



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg

Steeds vaker worden websites, mobiele applicaties en online toepassingen gebruikt in het dagelijks leven, en ook in de zorg. Het internet wordt meer en meer gebruikt om de flexibiliteit en toegankelijkheid van psychologische interventies te vergroten. Behandelingen worden aangepast en geïmplementeerd zodat cliënten ze ook via internet kunnen volgen. Het aanbod kan variëren van een puur informatieve website tot een volledige online behandeling en van volledige zelfhulp tot online behandeling met intensief therapeutisch contact.

E-health, of e-mental health zoals het binnen de ggz wordt genoemd, omvat het gebruik van internet en mobiele technologie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (van Rijen, de Lint & Ottes, 2002). E-mental health draagt bij aan het realiseren van 'gepast gebruik', ofwel het aanbieden van een behandeling die niet meer én niet minder is dan de cliënt nodig heeft. Onder de noemer van dit 'gepast gebruik' staat in het huidige gezondheidsbeleid (CVZ, 2011) kostenbeheersing van de geestelijke gezondheidszorg met behoud van kwaliteit, toegankelijkheid en nabijheid centraal. De inzet van e-mental health kan bijdragen aan het verhogen van de efficiëntie en het ondersteunen van de behoefte van cliënten aan zelfregie. Tal van studies hebben door middel van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek de klinische en/of kosteneffectiviteit van e-mental health interventies voor alcoholproblematiek (Bewick et al., 2008; Blankers, Koeter & Schippers, 2011; Cunningham, Wild, Cordingley, van Mierlo & Humphreys, 2009; Postel, de Haan, ter Huurne, Becker & de Jong, 2010; Riper et al., 2008), depressie (Kaltenthaler, Parry, Beverley & Ferriter, 2008; Riper, 2011; Robertson, Smith, Castle & Tannenbaum, 2006), burn-out (Lange, van de Ven, Schrieken & Smit, 2003), angst (Hedman et al., 2013) en eetstoornissen aangetoond (Paxton, McLean, Gollings, Faulkner & Wertheim, 2007; Ruwaard & Lange, 2010; Ruwaard et al., 2012). De online en face to face interventies worden tot op heden vaak gescheiden aangeboden. Zowel cliënten als zorgprofessionals benoemen echter steeds vaker de behoefte aan een geïntegreerd aanbod van online en face to face interventies, in de praktijk ook wel *blended care* of *blended behandeling* genoemd.

Het doel van dit artikel is om duidelijk te maken welke kansen en mogelijkheden integratie van online en face to face behandelingen biedt en welke randvoorwaarden nodig zijn om blended behandeling succesvol te maken. De jarenlange praktijk- en onderzoekservaringen met de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl en de pilot-study naar de blended variant zullen hiervoor als uitgangspunt worden gebruikt.

BLENDLED BEHANDELING

Er bestaat tot op heden geen duidelijke definitie van blended behandeling. Wij verstaan onder blended behandeling een geïntegreerd hulpaanbod van zowel online als face to face interventies met als doel de zorg cliëntvriendelijker, kwalitatief beter en doelmatiger te maken. De optimale verhouding online en face to face wordt bepaald op basis van de aard en ernst van de problematiek, de fase van de behandeling, het advies van de zorgprofessional en de mogelijkheden en persoonlijke voorkeuren van de cliënt.

Onderzoek naar blended care interventies laat zien dat er vrijwel altijd sprake is van het additief aanbieden van beide varianten en niet van een geïntegreerd aanbod (Meglic et al., 2010; Meyer et al., 2009; Robertson et al., 2006). Voorwaarde voor het geïntegreerd aanbieden is dat de online en face to face behandeling inhoudelijk en methodisch overeenkomen. Dit betekent dat alleen goed geprotocolleerde behandelingen geschikt zijn om blended aan te bieden. Per behandelonderdeel kan de keuze worden gemaakt of het online of face to face wordt aangeboden.

Toevoeging van online behandelonderdelen aan een face to face behandeling betekent dat de behandelinhoud toegankelijker en flexibeler wordt. De rol van de cliënt wordt veel actiever en zijn persoonlijke, digitale dossier is op ieder gewenst moment, 24 uur per dag, toegankelijk. Het dossier omvat naast praktische informatie vooral op de cliënt afgestemde behandelinhoudelijke informatie zoals psycho-educatie, huiswerkopdrachten en samenvattingen van gesprekken met de hulpverlener. Relevante informatie en huiswerkopdrachten kunnen op het juiste moment online worden aangeboden en thuis in alle rust door de cliënt zelfstandig worden ingevuld of worden nagelezen. Voordeel voor de hulpverlener is dat hij beter zicht krijgt op het proces dat de cliënt doormaakt en eenvoudiger tussentijds contact kan onderhouden met de cliënt. Blended behandeling zorgt er tevens voor dat de hulpverlener in de face to face contacten de behandeltime effectief kan gebruiken en prioriteit kan geven aan taken waarin zijn toegevoegde waarde het grootst is. Dit alles leidt tot een efficiëntere inrichting van het zorgproces en

kan de behandelrelatie en effectiviteit van de behandeling ten goede komen. Een digitaal dossier biedt daarnaast veel kansen voor het efficiënter omgaan met meetmomenten, zowel wat betreft het intake assessment als *routine outcome measurement* (ROM). Een cliënt kan eenvoudig thuis de online vragenlijsten invullen, waardoor alle data digitaal beschikbaar zijn en de hulpverlener tijdens de face to face ontmoeting meer tijd heeft om in te gaan op de ingevulde antwoorden. Toevoeging van online onderdelen aan face to face behandeling is ook kosteneffectief. Cliënten hoeven geen vrij te nemen om hulp te krijgen, ze hoeven de instelling niet voor iedere afspraak te bezoeken, organisaties hebben minder spreekkamers nodig en bij no-show kan een hulpverlener zijn tijd direct nuttig besteden aan een volgende cliënt.

De meerwaarde van het toevoegen van face to face contact aan een online behandeling bestaat allereerst uit verbeterde cliëntvriendelijkheid. Cliënten kunnen het als prettig ervaren de hulpverlener een of enkele keren in *real life* te ontmoeten. Of de effectiviteit van de begeleide online behandeling hierdoor verbetert, is echter de vraag. Uit onderzoek op het gebied van angst en depressie blijkt namelijk dat begeleide online interventies even effectief zijn als face to face interventies (Andersson & Cuijpers, 2009; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008). Toevoeging van face to face contact aan onbegeleide online interventies heeft daarentegen wel meerwaarde, omdat bekend is dat begeleide interventies effectiever zijn dan onbegeleide interventies (Spek et al., 2007). Toevoeging van een face to face contact zal leiden tot een verbeterde therapeutische relatie en afname van drop-out. Drop-out bij online interventies is een groot probleem (Kelders, Kok, Ossebaard & van Gemert-Pijnen, 2012). Een frequentere interactie met een counselor leidt echter tot betere therapietrouw (Kelders et al., 2012). Een face to face contact kan door de hulpverlener worden geïnitieerd om vastlopen of dreigende uitval te doorbreken of voorkomen. Een *real life* ontmoeting biedt meer mogelijkheden om cliënten te stimuleren. Een extra face to face contact kan tevens worden ingezet als aanvullende diagnostiek gewenst is die erg uitgebreid is of waarbij de cliënt gezien dient te worden. Een diagnose kan soms niet of onvoldoende betrouwbaar worden gesteld op basis van een online vragenlijst; het blijft dan bijvoorbeeld onduidelijk of er sprake is van een klinische diagnose of van milde subklinische symptomen. Een face to face diagnostisch consult biedt dan uitkomst.

De meerwaarde van face to face contact als aanvulling op de online interventie wordt zeker niet door alle cliënten als zodanig ervaren, omdat deze toevoeging extra drempels opwerpt: een fysieke drempel wat betreft de toegankelijkheid en een psychologi-

sche drempel wat betreft anonimiteit. De meerwaarde hangt dus samen met de behoeften van de cliënt.

BLENDED BEHANDELING IN DE PRAKTIJK

Er zijn weinig praktijkevaluaties uitgevoerd naar de effecten van blended behandeling op cliënten, hulpverleners en organisaties of naar het proces van integratie van online en face to face behandelingen (Proctor & Connolly, 2010). Mede daarom is Tactus Verslavingszorg begin 2012 gestart met het geïntegreerd aanbieden van onderdelen uit de online behandeling Alcoholdebaas.nl in combinatie met onderdelen uit de reguliere face to face behandeling. Het doel van deze pilotstudy was om de eerste ervaringen met de blended behandeling systematisch te evalueren. Hulpverleners en cliënten werden actief betrokken bij het vormgeven van de blended behandeling.

Na zeven jaar ervaring met de online interventie Alcoholdebaas.nl, bleek er zowel bij cliënten als hulpverleners behoefte te bestaan aan het integreren van online en face to face behandeling. De volledige online behandeling omvat een behandelprogramma waarbij de cliënt via het internet persoonlijke een-op-een begeleiding krijgt van een professionele hulpverlener. De interactie verloopt asynchroon (hulpverlener en cliënt zitten niet gelijktijdig achter de computer) en bestaat uit twee delen: deel 1 is gericht op diagnostiek, educatie en motivatie en deel 2 op gedragsverandering. Er wordt gewerkt met psycho-educatie en huiswerkopdrachten als 'Voor- en nadelen', 'Anders denken' en 'Schrijven van een actieplan'. De behandelmethode is gebaseerd op uitgangspunten uit de cognitieve gedragstherapie (Rietdijk, 2000) en de basisprincipes van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2002).

Alcoholdebaas.nl als volledig online behandeling, dus zonder face to face contact, bleek succesvol in het bereiken van normaal gesproken moeilijk bereikbare probleemdrinkers (Postel, de Haan, ter Huurne, Becker & de Jong, 2011; Postel, de Jong & de Haan, 2005) en effectief in het reduceren van de wekelijkse alcoholconsumptie en het verbeteren van de gezondheid van deelnemers (Postel et al., 2010). Toch werd steeds vaker de wens geuit om de online behandeling te combineren met face to face behandeling. Sommige cliënten gaven aan hun hulpverlener graag een of meerdere keren te willen ontmoeten voor een face to face gesprek, maar niet volledig te willen overstappen naar een face to face behandeling. Ook meldden zich steeds vaker cliënten op een van de Tactuslocaties die, na voorlichting door de intake medewerker, graag snel aan de slag wilden gaan met online behandelonderdelen. Hulpverleners die zowel

online als face to face behandelingen uitvoerden, gaven regelmatig te kennen onderdelen uit de online behandeling in te willen zetten bij hun face to face cliënten. Deze gezamenlijke wensen vormden de aanleiding tot de ontwikkeling van een blended variant van de internetbehandeling.

Om de blended behandeling mogelijk te maken zijn alle face to face behandelonderdelen afgestemd op de online behandelonderdelen. In grote lijn omvatten beide varianten al dezelfde behandelstappen. Echter, de inhoud van beide varianten diende identiek te zijn om daadwerkelijk blended te kunnen behandelen. Methodisch gezien zijn beide behandelvarianten nu identiek, alleen de vorm waarin een specifieke behandelstap wordt aangeboden verschilt: dit kan face to face of online zijn.

¶ *Pilot blended behandeling*

In de pilotstudy werd aan acht hulpverleners gevraagd één of meerdere van hun cliënten blended te behandelen. Alle hulpverleners hadden ervaring met zowel de volledig online behandeling als face to face behandeling. De hulpverleners kregen de vrijheid om in overleg met de cliënten een op de cliënt afgestemde blended behandeling aan te bieden. Tien weken na de start van de pilot zijn alle acht hulpverleners geïnterviewd. Onderwerpen die daarbij aan bod kwamen waren: behandelinhoud, de balans tussen online en face to face, cliëntprofielen en voor- en nadelen. De interviews gaven de navolgende uitkomsten.

¶ *Behandelinhoud*

Uit de interviews bleek allereerst dat hulpverleners het erg prettig vonden dat zij actief werden geraadpleegd bij het vormgeven van de blended behandeling. De behandelinhoud van het online deel bestond voornamelijk uit psycho-educatie, registratie en huiswerkopdrachten, omdat dit snel en nauwkeurig inzicht leverde in de situatie van de cliënten en hun de mogelijkheid bood thuis rustig de informatie na te lezen. Voordeel voor de hulpverlener was dat hij in het face to face contact ruimte overhield om thema's als zingeving of doelen in het leven te bespreken. Hulpverleners gebruikten face to face gesprekken daarnaast voor de kennismaking, afsluiting, gesprekken met andere instanties erbij en om cliënten hun hart te laten luchten.

¶ *Balans online en face to face*

Hulpverleners bleken zoekende naar de juiste balans tussen online en face to face contact en waren soms geneigd onderdelen dubbelop aan te bieden, dus zowel online als face to face. Ze gaven aan behoefte te hebben aan een vooraf, door henzelf of door het intake-

team, vastgestelde verhouding van online en face to face contacten als richtlijn voor het behandeltraject. Een dergelijk kader dwingt hulpverleners volgens eigen zeggen om doelgericht en gefocust met gedragsverandering bezig te zijn. En het maakt voor de cliënt ook direct duidelijk wat hij kan verwachten. De door de hulpverleners beschreven behandeltrajecten konden grofweg worden onderverdeeld in drie varianten, namelijk met een verhouding face to face versus online van respectievelijk 20-80, 50-50 of 80-20. Voor welke variant werd gekozen, werd met name bepaald door de wens van de cliënt en de ernst van de problematiek. Over het algemeen gold: hoe ernstiger de problematiek, hoe meer face to face contacten. Voor zowel hulpverleners als cliënten zou het prettig zijn direct na de intake een afspraak te maken over de beoogde verhouding face to face en online onderdelen. Uiteraard dient er ook dan voldoende flexibiliteit en vrijheid te blijven om binnen de gegeven kaders het behandeltraject af te kunnen stemmen op de individuele behoeften van de cliënt.

¶ Cliëntprofielen

Het cliëntprofiel hangt volgens hulpverleners niet zozeer samen met de ernst van de problematiek, want zowel bij milde als bij zware problematiek kan het voor de cliënt prettig zijn een aantal zeer gestructureerde online behandelstappen te volgen. Blended behandeling kan worden ingezet bij zowel ambulante als deeltijdbehandeling als ook in de kliniek, in de vorm van terugvalpreventie, nazorg of als onderdeel van casemanagement. Blended behandeling lijkt echter (nog) niet voor iedereen geschikt: de inschatting van hulpverleners is dat zo'n 40-65% van hun cliëntpopulatie geschikt is voor een vorm van blended behandeling. Het lijkt niet geschikt voor minder talige cliënten en uiteraard niet voor cliënten zonder computer. Beschikbaarheid van een eigen computer is voorwaarde voor blended behandeling en helaas niet voor alle cliënten binnen de verslavingszorg een vanzelfsprekendheid. Daarnaast is de grote hoeveelheid tekst in het online behandeldeel in de huidige vorm voor bepaalde cliënten te moeilijk. Om de blended behandeling voor meer cliëntniveaus geschikt te maken, zal een eenvoudiger versie moeten worden ontwikkeld, die meer in stukjes is geknipt, alleen korte tekstfragmenten gebruikt en meer gebruikmaakt van beelden en filmpjes.

¶ Voor- en nadelen

Hulpverleners ervaren vooral voordelen van de blended behandeling. Als belangrijkste voordeel werd door alle hulpverleners genoemd dat toevoegen van online elementen aan face to face behandeling zowel de communicatie als de bereikbaarheid verbe-

terde en daardoor de binding met de cliënt. Voordeel van het inzetten van een face to face consult tijdens een online behandeltraject is volgens hulpverleners dat je een cliënt die vastloopt of dreigt af te haken door middel van een real life gesprek makkelijker 'binnenboord' kunt houden. Eén face to face ontmoeting geeft de cliënt vaak voldoende ruimte om twijfels bespreekbaar te maken en eventuele frustraties kwijt te kunnen. Het biedt de hulpverlener de mogelijkheid om hobbels weg te nemen en de weg weer vrij te maken voor het vervolgtraject. Daarnaast werden vooral praktische voordelen genoemd, zoals het gemak van digitale dossiervoering, het voordeel dat cliënten informatie altijd terug kunnen lezen en het snelle inzicht dat de digitale oefeningen en registraties de hulpverlener verschaffen in de situatie van de cliënt. Dit alles komt volgens de hulpverleners de kwaliteit van de hulpverlening ten goede.

De nadelen die hulpverleners noemden, waren vooral praktisch van aard. Een eerste punt van kritiek betrof onnodige dubbele werkzaamheden, doordat de online en face to face procedures onvoldoende op elkaar waren afgestemd. Ten tijde van de pilot werd als basis nog gewerkt vanuit of het online of het face to face behandelprotocol, bijvoorbeeld voor de diagnostiekbespreking. Hierdoor moesten hulpverleners cliënten op twee plekken bespreken. Een ander praktisch punt bleken de werkplekken. Behandelaren werkten meestal op verschillende locaties voor de online en face to face behandelingen, maar dat bleek niet werkbaar bij blended behandelen. Hulpverleners gaven aan dat één locatie, voorzien van alle benodigde (technische) faciliteiten, nodig is. Daarnaast is, ter voorkoming van extra administratie, een koppeling van het dbc-declaratiesysteem aan de online behandeling zeer wenselijk. Hulpverleners noemden verder als aandachtspunt de collega hulpverleners die minder openstaan voor blended behandeling of nog traditionele ideeën hebben over de inzet van technologie. Het is belangrijk om hen actief te betrekken en goed te informeren.

AANDACHTSPUNTEN IMPLEMENTATIE

Op basis van bevindingen uit de literatuur en de praktijkervaring van hulpverleners, kunnen we een aantal aandachtspunten formuleren voor de ontwikkeling en implementatie van blended behandeling.

Een eerste aandachtspunt is het betrekken van alle gebruikers bij het tot stand komen van de nieuwe behandeling in het algemeen en de technologie in het bijzonder: zowel cliënten, hulpverleners als andere relevante stakeholders binnen de organisatie. Dit creëert vertrouwen en commitment, neemt weerstand weg en stimuleert

het gebruik van blended interventies. Behoeften en voorkeuren van cliënten en hulpverleners worden nauwelijks betrokken in de keuze van de technologie (ATOS Consulting, 2012; Inkoopgids GGZ, 2012; Putters, Janssen, Van der Wel & Kelder, 2012), terwijl zij degenen zijn voor wie de technologie wordt ontwikkeld. Zij zijn ook degenen die de meeste relevante input voor de (door)ontwikkeling leveren. Gebruikers worden bij voorkeur betrokken in de verschillende fasen, van analyse in het begin ter verkenning van behoeften, tot de ontwerp- en uiteindelijk de evaluatiefase. Daarbij is het belangrijk dat men zich realiseert dat het omzetten van een face to face behandeling naar een blended behandeling meer is dan het toevoegen van een stukje technologie aan een bestaande behandeling. Het vraagt om een verandering van het zorgproces, waarbij een belangrijke verschuiving ligt in de nieuwe positionering van cliënt en hulpverlener in de digitale wereld. De cliënt neemt een meer centrale rol in en wil ook meer regie over het eigen zorgproces.

Goede implementatie van blended behandeling staat of valt met de wijze van toepassing ervan door professionals in het dagelijkse zorgproces en de inbedding in de visie van de organisatie. Bij sommige zorgprofessionals leeft echter nog steeds hardnekkig het idee dat goede informatieoverdracht en zorg alleen face to face mogelijk zijn. Rationele argumenten en *evidence* uit onderzoek overtuigen hen niet (Flim, 2009). De belangrijkste bedenkingen hebben betrekking op mogelijke problemen rondom het ontwikkelen van een goede therapeutische relatie tussen cliënt en hulpverlener. Volgens sommige zorgprofessionals wordt de ontwikkeling van een goede therapeutische relatie bemoeilijkt of zelfs onmogelijk gemaakt door het ontbreken van non-verbale aspecten zoals gezichtsuitdrukkingen en oogcontact, het gebrek aan vertrouwen tussen cliënt en hulpverlener (Mora, Nevid & Chaplin, 2008; Tanrikulu, 2009) en het minder kunnen tonen van empathie (Tanrikulu, 2009). Er zijn echter diverse studies bekend waaruit blijkt dat het mogelijk is om via online behandeling een goede therapeutische relatie op te bouwen met de cliënt, vergelijkbaar met of zelfs beter dan de therapeutische relatie in face to face behandeling (Cook & Doyle, 2002; Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2003). Naar de kwaliteit van de therapeutische relatie specifiek bij blended behandeling is voor zover bekend geen onderzoek gedaan, maar het lijkt aannemelijk dat de combinatie van online en face to face contact eveneens zal leiden tot een goede, en wellicht zelfs betere, therapeutische relatie.

Om de soms stevig verankerde weerstand weg te nemen is een cultuuromslag nodig bij zowel de zorgprofessionals als de organisatie. Hiervoor kan gebruikgemaakt worden van de *early adopters*: de hulpverleners die enthousiast en positief zijn over online interventies en daar al ervaring mee hebben opgedaan. Zij vervullen een

motiverende en voorbeeldrol voor de andere hulpverleners in de organisatie. Positieve ervaringen van directe collega's werken het meest overtuigend. Om implementatie te laten slagen is het daarom raadzaam om een blended behandelteam samen te stellen met één of meerdere enthousiasmerende kartrekkers. Het is daarbij belangrijk dat er voor de blended behandeling duidelijke eigen werkafspraken en -processen komen binnen de organisatie. Ook dient er voldoende tijd en ruimte te zijn voor het trainen en coachen van de nieuwe, blended hulpverleners. Eigen ervaringen met online behandelonderdelen overtuigen het sterkst. Blended behandeling biedt goede gelegenheid voor een stapsgewijze kennismaking. Hulpverleners kunnen klein beginnen, met bijvoorbeeld alleen het gebruik van een digitale registratiemodule of online psycho-educatie. Dat zal hopelijk leiden tot een eerste positieve ervaring en het wegnemen van een stukje weerstand, waarna de inzet van online behandelonderdelen kan worden uitgebreid.

Een laatste uitdaging is het zorgen voor echte integratie van online en face to face onderdelen. Blended behandeling dient geen optelsom te worden van online en face to face behandeling in twee varianten, zoals in de beschikbare eerdere studies meestal het geval is. Het streven is naar een mix van beide en daardoor een mooie aanvulling op elkaar. Uit een recent afstudeeronderzoek bleek dat blended behandeling bij angststoornissen en verslaving 22% meer contacten in totaal nodig had en 25% langer duurde dan face to face behandeling (Niamat, 2011). Ondanks dat de effectiviteit, gemeten met verandering in de Global Assessment of Functioning scale (Hall, 1995), ook meer verbeterde (126%), past uitbreiding van behandeling niet bij het huidige streven naar kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Een duidelijk kader dat aangeeft welke onderdelen online en welke face to face worden aangeboden, is blijkbaar nodig. En daarnaast moet er toezicht zijn op het naleven van het blended behandelprotocol.

CONCLUSIE

Kunnen we nu concluderen dat integratie van online en face to face behandeling zorgt voor optimalisatie van behandeling? Ja, blended behandeling lijkt het beste uit twee werelden bijeen te brengen: het persoonlijke element uit de face to face behandeling en het flexibele en toegankelijke uit de online behandeling. Daarnaast heeft de geprotocolleerde, gestructureerde online behandeling als voordeel dat de behandelinhoud minder afhankelijk wordt van de therapeut. Oefeningen, informatie, psycho-educatie en registratieopdrachten worden gestuurd door de online behandeling en er is veel minder

gelegenheid om daarvan af te wijken. Dit levert een verrijking en kwaliteitsverbetering op voor de zorg, waarvan naast de hulpverlener vooral de cliënt profiteert. Hij krijgt een *evidence-based* behandeling aangeboden, beter maatwerk en meer regie over zijn behandeltraject. Blended behandeling leidt tot een efficiëntere inrichting van werkprocessen, die aansluit bij de behoeften van zowel cliënt als hulpverlener, met behoud van persoonlijk contact.

Uiteraard is meer onderzoek nodig naar blended behandelingen. Dit onderzoek dient zich te richten op het identificeren van de cliëntenpopulatie die het meeste baat heeft bij blended behandeling, en op de optimale balans tussen online en face to face componenten voor de verschillende cliëntpopulaties. Ook dient inzicht te worden verkregen in de effectiviteit van blended behandeling, het percentage uitvallers en kenmerken van deze uitvallers.

Blended behandeling heeft volgens ons toekomst. Het sluit aan bij de verschuiving in de zorg en de mondiger wordende cliënt die zelf meer regie wil in zijn behandelproces. Het is daarbij een uitdaging om een goed geïntegreerd aanbod samen te stellen. We hopen daarom dat de pilotbevindingen en aandachtspunten voor implementatie handvatten bieden voor instellingen die bezig zijn of binnenkort aan de slag gaan met het ontwerp en de implementatie van blended behandeling.

DR. MARLOES POSTEL is verbonden aan de Universiteit Twente, vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie, en aan Tactus Verslavingszorg, afdeling Internetbehandelingen, Enschede.

DR. MARJON WITTING en DR. LISETTE VAN GEMERT-PIJNEN zijn eveneens verbonden aan de Universiteit Twente, vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie.

Referenties

- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196-205.
- ATOS Consulting (2012). *De GGZ sector in 2020*. Via: www.atosconsulting.nl/papers
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services* 26, 109-160.
- Bewick, B.M., Trusler, K., Barkham, M., Hill, A.J., Cahill, J. & Mulhern, B. (2008). The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption: A systematic review. *Preventive Medicine*, 47, 17-26.
- Blankers, M., Koeter, M.W.J. & Schippers, G.M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 330-341.

- Cook, J.E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *Cyberpsychology & Behavior*, 5, 95-105.
- Cunningham, J.A., Wild, T.C., Cordingley, J., van Mierlo, T. & Humphreys, K. (2009). A randomized controlled trial of an internet-based intervention for alcohol abusers. *Addiction*, 104, 2023-2032.
- CVZ (2011). *Convenant gepast gebruik van zorg*. Via: http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rubriek+het+cvz/convenant-gepast-gebruik.pdf
- Flim, C. (2009). *Zorg op afstand, het perspectief van de zorgprofessional in de langdurige zorg*. Den Haag: Nictiz.
- Hall, R.C. (1995). Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*, 36, 267-275.
- Hedman, E., Andersson, E., Lindefors, N., Andersson, G., Ruck, C. & Ljots-son, B. (2013). Cost-effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychological Medicine*, 43, 363-374.
- Kalenthaler, E., Parry, G., Beverley, C. & Ferriter, M. (2008). Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193, 181-184. Erratum in: *British Journal of Psychiatry* (2008), 193, 346.
- Kelders, S.M., Kok, R.N., Ossebaard, H.C. & van Gemert-Pijnen, J.E. (2012). Persuasive system design does matter: A systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 14, e152.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled clinical trial. *Bmc Psychiatry*, 7, 13.
- Lange, A., van de Ven, J.P., Schrieken, B. & Smit, M. (2003). Interapy burn-out: Preventie en behandeling van burn-out via internet (Interapy: Prevention and treatment of chronic stress through the internet). *Di-rectieve Therapie*, 23, 121-145.
- Meglic, M., Furlan, M., Kuzmanic, M., Kozel, D., Baraga, D., Kuhar, I., ... Brodnik, A. (2010). Feasibility of an eHealth service to support collaborative depression care: Results of a pilot study. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e63.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C.G., Andersson, G. & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11, e15.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change*. New York: The Guilford Press.
- Mora, L., Nevid, J. & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24, 3052-3062.
- Niamat, S.C. (2011). *Impact of e-mental health: A quantitative analysis* (Master thesis Business Mathematics and Informatics). Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Paxton, S.J., McLean, S.A., Gollings, E.K., Faulkner, C. & Wertheim, E.H. (2007). Comparison of face-to-face and internet interventions for body image and eating problems in adult women: An RCT. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 692-704.
- Postel, M.G., de Haan, H.A., ter Huurne, E.D., Becker, E.S. & de Jong, C.A.J. (2010). Effectiveness of a web-based intervention for problem drinkers and reasons for dropout: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e68.
- Postel, M.G., de Haan, H.A., ter Huurne, E.D., Becker, E.S. & de Jong, C.A.J. (2011). Characteristics of problem drinkers in e-therapy versus face-to-face treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37, 537-542.
- Postel, M.G., de Jong, C.A.J. & de Haan, H.A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2393.

- Proctor, D. & Connolly, J.M. (2010). Optimising treatment: Integrating web-based and face-to-face interventions. *Drug and Alcohol Review*, 29(Supplement s1), 14.
- Putters, K., Janssen, M., van der Wel, T. & Kelder, M. (2012). *E-health: face-to-facebook. Over e-health en zelfredzaamheid van patiënten in de GGZ*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Rietdijk, E. (2000). *Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij verslaving: Een review van de empirische evidentie*. Amsterdam: Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR).
- Riper, H. (2011). Online preventie en kortdurende behandeling van depressie: Haalbaar, schaalbaar en effectief? *Bijblijven*, 27, 24-37.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G. & Cuijpers, P. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: A pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103, 218-227.
- Robertson, L., Smith, M., Castle, D. & Tannenbaum, D. (2006). Using the internet to enhance the treatment of depression. *Australasian Psychiatry*, 14, 413-417.
- Ruwaard, J. & Lange, A. (2010). Boulimie online overwinnen: Resultaten van een gecontroleerd onderzoek. *Directieve Therapie*, 30, 17-34.
- Ruwaard, J., Lange, A., Broeksteeg, J., Renteria Agirre, A., Schrieken, B., Dolan, C.V. & Emmelkamp, P. (2012). Online cognitive behavioral treatment of bulimic symptoms: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 308-318. doi:10.1002/cpp.1767
- Spek, V., Cuijpers, P., Nykicsek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.
- Tanrikulu, I. (2009). Counselors-in-training students' attitudes towards online counseling. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 1, 785-788.
- van Rijen, A.J.G., de Lint, M.W. & Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-health*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Zorgverzekeraars Nederland (2012). *Inkoopgids GGZ 2012. Kwaliteitsinformatie voor de zorginkoop*. Via: <http://zn.s2b-demo.nl/concept/beleidsthemas/inkoopgidsen-ggz/>