

# De toepassing van psychotherapeutische behandeling via beeldbellen

David Kamp, Guido Machielsen, Jim van Os

Sinds de ‘COVID-19-maatregelen’ in heel Nederland zijn aangenomen en de term anderhalve-metersamenleving nu al kans maakt op “woord van het jaar”, is een groot deel van het land overgegaan op thuiswerken. Ook velen van u zijn tijdens deze periode aangewezen op het (voor een deel) werken vanuit huis. De fysieke wachtkamer is vervangen door een digitale en behandelaren moeten zich in korte tijd beeldbelprogramma’s eigen zien te maken. Met name voor de poliklinieken is het begrip ‘ambulante zorg’ nooit eerder zo treffend geweest als nu. De impact is minstens zo groot voor de hier behandelde patiënten. De psychotherapie die zij in de vertrouwde behandelkamer kregen, wordt ingewisseld voor een beeldscherm vanuit de eigen huiskamer. Voor sommigen een opluchting, voor anderen een enorm gemis.

De uitkomsten van onderzoek naar online behandelmethoden en e-health is niet eerder zo relevant geweest als vandaag de dag. Weinigen van ons hadden verwacht het in zo’n rap tempo, vaak binnen een paar weken, te moeten toepassen én beheersen. Onder online behandelmethoden valt onder andere het werken met e-healthmodules. Het werken met e-healthmodules is in veel zorginstellingen inmiddels dagelijkse praktijk. Zo zijn er modules voor cognitieve gedragstherapie, mindfulness en schematherapie. Daarnaast bestaan er opties tot berichten verzenden en beeldbellen met ondersteuning van deze programma’s. E-health wordt ook regelmatig toegepast in het kader van *blended* behandeling. Postel, Witting en Van Gemert-Pijnen (2013) omschrijven blended behandeling als een ‘geïntegreerd hulpaanbod van zowel online als face-to-face interventies met als doel de zorg cliëntvriendelijker, kwalitatief beter en doelmatiger te maken’. E-health zou dus wat moeten toevoegen aan de ‘reguliere’ face-to-face psychotherapie. Dit zou het doel dienen te zijn, maar in hoeverre wordt dit doel ook behaald? Wordt de zorg inderdaad cliëntvriendelijker, kwalitatief beter en doelmatiger? Het korte antwoord op deze vraag: de wetenschap is er nog niet uit.

---

**D. Kamp** is promovendus bij het UMC Utrecht Hersencentrum en psycholoog i.o. tot gz-psycholoog bij Psychiatrie Rivierland te Tiel.

---

**G. Machielsen** is klinisch psycholoog en psychotherapeut bij PHI Eindhoven, hoofddocent gzo-opleiding V&O Rotterdam en psychotherapeut in eigen praktijk. **E-mail** ■ g.machielsen@hetnet.nl

---

**J. van Os** is hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie en Publieke ggz en voorzitter van de divisie Hersenen van het UMC Utrecht.

Ook de wereld van het wetenschappelijk onderzoek is zich hier bewust van gezien de enorme groei aan onderzoek naar online behandeling en e-healthinterventies. Tot 2010 worden er 2440 resultaten gevonden met de zoekterm ‘*e-health psychology*’. In de periode 2010-heden is dit al gestegen tot 16.100. In 2020 alleen komt men al op ruim 1200 hits uit. Onderzoek naar e-health is *booming*, maar er is weinig bekend over in hoeverre het behandelen aanspreekt. In reeds de tweede week van de coronacrisis besloten wij dit exploratief onderzoek uit te voeren om een begin te maken aan het verkennen van het perspectief van behandelaren.

Naast de toename in onderzoek naar e-health wordt e-health in de klinische praktijk ook regelmatig toegepast. Waar is deze ontwikkeling door ingegeven? Voorafgaand aan ons onderzoek leek er namelijk door weinig collega’s gesproken te worden over (volledige) online behandeling. Uiteraard zijn wij ons ervan bewust dat er praktijken zijn die zich hier, al dan niet exclusief, mee bezig houden. Een prominente rol lijkt een dergelijk behandel-aanbod echter niet te spelen in Nederland. Onze hypothese is dat de meeste behandelaren niet op volledig online behandelen zitten te wachten. Patiëntengroepen geven signalen in dezelfde richting af, zij missen het echte menselijk contact en de ervaren verbinding. Zowel behandelaren als patiënten maken zich dus zorgen. Dit bleek ook uit een artikel van *NRC* met de pakkende titel ‘Nieuwe patiënten mijden de ggz, bestaande patiënten vallen soms buiten de boot’ (Kuiper & Van der Poel, 2020). Vanwaar komt dan toch die roep om online behandelingen, als deze niet vanuit de patiënten en behandelaren komt? Ruwaard (2014) deed onderzoek naar het beleid omtrent e-health. Hij kwam tot de conclusie dat met name zorgverzekeraars en overheidsinstanties de meerwaarde van online behandelen zien, en deze ontwikkeling in een stroomversnelling proberen te brengen. Hij maakt in zijn artikel de treffende vergelijking tussen de *trials* van een medicijn in de farmaceutische industrie en de gang van zaken met nieuwe toepassingen in de geestelijke gezondheidszorg. Waar in de farmaceutische industrie meerdere stadia doorlopen dienen te worden alvorens men op mensen met een nieuw medicijn mag gaan testen, lijken er in de psychologische zorg minder specifieke spelregels te bestaan. In de psychologische zorg voeren we *eerst* in en gaan we *daarna* pas uitzoeken *of en hoe* het werkt. De aanname is dat wanneer de behandeling face-to-face effectief blijkt, het ook online zou moeten werken. Een behandeling die aangemerkt wordt als evidence-based, zou online toegepast nog steeds evidence-based zijn, zo lijkt impliciet de aanname. Toch is hier amper evidentie voor en bestaat een behandeling uit vele facetten. Een veel gebruikt onderscheid zijn de specifieke en de gedeelde factoren. Uit het geringe aantal vergelijkende onderzoeken blijkt dat de techniek (specifieke factor) mogelijk even effectief is bij online en face-to-face behandeling (Carlbring e.a., 2017). Voor aspecten zoals de therapeutische relatie (gedeelde factor) is de evidentie vooralsnog twijfelachtig en is meer onderzoek nodig (Berger, 2016). Floortje Scheepers, hoogleraar Innovatie in de ggz, stelde in april van dit jaar in *Zorgvisie* dat de coronacrisis wat dat betreft de ‘ggz een lesje in bescheidenheid geeft’ (Scheepers, 2020). Er kan volgens haar niet gesteld worden dat beeldbellen beter is dan face-to-face contact, of andersom. Er dient voor iedere patiënt individueel bekeken te worden wat de beste behandeloptie is. Dit is wat volgens ons dan ook meer raakt aan het oorspronkelijke gedachtegoed van evidence-based behandelen (Sackett e.a., 1997) dan één en dezelfde evidence-based behandeling op alle patiënten toepassen; evidentie op groepsniveau is secundair aan de behandeldoelen,

voorkeuren en waarden van de patiënt. De praktijk is echter dat de patiënt zich regelmatig dient te schikken naar de behandeling die de betreffende instelling aanbiedt. De behandelpraktijk is daarmee niet vraaggestuurd maar aanbodgestuurd. Ons voorstel is om dus, net als Scheepers oppert, samen met de patiënt tot een passende behandeling te komen (Van Os & Kamp, 2019).

We lijken nu aan het begin van een tijdperk te staan waarin er meer ruimte komt voor online behandelen. De vraag die in verband hiermee werd gesteld is: in hoeverre zijn therapeuten enthousiast over deze transitie? Ondanks deze twijfel blijft de drang naar het invoeren van online behandelingen onverminderd sterk. Dit lijkt vooral gestuurd te zijn vanuit financiële prikkels. In het verleden stimuleerden zorgverzekeraars zelfs de invoering en toepassing van e-health bij ggz-instellingen met financiële prikkels. Het zou tijd besparen en zodoende wachtlijsten kunnen inkorten, zodat meer mensen gezien konden worden. Dat zorgverzekeraars en het ministerie van vws enthousiast zijn is vastgesteld, maar vaak blijkt in de praktijk dat transities gedragen moeten worden door de uitvoerders van het beleid. Om te onderzoeken hoe psychologen psychotherapeutische behandeling via beeldbellen ervaren, hebben wij in dit exploratieve onderzoek een representatieve groep psychologen uit allerlei werksettings gevraagd naar hun bevindingen. Hierbij vroegen wij hen onder andere naar hun ervaring met beeldbellen, hun attitude ten opzicht van beeldbellen en of zij de intentie hadden het in de toekomst vaker te gaan gebruiken. In dit onderzoek hebben we een duidelijk onderscheid gemaakt in vragen die zich richtten op klachtgerichte benadering en een meer cliëntgerichte benadering. De volgende stellingen waren hier kenmerkend voor.

- De therapeutische relatie via beeldbellen is van dezelfde kwaliteit als in een face-to-face gesprek.
- De psychologische behandelingen waarbij met name het werken vanuit de therapeutische relatie van belang is, komen minder goed uit de verf bij beeldbellen.
- Beeldbellen werkt met name goed bij een klachtgerichte benadering waarbij de therapeutische relatie minder op de voorgrond staat.
- De toegepaste behandeltechnieken (*exposure*, EMDR, et cetera) zijn via beeldbellen even goed toe te passen als in een face-to-face gesprek.

We hebben ons uitsluitend gericht op het perspectief van de therapeut. Daarnaast hebben wij gekeken naar wat zich afspeelt gedurende de behandelsessie. Wat zich afspeelt buiten de behandelsessies hebben wij buiten beschouwing gelaten, denk daarbij aan factoren als reistijd of het wachten in een wachtkamer. Tot slot is het van belang te weten dat het onderzoek zich alleen heeft gericht op de ervaringen met beeldbellen in therapeutische behandelsessies. Telefonische consulten en e-healthbehandelvormen, zoals e-healthmodules via patiëntportalen, zijn niet meegenomen in dit onderzoek. De gehele vragenlijst is toegevoegd als bijlage 1.

De vragenlijst omvat 15 vragen die verschillende aspecten van beeldbellen beslaan. Daarnaast was er voor respondenten de mogelijkheid om opmerkingen en suggesties achter te laten. De initiële steekproef bestond uit 618 respondenten. Omdat wij ons enkel wilden richten op het perspectief van psychologen met minimaal een universitair diploma in de psychologie, zijn er 23 respondenten geëxcludeerd. Tevens zijn er drie klinisch neuropsych-

chologen geëxcludeerd van de steekproef, gezien de beperkte representativiteit voor deze beroepsgroep. Gezien het geringe aantal psychologen i.o. tot psychotherapeut (5), hebben wij deze respondenten vanwege methodologische redenen onder de groep psycholoog i.o. tot gz-psycholoog geschaard. De resterende 592 respondenten zijn onderverdeeld in zes subgroepen, te weten: masterpsycholoog, psycholoog i.o. tot gezondheidszorgpsycholoog (PioG), gezondheidszorgpsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog i.o. tot specialist (GioS), klinisch psycholoog/psychotherapeut en psychotherapeuten. Zie tabel 1 voor verdere details van de steekproef.

**Tabel 1 Samenstelling van de steekproef**

Beroep	Aantal	Afgeronde percentage van de steekproef	Gemiddelde leeftijd	Man-vrouwverdeling in percentages
Masterpsycholoog	170	28,72%	33	22/78
Psycholoog i.o. tot gz-psycholoog	64	10,81%	32	17/83
Gz-psycholoog	149	25,17%	42	16/84
Gz-psycholoog i.o. tot specialist	31	5,24%	40	23/77
Klinisch psycholoog/ psychotherapeut	115	19,43%	47	18/82
Psychotherapeut	63	10,64%	48	29/71
Totaal	592	100	40	20/80

Het grootste deel van de respondenten is werkzaam in de specialistische ggz (55 procent). Een kleiner deel is werkzaam in de generalistische basis-ggz (23 procent) en een derde groep in beide (13 procent). De overige 9 procent van de respondenten was tevens of uitsluitend werkzaam in andere werkgebieden zoals de ouderenzorg, jeugdzorg, forensische sector of revalidatie.

De therapeuten die deelnamen aan ons onderzoek zijn voorzichtig positief over beeldbellen maar vinden het desondanks *second best*. Face-to-face contact blijft de voorkeur genieten onder 86 procent van de respondenten. Voor een intakegesprek geeft 55 procent van de respondenten aan beeldbellen alleen geschikt te vinden wanneer er echt geen andere mogelijkheid is, 41 procent vindt het wel een goede optie. Bij een crisiscontact vindt 57 procent beeldbellen geschikt wanneer er geen andere optie is, terwijl slechts 21 procent het echt als goede optie ziet. Uit de resultaten blijkt dat dit samenhangt met hoe positief behandelaren überhaupt over beeldbellen zijn. Respondenten die positief zijn over beeldbellen, vinden dat het over het algemeen ook geschikt is om te gebruiken voor een intake en in mindere mate ook voor crisiscontacten. Het omgekeerde is ook waar, degenen die negatief zijn over beeldbellen zien beeldbellen niet als een adequate oplossing voor zowel intake als crisiscontact. Voorts blijkt dat hoe bekwaamer behandelaren zich voelen in beeldbellen, hoe positiever zij zijn over het gebruik ervan. Opvallend is dat slechts 1 procent van de respondenten de voorkeur geeft aan beeldbellen en 86 procent aan face-to-face contact. Dit heeft belangrijke implicaties voor de toekomst van beeldbellen in psychologische behandelingen. Zelfs wanneer blijkt dat effectiviteit net zo hoog is als bij face-to-face contact, lijken behandelaren er simpelweg niet op zitten te wachten. Juist dat gegeven,

in het kader van *therapist allegiance*, hetgeen – vrij vertaald – inhoudt in hoeverre een therapeut achter zijn behandelmethodes staat en hoeveel vertrouwen hij erin heeft (Dragioti e.a., 2015), zou ervoor kunnen zorgen dat dezelfde effectiviteit niet behaald wordt. De respondenten zijn dan ook redelijk sceptisch zowel over het werken met de therapeutische relatie via beeldbellen, als over de toepasbaarheid van technieken als EMDR en *exposure* door middel van beeldbellen. Wel denken zij dat klachtgerichte behandelingen beter uit de verf komen dan behandelingen waarbij de therapeutische relatie meer op de voorgrond staat. Wanneer men positief is over het gebruik van beeldbellen, vindt men tegelijkertijd dat zowel specifieke behandeltechnieken als de therapeutische relatie goed uit de verf komen. Een verdere analyse werd uitgevoerd naar verschillen tussen de zes in de vragenlijst onderscheiden psychologische beroepsgroepen en naar wat hen met name enthousiasmeert in beeldbellen. Psychotherapeuten en gz-psychologen zijn positiever over beeldbellen wanneer zij ervaren dat de therapeutische relatie via beeldbellen van dezelfde kwaliteit is als bij face-to-face contact. Ten opzichte van de andere groepen vinden met name klinisch psychologen/psychotherapeuten en psychotherapeuten die positiever zijn over beeldbellen, dat zij de behandeltechnieken goed kunnen toepassen via beeldbellen. Ervaren bekwaamheid met beeldbellen speelt hier geen rol in. Wel speelt ervaren bekwaamheid in het algemeen een rol in hoe positief men is over beeldbellen. Als men zich bekwaam acht, is men positiever over beeldbellen. Dit verband is echter niet sterk en de groepen verschillen hier niet in. Als men zich bekwaam acht, vindt men dat de psychologische behandeling waarbij de therapeutische relatie op de voorgrond staat, met beeldbellen beter uit de verf komt. Voor een klachtgerichte behandeling geldt het omgekeerde, hier is bekwaamheid juist negatief geassocieerd met de geschiktheid van beeldbellen voor behandelingen. Respondenten lijken bekwaamheid in het kader van beeldbellen dus vooral te associëren met het kunnen werken met de therapeutische relatie. Toch lijkt er wat betreft de gebruikte technieken voor veel mensen wat te missen, gezien het gegeven dat 68 procent van de respondenten aangeeft bepaalde behandelmethoden niet meer te (kunnen) gebruiken via beeldbellen. Er worden geen verschillen tussen de beroepsgroepen geobserveerd in ervaren bekwaamheid. Voorts blijkt dat, in vergelijking met de groep psychologen, klinisch psychologen/psychotherapeuten en psychotherapeuten negatiever zijn over beeldbellen naarmate dit medium geschikter wordt geacht voor een klachtgerichte behandeling. Dit lijkt een bijzondere bevinding maar kan worden verklaard. Klinisch psychologen en psychotherapeuten worden relatief vaker geconfronteerd met patiënten met complexe problematiek, waarbij zij een behandeling die klachtgericht is niet als afdoende ervaren. Daarbij past het gegeven dat hoe positiever deze twee beroepsgroepen zijn over beeldbellen, des te meer zij vinden dat de therapeutische relatie van dezelfde kwaliteit is als in een face-to-face contact. In de mate waarin men positief is over beeldbellen zijn er geen verschillen tussen de beroepsgroepen. Echter, voor gz-psychologen, in vergelijking met de psychologen, bepaalt de mate van positiviteit ten opzichte van beeldbellen wel of zij voornemens zijn beeldbellen meer toe te passen in de toekomst. Hoe positiever gz-psychologen zijn over beeldbellen, des te groter de kans is dat zij het in de toekomst meer gaan toepassen. Zij zijn tevens positiever over beeldbellen wanneer ze het idee hebben dat ze de therapeutische relatie van dezelfde kwaliteit is als in face-to-face contacten. De positiviteit ten opzichte van beeldbellen is bij klinisch psychologen/psychotherapeuten en psychotherapeuten, ten

opzichte van de groep van psychologen, vooral te verklaren doordat zij vinden dat specifieke technieken goed toegepast kunnen worden via beeldbellen.

Om uit te vragen wat men als voordelen en nadelen ervaart tijdens beeldbellen, hebben wij voor voordelen en nadelen ieder negen antwoordmogelijkheden gegeven in onze vragenlijst, met een optie om zelf andere voor- of nadelen te beschrijven. Wat opvalt is dat er door de 592 respondenten in totaal ruim 1300 keer een voordeel werd gerapporteerd. Er werd bijna tweemaal zo vaak een nadeel gerapporteerd, namelijk 2400 keer. Vooral gz-psychologen, klinisch psychologen/psychotherapeuten en psychotherapeuten rapporteren minder voordelen. Er zijn geen verschillen tussen de beroepsgroepen in het rapporteren van nadelen.

De respondenten konden een toelichting geven op de vragen, 135 mensen hebben hier gebruik van gemaakt. Uit de opmerkingen en suggesties kan worden opgemaakt dat de snelle en massale invoering van beeldbellen als overrompelend werd ervaren. Het 'noodgedwongen huwelijk' dat sommigen bij beeldbellen ervaren, heeft velen aan het denken gezet. Het heeft anderen ook geïnspireerd de (on)mogelijkheden van beeldbellen echt te gaan onderzoeken. Beeldbellen wordt door velen beschouwd als goede noodoplossing indien face-to-face niet mogelijk is door onvoorziene omstandigheden (zoals de COVID-19-crisis). Hierdoor kan continuïteit in de behandeling worden gewaarborgd. Een aantal respondenten schat in dat de huidige mate van beeldbellen van tijdelijke aard is.

De keuze voor beeldbellen zou zoveel mogelijk in overleg met, en met goedkeuring van, de patiënt moeten worden gemaakt. Indien deze keuze niet aansluit bij de behoefte van de patiënt, de patiënt niet gemotiveerd is, of beeldbellen als hinderlijk obstakel wordt ervaren, kan dit een probleem vormen voor de behandeling. Deugdelijk materiaal – ook aan de kant van de patiënt – en een goede, stabiele en beveiligde internetverbinding, scherp beeld en geluid, zijn noodzakelijke voorwaarden om het moreel van de behandelaar voor beeldbellen hoog te houden. Veel respondenten melden na een dag beeldbellen last te hebben van mentale en/of fysieke vermoeidheidsverschijnselen. Een aantal van hen verwacht dat deze klachten zullen afnemen naarmate er gewinning aan beeldbellen is opgetreden en de technische randvoorwaarden geoptimaliseerd zijn.

In een lopende behandeling zijn al face-to-face contacten geweest. De behandelaar heeft zich al een beeld kunnen vormen van de patiënt. Hij heeft kennisgemaakt met iemands gezichtsuitdrukkingen en lichaamstaal en kan deze representatie meenemen bij het beeldbellen en hierdoor de patiënt beter inschatten. Het starten van een nieuwe behandeling geheel via beeldbellen wordt door velen als onwenselijk ervaren. De behandelaar kent zijn patiënt enkel via een beeldscherm. Zoals uit de resultaten al bleek, geven verreweg de meeste mensen de voorkeur aan face-to-face contacten. Voor een kleine groep zijn beeldbellen en face-to-face contacten gelijk. Uit de opmerkingen blijkt verder dat velen mogelijkheden zien voor een combinatie van beide opties, bestaande uit face-to-face aangevuld met beeldbelafspraken. Er lijkt nu meer bereidheid te zijn om over beeldbellen na te denken dan voor de COVID-19-maatregelen. Een aantal respondenten ervaart een volledige beeldbelbehandeling als minder effectief. De drempel om beeldbellen te gebruiken is echter wel verlaagd, waardoor anderen aangeven er vanaf nu gemakkelijker gebruik van te zullen maken. Behandelaren vragen zich in grote getale af welke patiëntencategorieën wel of niet bediend kunnen worden met beeldbellen en welke behandeltechnieken zich voor

beeldbellen wel of niet lenen. Het scholingsaanbod op het gebied van online behandeling wordt als helpend ervaren. Velen hebben webinars gevolgd om zich meer vertrouwd te maken met beeldbellen. Echter, sommigen ervaren de webinars als eenzijdig, weinig kritisch en dwingend-positief en voelen een taboe om nog enig tegengeluid te laten horen tegen online behandelen.

Een aantal respondenten geeft aan dat dit onderzoek voor hen mogelijk te vroeg is uitgevoerd omdat ze geen of nauwelijks ervaring hebben met beeldbellen. Ze sluiten niet uit dat na een periode van gewenning en ervaring opdoen, en zonder de stress die het coronabeleid en de overrompelende invoering gaf, een aantal vragen anders, en met minder slagen om de arm, worden beantwoord. 'Ik kan er later waarschijnlijk meer over zeggen' is een veel gelezen reactie. Wanneer de maatregelen omtrent de COVID-19-pandemie af zijn genomen, zullen wij deze vragenlijst nogmaals uitzetten met als doel het perspectief van therapeuten te evalueren wanneer er meer bekendheid en gewenning is met de methode.

---

## Discussie

Dit exploratief onderzoek hebben wij uitgezet in de tweede week van de coronacrisis. Wij hebben ervoor gekozen om dit onderzoek zo snel mogelijk uit te zetten om de eerste ervaringen van psychologen te polsen. Deze ervaringen kunnen later gebruikt worden in vergelijkingsonderzoek. Wij zijn dankbaar dat zo veel collega's de moeite hebben genomen om onze vragenlijst te beantwoorden en opmerkingen achter te laten.

Velen van ons zijn inmiddels meer vertrouwd met beeldbellen. Gewenning aan deze manier van werken kan wellicht bijdragen aan ervaren bekwaamheid. Ervaren bekwaamheid draagt vervolgens weer bij aan een positieve attitude ten opzichte van beeldbellen. Wat wij niet expliciet hebben onderzocht is of dit ook bijdraagt aan de behandel-effectiviteit, hetgeen ons zeer relevant lijkt voor toekomstig onderzoek naar beeldbellen.

Ondanks de verschillen tussen beroepsgroepen zijn zij het ook over veel zaken eens. Het lijkt ons daarom nuttig als psychologen samen optrekken om een visie te ontwikkelen waarin zowel patiënten als psychologen zich kunnen vinden. Hoewel wij ons in dit onderzoek specifiek richtten op het perspectief van de therapeuten, zijn de patiënten een cruciale schakel in dit proces. Zij zijn immers de ontvangers van de therapie, de therapie dient dan ook zo goed mogelijk op hen te worden afgestemd. Op moment van schrijven (tiende week van de coronamaatregelen) is het nog onduidelijk hoe lang de COVID-19-maatregelen standhouden, al openen veel praktijken alweer voorzichtig de deuren. Het is echter niet uitgesloten dat dergelijke maatregelen in de toekomst wederom nodig zijn, al dan niet om een andere reden. Wij willen verder onderzoek naar beeldbellen aanmoedigen. Er is met name onderzoek nodig naar de invloed van beeldbellen op de therapeutische relatie. Hierover is onvoldoende bekend. Een ander belangrijk aspect is of de eerder genoemde *therapist allegiance* van invloed is op de behandel-effectiviteit van psychotherapeutische behandeling die via beeldbellen wordt gegeven. Zo uitte gz-psycholoog Michiel Linssen onlangs op LinkedIn zijn verwondering over de lofzang omtrent beeldbellen. Hij vindt het een 'slap aftreksel van de werkelijkheid'. Anderen zijn juist lyrisch en

volgen ijverig webinars. Wanneer een therapeut zich niet kan vinden in deze manier van therapie geven, is de behandel-effectiviteit mogelijk lager.

Daarnaast is het van belang de verwarring omtrent het begrip evidence-based op te helderen. Soms ontstaat het vermoeden dat evidence-based behandelen inhoudt dat men een strak protocol aanhoudt dat wetenschappelijk getest is. Dit kan een onderdeel zijn van evidence-based behandelen maar is geen gouden standaard. Dergelijke modellen zijn namelijk gebaseerd op gemiddelden en houden geen rekening met individuele variatie. Evidence-based behandelen omvat dan ook het afstemmen op de individuele patiënt met zijn eigen wensen, behoeften en behandeldoelen. Toekomstig onderzoek zal zich dus niet enkel moeten richten op de evidence-based behandeltechniek, maar ook op het therapeutisch handelen zelf, waaronder het afstemmen op de patiënt valt. Een kant-en-klare behandeling heeft een net zo grote kans goed aan te sluiten bij de behoeften van de patiënt als de kans dat een DSM-diagnose de patiënt adequaat beschrijft. Zowel kant-en-klare behandelingen als DSM-diagnoses zijn gebaseerd op de gemiddelde en gestandaardiseerde patiënt. De gemiddelde patiënt bestaat echter niet, wat betekent dat er voor iedere individuele patiënt een weloverwogen beslissing genomen dient te worden (Van Os, 2014). Dit vraagt om flexibiliteit en creativiteit van de clinicus.

Online behandelen via beeldbellen heeft dus zo zijn voor- en nadelen. Het is een alternatief in tijden waarin face-to-face contact beperkt wordt. Er is echter nog veel te ontdekken omtrent werkzaamheid en tevredenheid van zowel patiënt als therapeut. De COVID-19-maatregelen hebben er wellicht voor gezorgd dat wij als psychologen ons extra bewust zijn geworden van het belang hiervan.

Wij nodigen u van harte uit om te reageren op deze forumbijdrage en om suggesties te geven voor vervolgonderzoek (David Kamp: [dkamp@psychiatrierivierenland.nl](mailto:dkamp@psychiatrierivierenland.nl))

---

## LITERATUUR

- Berger, T. (2016). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research, 27*, 511-524.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerhof, E. (2017). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*, 1-18.
- Dragioti, E., Dimoliatis, I., Fountoulakis, K.N., & Evangelou, E. (2015). A systematic appraisal of allegiance effect in randomized controlled trials of psychotherapy. *Annals of General Psychiatry, 14*, 25.
- Kuiper, M., & Poel, R. van der (2020). Nieuwe patiënten mijden de ggz, bestaande patiënten vallen soms buiten de boot, *NRC.nl*. Verkregen via <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/04/28/nieuwe-patienten-mijden-de-ggz-bestaande-patienten-vallen-soms-buiten-de-boot-a3998136>
- Os, J. van (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Os, J. van & Kamp, D. (2019). Putting the psychotherapy spotlight back on the self-reflecting actors who make it work. *World Psychiatry, 18*, 292-293.



- Postel, M., Witting, M., & Gemert-Pijnen, L. van (2013). Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. *Directieve Therapie*, 33, 210-221.
- Ruwaard, J.J. (2014). Wild West in de e-health: eerst invoeren, dan pas valideren. *Kind & Adolescent Praktijk*, 13, 24-26.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (1997). *Evidence-based medicine. How to practice and teach*. New York: Churchill Livingstone.
- Scheepers, F. (2020). Coronacrisis geeft ook ggz een lesje in bescheidenheid, *Zorgvisie*. Verkregen via <https://www.zorgvisie.nl/coronacrisis-geeft-ook-ggz-een-lesje-in-bescheidenheid/>

---

# Bijlage 1      Vragenlijst

## Ervaringen psychologen met behandeling via beeldbellen

Door de coronacrisis is de gezondheidszorg ertoe gedwongen om beeldbellen snel in te voeren. Dit is een exploratief onderzoek naar de ervaringen van psychologen met beeldbellen in een individuele psychologische behandeling. Belangrijk om te weten is dat er in deze vragenlijst enkel geïnformeerd wordt naar beeldbellen en niet naar telefonische consulten. Deze vragenlijst gaat enkel over het perspectief van de psycholoog. De intentie is om de resultaten te publiceren in een (online) vaktijdschrift. Eventuele toelichtingen en suggesties zijn van harte welkom en kunt u bij de laatste vraag noteren. Het invullen van deze vragenlijst over beeldbellen kost ca. 5 minuten van uw tijd.

Alvast dank voor het invullen!

David Kamp & Guido Machielsen

### 1. Wat is uw leeftijd

[getal]

### 2. Geslacht

- Vrouw
- Man
- Anders
- Zeg ik liever niet

### 3. Wat is uw beroep?

- Masterpsycholoog
- Psycholoog i.o. tot gz-psycholoog (PioG)
- Gz-psycholoog
- Gz-psycholoog i.o. tot Specialist (GIOS)
- Klinisch psycholoog/psychotherapeut
- Psychotherapeut
- Klinisch neuropsycholoog
- Anders, namelijk:

### 4. Werksetting (meerder opties mogelijk)

- GB-ggz
- S-ggz
- GB-ggz & S-ggz
- Psychologen Algemene Ziekenhuizen
- Arbeid & Organisatie
- Forensische psychologie

- Revalidatie
- Seksuologie
- Jeugdzorg
- Verslavingszorg
- Ouderenpsychologie
- Neuropsychologie
- Gehandicaptenzorg
- Anders, namelijk:

**5. Had u voordat beeldbellen werd ingesteld eerdere ervaring met het geven van psychologische behandeling via beeldbellen?**

10-punts-likertschaal, 1 = Helemaal geen ervaring, 10 = Heel veel ervaring

**6. Hoe positief bent u over het geven van psychologische behandeling via beeldbellen?**

10-punts-likertschaal, 1 = Helemaal niet positief, 10 = Heel erg positief

**7. De therapeutische relatie via beeldbellen is van dezelfde kwaliteit als in een face-to-face gesprek**

10-punts-likertschaal, 1 = Helemaal mee oneens, 10 = helemaal mee eens

**8. De toegepaste behandeltechnieken (exposure, EMDR, etc.) zijn via beeldbellen even goed toe te passen als in een face-to-face gesprek**

10-punts-likertschaal, 1 = Helemaal mee oneens, 10 = helemaal mee eens

**9. Beeldbellen werkt met name goed bij een klachtgerichte benadering waarbij de therapeutische relatie minder op de voorgrond staat**

10-punts-likertschaal, 1 = Helemaal mee oneens, 10 = helemaal mee eens

**10. De psychologische behandelingen waarbij met name het werken vanuit de therapeutische relatie van belang is, komen minder goed uit de verf bij beeldbellen**

10-punts-likertschaal, 1 = Helemaal mee oneens, 10 = helemaal mee eens

**11. Mijn psychologische behandelcontacten die voorheen face-to-face waren en nu in beeldbellen zijn veranderd en duren over het algemeen:**

10-punts-likertschaal, 1 = Heel veel korter, 10 = Heel veel langer

**12. Er zijn behandelvormen die ik via beeldbellen niet meer geef/kan geven**

- Ja
- Nee

**13. Ik voel mij voldoende bekwaam om psychologische behandeling via beeldbellen te geven**

- Ja
- Nee

**14. Een aantal voordelen van psychologische behandeling voor mij als therapeut via beeldbellen t.o.v. face-to-face gesprekken (ongeacht de fase van de behandeling) zijn:**

- Het is mogelijk de patiënt in zijn eigen leefomgeving te zien
- Patiënten zijn opener in wat zij delen
- Ik voel me bij sommige patiënten prettiger/veiliger wanneer we beeldbellen
- Bij beeldbellen durf ik directer/directiever te zijn naar de patiënt
- Bij beeldbellen lukt het beter om bij mezelf te blijven waardoor ik effectiever ben als therapeut
- Wanneer ieder in zijn eigen omgeving is vergroot dit de gelijkwaardigheid tussen therapeut en patiënt (de patiënt is niet bij de therapeut op bezoek)
- Het is makkelijker om patiënt verantwoordelijk te laten zijn voor zijn eigen proces
- Bij beeldbellen wordt een groter appèl gedaan op de patiënt wat de zelfredzaamheid vergroot
- De sessies duren korter waardoor ik meer tijd overhoud voor goede dossiervoering
- Anders, namelijk:

**15. Een aantal nadelen van psychologische behandeling voor mij als therapeut via beeldbellen t.o.v. face-to-face gesprekken (ongeacht de fase van de behandeling) zijn:**

- De internetverbinding kan onbetrouwbaar zijn
- Ik kan de lichaamstaal van patiënt niet goed waarnemen
- Patiënten zijn minder open in wat zij delen
- Geen zekerheid dat anderen niet meekijken of meeluisteren, wat afdoet aan de ervaren veiligheid van mij als therapeut
- Patiënt is mentaal minder aanwezig in de sessie vanwege het verblijven in de thuissituatie
- Het is lastiger voor mij als therapeut om mee te leven en empathisch te zijn
- Er is vaker sprake van hinderlijke misverstanden in de communicatie
- Het behandelcontact is minder dynamisch, niet alle informatie kan worden uitgewisseld
- Ik kan geen gebruik maken van de fysieke ruimte van de therapiekamer
- Anders, namelijk:

**16. Beeldbellen is ook een goede optie voor het voeren van een intake**

- Ja
- Nee
- Alleen als het echt niet anders kan

**17. Beeldbellen is ook een goede optie voor het hebben van een crisiscontact**

- Ja
- Nee
- Alleen als het echt niet anders kan

**18. Dankzij deze ervaring overweeg ik om in de toekomst meer psychologische behandeling via beeldbellen te gaan geven**

10-punts-likertschaal, 1 = Helemaal niet, 10 = Ja, heel veel meer

**19. Mijn voorkeur gaat uit naar:**

- Face-to-face gesprekken
- Beeldbellen
- Face-to-face gesprekken en beeldbellen zijn voor mij gelijk

**20. Overige opmerkingen en suggesties voor psychologische behandeling via beeldbellen**