) als de indirecte (voorbereiding en verslaglegging) behandelminuten werden geregistreerd.

Statistische analyse

Hoewel de steekproef te klein is om daadwerkelijk equivalentie of kleine verschillen tussen de behandelingen te kunnen aantonen, werd er wel een analyse gedaan op de effecten van behandeling op de primaire en secundaire uitkomstmaten. We verrichtten een dubbel multivariate variantieanalyse (ANOVA) voor herhaalde metingen, met als *within subject factor* de tijd (voormeting, nameting, follow-up), als *between subject factor* de conditie (blended CGT, CGT) en als afhankelijke variabelen de vragenlijsten (OQ-45, PAS en MI). Bij deze analyse werd de follow-upmeting na zes maanden niet meer meegenomen, omdat de steekproef te klein werd door uitval. Hoewel de laatste meting niet werd meegenomen, kwamen in controlerende analyses inclusief deze meting geen opvallende bevindingen naar voren. De follow-upmeting na zes maanden werd wel meegenomen in de berekening van de effectsizes. Effectgroottes (Cohens *d*) werden berekend door het verschil tussen de na- en de voormeting te delen door de gepoolde standaarddeviatie. De betrouwbaarheidsintervallen van de effectgrootte werden berekend volgens Cumming (2012) voor gepaarde data.

RESULTATEN

Kenmerken van de onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 36 patiënten, in beide condities waren 8 patiënten gestart. De demografische kenmerken staan in **TABEL 1** beschreven. In de reguliere CGT waren er duidelijk meer alleenstaande patiënten en meer comorbiditeit en meer medicatiegebruik.

Uitval en missende metingen

Van de 36 gestarte patiënten vielen er 5 uit, 3 in de blended CGT en 2 in de reguliere CGT. In de blended CGT werden

TABEL 1 Kenmerken van de patiënten die in de twee behandelgroepen gestart waren

	Blended CGT (n = 18)	Reguliere CGT (n = 18)
Gem. leeftijd in j; SD (uitersten)	36,6; 9,5 (23-57)	39,4; 9,5 (22-56)
Mannen	7 (38,9%)	7 (39%)
Getrouwd of partner	17 (94,4%)	11 (61,1%)
Kinderen	15 (83,3%)	9 (50%)
Hoogst voltooide opleiding		
basisonderwijs	0	2 (11%)
middelbaar onderwijs	6 (33%)	4 (22%)
Mbo	8 (44%)	6 (33%)
Hoger onderwijs	4 (22%)	6 (33%)
Comorbiditeit		
Geen	9 (50%)	6 (33%)
Angststoornis:	5 (28%)	10 (56%)
Stemmingsstoornis	2 (11%)	4 (22%)
Somatoforme stoornis	1 (6%)	0
Persoonlijkheidsstoornis	1 (6%)	1 (6%)
Geen gegevens	1 (6%)	0
Medicatiegebruik		
Geen	10 (56%)	6 (33%)
SSRI	2 (11%)	6 (33%)
Benzodiazepine	4 (22%)	5 (28%)
Combinatie antidepressivum en benzodiazepine	2 (11%)	1 (6%)

CGT = cognitieve gedragstherapie; Gem. = gemiddelde; SD = standaarddeviatie

daarnaast 2 patiënten geëxcludeerd in verband met een herziening van de primaire diagnose. Er waren 3 patiënten niet meer bereikbaar voor de follow-up na zes maanden en daarnaast ontbraken er om administratieve redenen of

door incompleet ingevulde vragenlijsten nog 2 (gedeeltelijke) metingen op zowel de nameting, follow-up na één maand als de follow-up na zes maanden.

TABEL 2 Gemiddelde scores met standaarddeviaties op de vragenlijsten per meetmoment en per conditie

	Blended CGT			Reguliere CGT		
	MI Gem. (SD)	PAS Gem. (SD)	OQ-45 Gem. (SD)	MI Gem. (SD)	PAS Gem. (SD)	OQ-45 Gem. (SD)
Voormeting (n = 18)	2,41 (0,87)	20,28 (9,31)	69,17 (16,76)	2,34 (0,85)	19,06 (9,18)	73,72 (20,42)
Nameting*	2,03 (0,93)	8,64 (6,88) (n = 14)	49,87 (18,19)	1,70 (0,62)	9,73 (9,76)	50,80 (19,28)
Follow-up na 1 maand	1,79 (0,63) (n = 13)	9,07 (7,30) (n = 14)	49,15 (20,45) (n = 13)	1,75 (0,78) (n = 15)	7,27 (7,54) (n = 15)	52,07 (23,58) (n = 15)
Follow-up na 6 maanden	1,80 (0,68) (n = 12)	8,61 (6,42) (n = 13)	44,18 (14,35) (n = 11)	1,67 (0,81) (n = 13)	6,71 (9,70) (n = 14)	45,92 (28,94) (n = 13)

*Bij nameting gold n= 15, tenzij anders vermeld.

CGT = cognitieve gedragstherapie; Gem. = gemiddelde; SD = standaarddeviatie; MI = *Mobility Inventory*; PAS = *Panic and Agoraphobia Scale*; OQ-45 = *Outcome Questionnaire*.

TABEL 3 Toetsing

Afhankelijke variabele	Contrast	Groep	Tijd	Tijd x Groep
MI	NM-VM		$F(21,1) = 36,900$ $p < 0,001$	
	FU-VM		$F(21,1) = 41,947$ $p < 0,001$	
PAS	NM-VM		$F(21,1) = 20,962$ $p < 0,001$	
	FU-VM		$F(21,1) = 21,403$ $p < 0,001$	
OQ-45	NM-VM		$F(21,1) = 45,324$ $p < 0,001$	
	FU-VM		$F(21,1) = 85,951$ $p < 0,001$	
MI, PAS en OQ-45	Dubbel multivariaat	$F(19,3) = 0,432$ $p = 0,733$	$F(16,6) = 18,010$ $p < 0,001$	$F(16,6) = 0,305$ $p = 0,925$

VM = voormeting; NM = nameting; FU = Follow-up na één maand; MI = *Mobility Inventory*; PAS = *Panic and Agoraphobia Scale*; OQ-45 = *Outcome Questionnaire*

Effect van de behandeling

TABEL 2 laat de gemiddelde scores en standaarddeviaties op de primaire en secundaire uitkomstmaten zien. **TABEL 3** toont de significantietoetsen, waarbij alleen de patiënten zijn meegenomen met complete metingen. Het effect van tijd was op alle afhankelijke variabelen over alle meetmomenten significant (within-subject effect). Er werd geen verschil gevonden in ernst van klachten tussen de groepen (between-subject effect), beide groepen veranderden gelijk over de tijd (interactie-effect) en er was geen groot, klinisch

relevant verschil in outcome. Het niveau van de klachten daalde substantieel tussen het begin en eind van de behandeling. De effectgroottes met hun betrouwbaarheidsintervallen staan weergegeven in **TABEL 4**. In termen van effectgrootte leek de face-to-face-CGT beter te scoren op vermindering van vermijdingsgedrag, gemeten met de MI. De blendedCGT leek een groter effect te hebben op het algemeen welbevinden, gemeten met de OQ-45 en panieksymptomen, gemeten met de PAS.

TABEL 4 Effectgroottes: Cohens d met de betrouwbaarheidsintervallen

		Blended CGT			Reguliere CGT		
		d	BI	n	d	BI	n
MI	VM-NM	0,46	0,16-0,74	15	0,73	0,35-1,09	15
	VM-FU1	0,65	0,22-1,07	13	0,67	0,35-0,98	15
	VM-FU2	0,61	0,11-1,09	12	0,73	0,20-1,24	13
PAS	VM-NM	1,47	0,68-2,23	14	0,92	0,28-1,53	15
	VM-FU1	1,38	0,42-2,31	14	1,35	0,67-2,00	15
	VM-FU2	1,41	0,35-2,43	13	1,20	0,40-1,97	14
OQ	VM-NM	1,27	0,57-1,96	15	0,97	0,41-1,51	15
	VM-FU1	1,18	0,50-1,83	13	0,80	0,37-1,22	15
	VM-FU2	1,86	0,76-2,91	11	0,93	0,31-1,52	13

CGT = cognitieve gedragstherapie; d = effectsize: (VN-NM)/SD gepoold; VM = voormeting; NM = nameting; FU1 = Follow-up na één maand; FU2 = Follow-up na zes maanden; BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval

TABEL 5 Ervaringen van patiënten per behandelconditie

	Blended CGT (n = 17)	Reguliere CGT (n = 16)
Hoe heeft u de behandeling ervaren?		
Zeer onprettig	1 (5,9%)	1 (6,3%)
Onprettig	0 (0%)	1 (6,3%)
Neutraal	2 (11,8%)	2 (12,5%)
Meer prettig dan onprettig	3 (17,6%)	5 (31,3%)
Prettig	11 (64,7%)	7 (43,8%)
Hoe persoonlijk vond u de behandeling?		
Erg onpersoonlijk	1 (5,9%)	0 (0%)
Meer onpersoonlijk dan persoonlijk	1 (5,9%)	0 (0%)
Neutraal	5 (29,4%)	2 (12,5%)
Meer persoonlijk dan onpersoonlijk	7 (41,2%)	9 (56,3%)
Erg persoonlijk	3 (17,6%)	5 (31,3%)
Zou u de behandeling aan een ander aanraden?		
Zeker niet	1 (5,9%)	1 (6,3%)
Misschien	2 (11,8%)	0 (0%)
Neutraal	1 (5,9%)	2 (12,5%)
Waarschijnlijk	0 (0%)	3 (18,8%)
Zeker wel	13 (76,5%)	10 (62,5%)
Voldeed de behandeling aan uw verwachtingen?		
Zeker niet	2 (11,8%)	2 (12,5%)
Enigszins	1 (5,9%)	0 (0%)
Neutraal	2 (11,8%)	6 (37,5%)
Grotendeels	4 (23,5%)	2 (12,5%)
Zeker wel	8 (47,1%)	6 (37,5%)
Als u opnieuw zou mogen kiezen, zou u dan weer voor de behandeling met de tabletcomputer kiezen?		
Zeker niet	4 (23,5%)	
Enigszins	0 (0%)	
Neutraal	1 (5,9%)	
Grotendeels	1 (5,9%)	
Zeker wel	11 (64,7%)	

CGT = cognitieve gedragstherapie

Patiëntervaringen

Er werden 33 deelnemers (91,6%, 3 deelnemers waren niet bereikbaar) telefonisch geïnterviewd over hun ervaringen met de behandeling. De uitkomsten van de vijf gestandaardiseerde vragen staan beschreven in **TABEL 5**. Samenvattend leken er bij de patiëntervaringen een aantal verschillen te zijn tussen de behandelcondities. Van de deelnemers binnen de blended behandelvorm rapporteerde 94,1% de behandeling neutraal tot prettig te vinden versus 87,4% van de reguliere CGT. Twee patiënten in de blended CGT gaven aan de behandeling als onpersoonlijk te ervaren, versus niemand in de reguliere CGT. In de blended CGT zou 61,1% zeker opnieuw voor de behandeling kiezen.

Daarnaast werd aan iedereen een open vraag gesteld over hoe ze de behandeling ervaren hebben. Uitspraken van patiënten over hun ervaring met de blended behandelvorm waren:

Man, 37 jaar oud, behandeling afgerond: *Ik ben enthousiast over de methode, onder andere dat je dingen terug kan kijken en daar steun uit kan halen.*

Vrouw, 45 jaar, behandeling afgerond: *De tablet is niets voor mij. Ik ben meer iemand van doen. Bij de één zal het wel werken, bij de ander niet.*

Vrouw, 26 jaar oud, uitvaller: *Mijn zwangerschap was niet te combineren met het volgen van een psychologische behandeling met huiswerkopdrachten. Ik kan door een handicap niet goed*

schrijven en vond daarom werken met de tablet wel erg fijn en praktisch. Ik ben erg enthousiast!

Man, 46 jaar oud, behandeling afgerond: *Ondanks het gebruik van een tablet was de behandeling toch heel persoonlijk. Voor mij een geweldig goed hulpmiddel, voor ouderen misschien minder handig.*

Man, 35 jaar, behandeling afgerond: *Een tabletcomputer is op zich een goed medium, waar je zelf de regie kunt nemen. Maar er is geen maatwerk geleverd, er was weinig ruimte voor mijn inbreng en teveel nadruk op protocol.*

Vrouw, 27 jaar oud, behandeling afgerond: *Toen ik eenmaal doorhad hoe het werkte, ging het fantastisch. Die tablet alleen is natuurlijk niet voldoende. Je moet er vooral zelf aan werken.*

Vrouw, 24 jaar oud, drop-out: *Het was heel heftig voor me. Het kwam te vroeg voor mij en was te zwaar. Ondanks dat het te heftig voor me was, ben ik enthousiast over de tabletmethode.*

Vrouw, 42 jaar oud, behandeling afgerond: *Alleen in combinatie met face-to-face gesprekken zou ik opnieuw voor deze behandeling kiezen.*

Vrouw, 23 jaar, behandeling afgerond: *Ik ben erg tevreden over mijn therapeut. Werken met een tablet vond ik in eerste instantie erg onpersoonlijk, maar naderhand bleek er toch wel sprake van maatwerk. De toevoeging van de tablet heeft mijns inziens geen toegevoegde waarde op enkel face-to-facetherapie.*

Aan de drie personen die uitvielen in de blended behandelvorm werd gevraagd of het werken met de tabletcomputer hiertoe bijgedragen had. Eén persoon antwoordde hier instemmend op. In het interview met de ervaringsdeskundige zei deze vrouw het volgende:

Vrouw, 37 jaar oud, uitvaller: *Op aanraden van huisarts ben ik met de behandeling gestopt, omdat alleen mijn angst zou worden behandeld en de overige problemen niet. Er was een technisch probleem en geen e-mailcontact mogelijk via de tablet. In verband met mijn jonge kinderen had ik geen tijd om de huiswerkopdrachten te doen. Dit alles samen maakte dat ik voor mijn gevoel niet met de juiste problemen bezig was, daarom ben ik gestopt.*

De rest van de mensen die uitvielen, gaven aan dat dit met andere factoren dan het tabletcomputergebruik te maken had.

Behandeltijd

Gedurende het onderzoek werden binnen de blended CGT ($n = 13$) voor een afgeronde behandeling gemiddeld 689 minuten directe en 274 minuten indirecte tijd geregistreerd. Binnen de reguliere CGT-conditie ($n = 16$) was dit gemiddeld 650 minuten directe en 354 minuten indirecte tijd. In totaal werd in de blended behandelvorm gemiddeld 41 minuten minder geregistreerd.

DISCUSSIE

De blended CGT lijkt in vergelijking met de traditionele CGT geschikt voor behandeling van paniekstoornis. Beide condities hebben matig tot grote effectsizes op de belangrijkste uitkomstmaten: paniekfrequentie, vermijdingsgedrag en algemeen welbevinden. Beide behandelvormen werden gekenmerkt door een hoge patiënttevredenheid. Deze resultaten komen overeen met de proof-of-conceptstudie van Månsson e.a. (2013). De behandelingen verschilden minimaal in het aantal geregistreerde minuten. Binnen de blended behandelvorm zijn gedurende het onderzoek door de behandelaar per behandeling gemiddeld 39 minuten meer directe tijd en in zijn totaliteit 41 minuten minder geregistreerd. De tijdwinst lijkt vooral binnen de indirecte tijd te zitten.

Kanttekeningen

De belangrijkste kanttekening bij ons onderzoek is de omvang van de steekproeven. De steekproef binnen dit onderzoek is te gering om kleine verschillen tussen beide behandelcondities te kunnen toetsen. Voor het empirisch fundament van doelmatigheid en kosteneffectiviteit van blended CGT in vergelijking met de face-to-face-CGT zijn grotere steekproeven in non-inferioriteitsstudies vereist. Hiervoor zijn studies nodig zoals de onlangs gestarte European Comparative Effectiveness Research on Internet Based Depression Treatment (E-COMPARED, www.e-compared.eu) en de studie naar blended e-health bij ernstige angststoornissen (J.P.F. Koning, ZonMw Projectnummer 837002505). Hoewel er vanuit de wetenschap betoogd wordt dat er een pas op de plaats gemaakt moet worden en onderzoek naar (kosten)effectiviteit moet worden afgewacht (Ruwaard & Kok 2015), staat het beleid van zorgverzekeraars met betrekking tot e-health de reguliere ggz-praktijk niet toe de uitkomsten van dergelijke grote studies af te wachten. De resultaten van onze studie zijn een voorzichtige aanwijzing dat we patiënten niet tekortdoen met een blended CGT-aanbod als we kijken naar uitkomst en tevredenheid.

Een tweede kanttekening is dat de groepen, waarschijnlijk als gevolg van de kleine steekproef, ondanks de randomisatie niet geheel gelijk waren wat betreft het medicatiegebruik en het aantal alleenstaanden. Er was echter geen verschil in ernst van de klachten tussen de groepen.

Bespaarde tijd

Een belangrijk doel van blended e-health is de potentiële tijds- en kostenbesparing. Binnen dit onderzoek bleek de bespaarde tijd bescheiden: de totale geregistreerde tijd was weliswaar 41 minuten (4,1%) minder, echter, haaks op onze verwachting, bleek de totale directe tijd bij de blended

CGT toegenomen, namelijk 39 minuten. Deze tegenval-lende bevindingen wat betreft tijdsbesparing sluit aan bij de naturalistische studie van Kenter e.a. (2015).

Het is mogelijk dat de relatief nieuwe methode van blended CGT met een tabletcomputer in deze studie tot een grotere tijdsinvestering heeft geleid bij zowel therapeuten als patiënten om zich dit eigen te maken. Deze extra tijdsin-vestering om vaardig te worden met de applicatie, zal bij behandelaren op termijn afnemen. Elke nieuwe patiënt heeft een individueel wisselende tijd nodig om met de digitale applicatie vertrouwd te raken.

Een tweede verklaring is dat er zich technische problemen met de applicatie voordeden, die invloed op de behandel-duur kunnen hebben gehad. Wil blended CGT doelmatig en kosteneffectief zijn, dan is het zeer belangrijk de techniek geen spelbreker te laten zijn. Dit leidt tot tijdverlies, extra kosten, en frustratie bij de patiënt en therapeut.

Tot slot zou een verklaring kunnen zijn dat binnen de weerbarstige realiteit van de praktijk simpelweg nauwe-lijks te voorspellen is hoeveel behandelminuten een behandeling daadwerkelijk zal duren. Patiënten met angststoornissen vermijden, en soms is er extra inspan-ning en ondersteuning nodig om ze het behandelprotocol te kunnen laten volgen, bijvoorbeeld door contact op te nemen bij verzuim of intensiever te ondersteunen bij huiswerkopdrachten.

M-health

Binnen dit onderzoek zijn tabletcomputers in bruikleen gegeven, waarbij men het apparaat na behandeling moest retourneren. Mogelijk wordt de applicatie intensiever gebruikt als mensen de applicatie op hun eigen mobiele apparaat (tabletcomputer of smartphone) kunnen aan-schaffen. Dit vergroot de bereikbaarheid van behandeling, ook na afronding van de behandeling, zonder dat hier extra


kosten mee gemoeid zijn. Dit kan eveneens een belangrijke functie in terugvalpreventie vervullen.

Er lijkt steeds meer aandacht te komen voor gezondheids-zorg via een eigen mobiel apparaat, de zogenaamde m-health. Recent onderzoek bij kinderen toont aan dat dit ondersteunend werkt in CGT voor een angststoornis (Pra-mana 2014). Er is echter een grote discrepantie tussen het aantal beschikbare mentalhealth-apps en de apps waar-voor empirische ondersteuning is. Donker e.a. (2013) beschrijven in hun review van onderzoek naar mental-health-applicaties dat van de in totaal 3000 beschikbare mentalhealth-apps er slechts acht *evidence-based* zijn.

Integratie van digitale interventies binnen een face-to-facebehandeling biedt duidelijk kansen, waarbij mobiele apparaten als smartphones en tabletcomputers een belangrijke rol kunnen vervullen. De behandeling kan op intensievere en toegankelijker wijze aangeboden worden, zonder dat hierbij extra therapeuttijd nodig is. Patiënten kunnen ook buiten kantooruren met de therapie bezig zijn. Dit zou een belangrijke ingang kunnen zijn om in de toekomst met minder middelen passende zorg in de ambu-lante ggz aan te kunnen blijven bieden.

CONCLUSIE

Blended CGT voor ambulante behandeling van paniekstoor-nis lijkt geschikt voor en haalbaar in de reguliere ggz-praktijk en lijkt niet inferieur aan reguliere face-to-face-CGT. De resultaten bieden aanknopingspunten voor meer en grootschaliger multicenteronderzoek naar het empirisch fundament van doelmatigheid en kosteneffectiviteit van blended behandelingen binnen de ggz.

 Jeroen de Haan-Rissman droeg als ervaringsdeskun-dige bij aan dit onderzoek en de masterstudenten van Overwaal leverden een bijdrage bij de dataverzameling.

LITERATUUR

- Andersson G, Carlbring P, Grimlund A. Predicting treatment outcome in internet versus face to face treatment of panic disorder. *Comput Human Behav* 2008; 24: 1790-801.
- Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2014; 13: 288-95.
- Ballegoijen W van, Cuijpers P, van Straten A, Karyotaki E, Andersson G, e.a. Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS ONE* 2014; 9: e100679.
- Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 1995.
- Beurs E de. *The assessment and treatment of panic disorder and agoraphobia*. Amsterdam: Thesis Publishers; 1993.
- Beurs E de, den Hollander-Gijsman M, Buwalda V, Trijsburg W, Zitman, F. *The Outcome Questionnaire OQ-45*. Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog* 2005; 40: 393-400.
- Blankers M, Donker T, Riper H. E-mental health in Nederland. Wetenschappelijke evidentie en uitdagingen voor de praktijk. *De Psycholoog* 2013; 48: 12-23.
- Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, Williams, C. *The Mobile Inventory for agoraphobia*. *Behav Res Ther* 1985; 23: 35-44.
- Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A Systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med* 2010; 40: 1943-57.
- Cuijpers P, Marks IM, van Straten A, Cavanagh K, Gega L, Andersson G. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther* 2009; 38: 66-82.
- Cumming G. *Understanding The new statistics: effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis*. New York: Routledge; 2012. p.134-95.
- Donker T, Petrie K, Proudfoot J, Clarke J, Birch MR, Christensen H. Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *J Med Internet Res* 2013; 15: e247.
- Horst A van der, van Erp F, de Jong J. *Zorg blijft groeien, financiering onder druk*. Trends in gezondheid en zorg. CPB policy brief , trends in gezondheid en zorg. Den Haag: Centraal Plan Bureau (CPB); 2011.
- Jong K de, Nugter A, Polak M, Wagenborg H, Spinhoven P, Heiser W. *De Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45): een crossculturele validatie*. *Psychologie en Gezondheid* 2008; 36-1: 35-45.
- Kampman M, Keijsers GPJ, Hendriks GJ. *Behandelprotocol paniekstoornis*. Amsterdam: Boom; 2009.
- Kenter R, van de Ven PM, Cuijpers P, Koole, G, Niamat S, Gerrits RS, e.a. Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: Results from a naturalistic study. *Internet Interv* 2015; 2: 77-83.
- Lambert MJ, Morton JJ, Hatfield DR, Harmon C, Hamilton S, Shimokawa K, e.a. *Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire) (3e dr)*. Wilmington: American Professional Credentialing Services; 2004.
- Månsson KNT, Skagius Ruiz E, Gervind E, Dahlin M, Andersson G. Development and Initial Evaluation of an internet-based support system for face-to-face cognitive behavior therapy: a proof of concept study. *J Med Internet Res* 2013; 15: e280.
- Mewton L, Smith J, Rossouw P, Andrews G. Current perspectives on Internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with anxiety and related disorders. *Psychol Res Behav Manag* 2014; 30: 37-46.
- Musiat P, Tarrier N. Collateral outcomes in e-mental health: a systematic review of the evidence for added benefits of computerized cognitive behavior therapy interventions for mental health. *Psychol Med* 2014; 44: 3137-50.
- Overbeek T, Schreurs K, Griez, E. *Mini International Neuropsychiatric Interview: Nederlandse versie 5.0.0*. Nederland: Universiteit van Maastricht; 1999.
- Pranama G, Parmanto B, Kendall PC, Silk JS. *The SmartCAT: an m-health platform for ecological momentary intervention in child anxiety treatment*. *Telemed J E Health* 2014; 28: 419-27.
- Proudfoot JG. Computer-based treatment for anxiety and depression: Is it feasible? Is it effective? *Neurosc Biobeh Rev* 2003; 28: 353-63.
- Ruwaard J, Kok RN. *Wild West eHealth: Time to hold our horses*. *European Health Psychol* 2015; 17: 45-9.

SUMMARY

An exploratory study of 'blended' cognitive behavioural therapy (cBT) for patients with a panic disorder: results and patients' experiences

A. BRUINSMA, M. KAMPMAN, C.C. EXTERKATE, G.J. HENDRIKS

- BACKGROUND** Digital technology (e-health or 'blended' care), combined with evidence-based face-to-face cBT, is becoming increasingly implemented into mental health care and is expected to result in improved effectiveness and efficiency.
- AIM** To explore the feasibility of blended CBT for patients with a panic disorder.
- METHOD** Nine face-to-face sessions of blended cBT (n = 18), supplemented with the digital support of a tabletcomputer and three e-mail contacts, were compared with 12 weekly sessions of regular cBT (n = 18). Primary outcomes were panic frequency and avoidance behaviour; the secondary outcome was general functioning. Patients' experiences of the treatment were collected in the form of a structured interview.
- RESULTS** The effect sizes found in both the regular and the blended cBT were medium to high (Cohen's d 0.42-1.60). In both types of treatment there was a significant reduction in patients' symptoms. There were no big differences in patient satisfaction regarding the treatment received. The therapists registered 39 face-to-face minutes in the blended treatment but they registered in total 41 fewer face-to-face minutes; this represented a time reduction of 4%.
- CONCLUSION** Blended cBT with help of a tablet computer seems to be a suitable method for treating panic disorder psychologically, although the time saved is only moderate. Much more research is needed to ascertain the feasibility and the cost effectiveness of blended cBT.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)5, 361-370

KEY WORDS blended care, cognitive behavioural therapy, digital enhancement, panic disorder, patient experience