E-health bij kinderen met een angststoornis: gezamenlijk aan de slag!

Maaike Nauta, Rozemarijn Vos

SAMENVATTING

Computers en internet zijn niet meer weg te denken uit de maatschappij en hebben ook hun intrek genomen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Zeker voor kinderen en jongeren, die opgroeien met allerlei digitale toepassingen en veel online zijn, ligt het voor de hand om gebruik te maken van deze mogelijkheden. Voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren zijn de eerste studies verschenen waaruit blijkt dat *e-health* een effectieve behandeling kan zijn, vooral wanneer gezinnen zelf op zoek zijn gegaan naar onlinebehandeling, bijvoorbeeld wanneer reguliere ggz niet bereikbaar of niet beschikbaar is. Er bestaan verschillende vormen van e-healthprogramma's voor verschillende doelgroepen. In deze bijdrage worden vier van deze programma's voor kinderen met angststoornissen beschreven en wordt besproken hoe de rol van de behandelaar wordt ingevuld bij het begeleiden van een cd-rombehandeling, bij pure e-mailfeedback en bij blended behandeling, een mix van online- en face-to-facecontact. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen op welke manier e-health het best kan worden ingezet in de ggz om zo effectief mogelijke zorg te verlenen.

Trefwoorden: angststoornissen, kinderen, e-health, cognitieve gedragstherapie

Inleiding

E-health in de jeugdhulp is sterk in ontwikkeling en kent vele vormen, variërend van het gebruik van een cd-rom als ondersteuning van een behandeling, het gebruik van e-mailcontact tussen behandelaar en kind, tot grote onlinebehandelprogramma's met geïntegreerde feedback. Ook voor kinderen met angststoornissen is het afgelopen decennium ervaring opgedaan met de ontwikkeling en uitvoering van e-healthtoepassingen. In een recente meta-analyse werden dertien gecontroleerde studies naar de effectiviteit van e-healthbehandelingen bij jeugdigen met angst- en stemmingsklachten samengevat (Ebert et al., 2015). De conclusie luidt dat deze behandelingen effectief zijn in het verminderen van symptomen en dat ze een veelbelovend alternatief zijn wanneer face-to-facebehandelingen niet beschikbaar zijn. In deze meta-analyse werden voor angststoornissen drie e-healthbehandelingen opgeno-

men die zijn onderzocht op effectiviteit. De therapeutondersteuning varieerde van contact via e-mail (BRAVE uit Australië; Spence, Holmes, March, & Lipp, 2006), telefonisch contact (naast de cd-rom *Cool Teens* uit Australië; Wuthrich et al., 2012), tot een combinatie van een cd-rom met face-to-facecontacten (cd-rom *Camp Cope-A-Lot* uit de Verenigde Staten; Khanna & Kendall, 2008). Een recente ontwikkeling is het zogenaamde blended werken, waarbij een kind in een programma werkt op een onlineplatform, regelmatig onlinefeedback in het programma krijgt en tevens face-to-faceafspraken heeft, afgestemd op de behoeften van het gezin. Een voorbeeld hiervan is het Nederlandse Blended Dappere Kat (Nauta, Vet, & Kendall, 2012).
Hoe zien deze verschillende e-healthbehandelingen eruit? Wat wordt verwacht van de behandelaars en wat zijn de ervaringen tot nu toe? In deze bijdrage beschrijven we de genoemde programma's om een beeld te geven van de mogelijkheden en valkuilen van digitale behandeltoepassingen voor kinderen met angststoornissen.

BRAVE: een onlineprogramma met ondersteuning via e-mail

BRAVE is ontwikkeld als face-to-facebehandeling van een angststoornis bij kinderen en jongeren en werd omgezet naar een online-interventie (http://www.brave-online.com; Spence et al., 2006). Er zijn aparte programma's voor kinderen (7-12 jaar) en jongeren (12-18 jaar) beschikbaar. Het programma bevat tien modules van ieder zestig minuten voor het kind en zes modules van zestig minuten voor de ouders. Ouders wordt aangeraden om alle kindmodules ook zelf te bekijken. Het onlineprogramma geeft informatie over angststoornissen, met veel video-ondersteuning, puzzels en spelletjes. Het programma is ontwikkeld om gezinnen te bereiken voor wie de reisafstand naar de reguliere zorg te groot is. Er is dan ook geen face-to-facecontact tussen de BRAVE-trainer en het gezin, noch voor de intake, noch voor de behandeling. De trainer heeft iedere week een kort e-mailcontact met het gezin. Voorafgaand aan de behandeling vindt een telefonische kennismaking plaats en halverwege worden telefonisch de stappen in de angsthiërarchie doorgesproken. De behandelaar is in dit geval een trainer, die zich vooral richt op het motiveren van het kind om door te werken in het programma.

De effectiviteit van BRAVE-online werd onderzocht in twee gerandomiseerde studies. Het programma bleek effectiever dan een wachtlijst in het verminderen van angstklachten en -stoornissen voor zowel kinderen (March, Spence, & Donovan, 2009) als jongeren (Spence et al., 2011). In de studie met kinderen (n = 73) bleken deze bij de geplande nameting vaak nog niet klaar met alle onlinemodules en was de onlinebehandeling op dat moment minder effectief dan wat doorgaans wordt gevonden bij een face-to-facebehandeling met vaste wekelijkse zittingen. Bij de follow-up hadden alle kinderen de behandeling daadwerkelijk afgerond en waren de effecten van de onlinebehandeling in de orde van grootte van wat doorgaans wordt gevonden bij face-to-facebehandelingen (March et al., 2009). In de studie onder jongeren werd de onlinetraining direct vergeleken met een behandeling die geheel face to face verliep. Er werden geen significante verschillen gevonden in de effectiviteit van deze behandelingen. De ouders – niet de kinderen – waren ondanks de vergelijkbare effectiviteit iets meer tevreden over de face-to-facebehandeling.

Cool Teens: een cd-rom met telefonische ondersteuning

Het programma Cool Teens is bedoeld voor adolescenten die te ver weg wonen van de reguliere zorg (Wuthrich et al., 2012). De jongeren krijgen na een telefonische intake een cd-rom toegestuurd, waarop acht modules staan. Iedere module duurt dertig minuten en de jongere dient iedere week één module af te ronden. De nadruk ligt op het uitvragen en uitdagen van gedachten en op stapsgewijze exposure. De modules zijn aantrekkelijk gemaakt door gebruik te maken van illustraties, audiofragmenten, stripverhaaltjes en videofragmenten. In de video's laten andere adolescenten zien wat voor angsten ze hebben en hoe ze de vaardigheden toepassen. Elke week neemt de therapeut telefonisch contact op om de voortgang kort door te nemen. De nadruk ligt op motiveren om te werken in het programma en op meedenken over manieren waarop de jongere de geleerde vaardigheden kan toepassen in het eigen leven. Met de ouders vindt er driemaal telefonisch contact plaats.

Cool Teens bleek effectiever dan een wachtlijst (n = 43; Wuthrich et al., 2012). Het programma werd positief ontvangen door kinderen en ouders: het werd aantrekkelijk gevonden en 22 van de 24 jongeren vonden dat de therapeut voldoende tijd vrijmaakte (92%). Als grootste nadeel werd genoemd dat het soms moeilijk was om tijd te vinden om aan de slag te gaan. Hoewel het programma effectiever was dan een wachtlijst, leken de effecten wel kleiner dan in studies waarbij sprake is van een reguliere face-to-facebehandeling.

Camp Cope-A-Lot: een cd-rom met ondersteuning door een coach

Bij Camp Cope-A-Lot krijgen de kinderen (7-12 jaar; http://www.cope-a-lot.com; Khanna & Kendall, 2008) na een reguliere face-to-facefase van kennismaking en diagnostiek een cd-rom mee naar huis, waarmee ze oefeningen kunnen doen. De inhoud van de cd-rom is gebaseerd op het Dappere Kat-programma (Kendall & Hedtke, 2006). De kinderen kunnen twaalf levels halen: in zes levels leren ze een aantal vaardigheden om met angst om te gaan en daarna volgen zes levels met praktische exposureoefeningen. Ieder level duurt dertig tot veertig minuten. De cd-rom volgt een kind, Charlie, dat op kamp gaat. Charlie komt veel uitdagingen tegen, zoals kennismaken met anderen, zwemmen in een rivier en optreden tijdens een bonte avond. De kinderen op het kamp verschillen in wat ze spannend vinden en hoe angstig ze zijn. Er worden voorbeelden gegeven van hun angstige gedachten en van helpende gedachten, en van manieren waarop je om kan gaan met angst. De deelnemer vult ook zijn of haar eigen angstige gevoelens, gedachten en gedrag in. Samen met de behandelaar wordt een angsthiërarchie gemaakt op een totempaal. Er zijn filmpjes waarin verschillende kinderen exposureoefeningen voordoen in verschillende situaties. Het programma benadrukt dat je ook veel plezier kan hebben als je dingen doet die spannend of nieuw zijn. In het programma zitten beloningen ingebouwd: het kind kan een onlinespel spelen als het een level heeft gehaald. Voor ouders zijn er twee aparte oudersessies.

De behandelaar wordt bij Camp Cope-A-Lot 'coach' genoemd. De eerste zes levels kan het kind zelfstandig halen, bij de zes levels met exposureoefeningen is de coach actief aanwezig. De coach helpt bij het opstellen van de angsthiërarchie en het organiseren en uitvoeren van

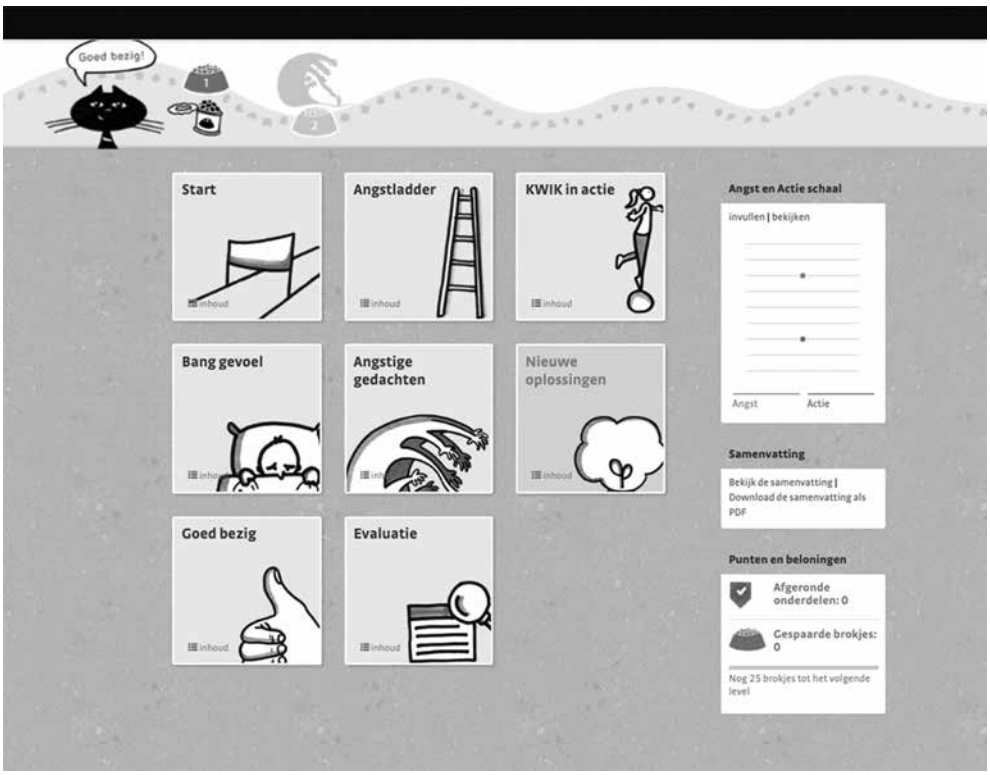
de exposureoefeningen. De coach motiveert om het programma te volgen en oefeningen te doen; hij is niet zozeer diegene die de behandellijn uitzet en bewaakt, of individuele aanpassingen doorvoert. Het kan dus iemand zijn die niet uitgebreid geschoold is in cognitieve gedragstherapie (cgt), bijvoorbeeld een schoolbegeleider. Er is een handleiding beschikbaar voor de coach. Camp Cope-A-Lot werd ontwikkeld om de verspreiding van cgt te vergemakkelijken, waardoor meer kinderen toegang zouden kunnen krijgen tot goede zorg. De structuur van het programma zorgt ervoor dat kinderen ten minste de belangrijkste ingrediënten van de behandeling aangeboden krijgen.

Er werd een studie gedaan naar de uitvoerbaarheid van het programma en een studie met 49 kinderen met een angststoornis (7-12 jaar), waarin het Camp Cope-A-Lotprogramma werd vergeleken met een individuele geprotocolleerde behandeling en met een controlegroep (behandeling via de computer met steun, psycho-educatie en spelletjes, maar zonder cgt-elementen; Khanna & Kendall, 2010). Er werd gebruik gemaakt van relatief onervaren therapeuten. De actieve behandelingen waren effectiever dan de controlegroep in het verminderen van symptomen en diagnoses (Khanna & Kendall, 2008). Bovendien bleek de therapeutische relatie voor beide cgt-behandelingen positief te zijn beoordeeld. De adherentie aan Camp Cope-A-Lot bleek hoog, zelfs hoger dan bij de individuele therapie die een behandelprotocol volgde (Kendall, Khanna, Edson, Cummings, & Harris, 2011).

Blended Dappere Kat: een mix van online-interventies met face-to-facecontact

Bij een blended behandeling is sprake van een combinatie van face-to-facecontacten en het werken in een onlinebehandelprogramma met onlinefeedback door de behandelaar. Blended Dappere Kat is net als Camp Cope-A-Lot een bewerking van Dappere Kat (Kendall & Hedtke, 2006; Nauta, Vet, & Kendall, 2012). De ruggengraat van het programma is de angsthiërarchie met de exposureoefeningen. Daarnaast leren de kinderen een aantal 'trucs' om met angst om te gaan, zoals helpende gedachten inzetten, ontspanningsoefeningen en oplossingen bedenken (zie ook: http://www.dapperekat-online.nl). In de loop van de behandeling worden de 'trukendozen' gevuld met die trucs die het kind hebben geholpen. Het kind kan zo zijn verzameling gebruiken bij het voorbereiden van een nieuwe oefening, door een (aantal) truc(s) aan te klikken uit zijn doos. Door te werken in het programma spaart het kind voor beloningen die met zijn ouders zijn afgesproken. Het programma maakt deel uit van een groter onlineplatform: Jouw Omgeving (figuur 1). Het kind kan op dit platform onder andere berichten sturen aan zijn behandelaar, zijn afspraken inkijken en vragenlijsten invullen.

Anders dan de andere drie beschreven programma's is Blended Dappere Kat niet gemaakt voor gezinnen die zelf op zoek zijn gegaan naar een onlinebehandeling, maar voor gezinnen die zijn aangemeld in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz). Kinderen in de reguliere ggz zijn vaak anders dan kinderen die direct worden geworven voor deelname aan een (online)studie. Zo is er vaker sprake van (externaliserende) comorbiditeit (Southam-Gerow, Weisz, & Kendall, 2003). Wellicht is het in de ggz dan ook belangrijk te werken met een be-



FIGUUR 1. Blended Dappere Kat.

Bron: Jouw Omgeving bv.

handelaar die de behandeling kan afstemmen op het gezin. Blended behandelen combineert idealiter de voordelen van face-to-facecontact met de voordelen van online werken: er is gelegenheid om in het directe behandelcontact een goede relatie op te bouwen, samen te oefenen en aandacht te hebben voor comorbide problematiek, terwijl het kind op momenten die hem schikken en op zijn eigen plek verder kan werken aan de behandeling. Anders dan bij een cd-rom aan de hand waarvan thuis wordt gewerkt, kan de behandelaar de voortgang goed in de gaten houden en kan het kind regelmatiger direct feedback krijgen op de stappen die het zet. Daarnaast is een verschil dat het onlineprogramma flexibel is en het kind zelf enige regie heeft over welke onderdelen het wanneer inzet in zijn behandeling.

In Blended Dappere Kat vindt de eerste behandelafspraak altijd plaats op de polikliniek. Hierna kan het kind aan de slag gaan in het programma en krijgt het via onlineberichten feedback op de opdrachten die het uitvoert. Vervolgens vindt er weer een gesprek op de polikliniek plaats. Dan stellen het kind, de ouders en de behandelaar gezamenlijk een angstladder op en legt de behandelaar de principes van exposure uit. Daarna kan het kind verder werken met behulp van het programma en thuis gaan oefenen. Met ondersteuning van directe onlinefeedback van de therapeut gaat het kind aan de slag met het leren van de trucs en het doen van exposureoefeningen. Het kind kan zelf bepalen met welke stap op de ladder het wanneer wil oefenen. Zo nodig kunnen er extra afspraken worden ingepland met de be-

handelaar, telefonisch of face to face, bijvoorbeeld om samen exposureoefeningen te doen of om even persoonlijk contact te hebben over hoe het gaat. Voor sommige kinderen werkt dat prettiger. Doorgaans zal ongeveer de helft van de zittingen face to face plaatsvinden, maar dit kan per gezin worden bepaald.

Blended behandelen is een nieuwe ontwikkeling die opgang maakt in de ggz, maar waarnaar nog vrijwel geen onderzoek is gedaan. Naar de effectiviteit van Blended Dappere Kat wordt momenteel een onderzoek afgerond, waarin dit programma in een open studie wordt vergeleken met de effectiviteit van een reguliere face-to-facebehandeling, die in een eerdere studie werd onderzocht (Hogendoorn et al., 2013). We vermelden hier alvast wat een focusgroep met acht behandelaars, die ieder een aantal blended behandelingen hadden uitgevoerd bij Accare, een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie, rapporteerde. Als positieve punten worden genoemd dat het programma aantrekkelijk en uitnodigend is om aan de slag te gaan; de kinderen vinden het leuk om in de Angst-en-Actiegrafiek te zien hoe het beloop is van hun eigen doelen: worden ze minder bang in vijf situaties die ze zelf aangaven als doelgedragingen en zoeken ze die situaties meer op? Ouders vertellen dat zij blij zijn dat Blended Dappere Kat minder reistijd kost en dat hun kind minder uren op school mist. Behandelaars voelen zich door het onlineprogramma geholpen om de rode draad in de behandeling vast te houden en steeds weer terug te komen op het oefenen van de stappen van de angstladder. De tussentijdse feedback wordt gewaardeerd door de kinderen en de ouders, evenals de vrijheid om in eigen tempo te werken. Er worden ook nadelen genoemd. Zo merken de behandelaars dat sommige kinderen niet regelmatig inloggen. Er zijn kinderen die vergeten dat ze moeten inloggen, maar de vrijheid biedt ook meer ruimte voor uitstel- en vermijdingsgedrag: achter de computer zijn ook veel leukere dingen te doen dan in het behandelprogramma te werken. Voor kinderen kan het ook moeilijk zijn om zelf te gaan oefenen met dingen die ze al lange tijd uit de weg zijn gegaan. Dit punt is eerder ook genoemd in onderzoek van de cd-romprogramma's. Kinderen geven aan dat het oefenen samen met de behandelaar beter lukt. Behandelaars merken op dat bij uitstelgedrag het eigenlijke momentum waarop de hulpvraag sterk is, voorbijgaat en dat het lastig kan zijn om daarna de draad weer op te pakken. Deze vertraging lijkt op de verlenging van de therapieduur die eerder werd beschreven bij het BRAVE-programma. Als oplossing stellen de behandelaars van Blended Dappere Kat voor om vaste momenten af te spreken waarop het kind in het programma werkt, gevolgd door vaste momenten van feedback en regelmatig telefonisch of face-to-facecontact. Dit alles in goed overleg met de ouders. Ook valt op dat exposure thuis vaak lastig te organiseren is door het kind en de ouders. Wellicht is het toch beter om de exposureoefeningen voor een belangrijk deel face to face of telefonisch te begeleiden, zoals ook gebruikelijk is bij Camp Cope-A-Lot. BRAVE heeft ook een variant waarbij alleen het leren van de vaardigheden online wordt geoefend en het exposuredeel in groepszittingen wordt uitgevoerd (Spence et al., 2006). Het gaat hier om een behandeling die een stevige structuur biedt, waarbij groepszittingen met meerdere gezinnen worden afgewisseld met onlinethuiswerk. Tot slot, zoals ook beschreven in overzichtsartikelen over e-health, kwam in de focusgroep met behandelaars naar voren dat (ook kleine) technische problemen een groot obstakel kunnen vormen en leiden tot frustratie en demotivatie, zowel bij behandelaars als bij ouders en kinderen. Het is belangrijk deze waar mogelijk te voorkomen en anders onmiddellijk op te lossen, waarbij snel en regelmatig communiceren over de stand van zaken van groot belang is.

Conclusie

Al met al lijkt het online behandelen een mooie aanvulling op het reguliere aanbod van face-to-facecontacten. E-health lijkt belangrijke voordelen te bieden: therapie bereikt kinderen die normaal moeilijk naar een instelling komen en/of kinderen hoeven minder onder schooltijd naar de instelling; de structuur van een onlinebehandelprogramma zorgt voor een rode draad voor de behandelaar en zorgt ervoor dat de kinderen in ieder geval de belangrijkste elementen van behandeling volgen; e-health kan ertoe bijdragen om effectieve behandelingen te verspreiden. De rol van behandelaar varieert per interventie: van een coach of trainer die het kind aanmoedigt en activeert om in het programma te werken, tot een flexibele behandelaar die de oefenmogelijkheden in de instelling slim combineert met online werken en telefonisch contact, afgestemd op het gezin. Maar het gaat niet vanzelf. De nieuwe manier van werken vergt stevige samenwerking, met zelfstandigheid van de kinderen, een goede structuur en betrokkenheid van de ouders, en flexibiliteit en discipline van behandelaars. Als het kind of de ouders te veel achteroverleunen of de behandelaar zich te passief opstelt, is dit direct merkbaar aan de voortgang. Het lijkt dus van belang om de vorm van de blended behandeling regelmatig te evalueren en de mate van structuur tijdig aan te passen aan de behoeften van het kind en de ouders. Toekomstige onderzoeken en ervaringen zullen moeten uitwijzen wat de meest effectieve vorm is om e-health in de jeugdhulp vorm te geven.

Literatuur

Ebert, D.D., Zarski, A., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PloS ONE*, *10*(3), e0119895. doi:10.1371/journal.pone.0119895

Hogendoorn, S.M., Prins, P.J.M., Boer, F., Vervoort, L., Wolters, L.H., Moorlag, H., ... De Haan, E. (2014). Mediators of cognitive behavioral therapy for anxiety-disordered children and adolescents: Cognition, perceived control, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *43*, 486-500. doi:10.1080/15374416.2013.807736

Kendall, P.C., & Hedtke, K. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual* (3rd ed.). Ardmore, PA: Workbook.

Kendall, P.C., Khanna, M.S., Edson, A., Cummings, C., & Harris, M.S. (2011). Computers and psychosocial treatment for child anxiety: Recent advances and ongoing efforts. *Depression and Anxiety*, *28*, 58-66. doi:10.1002/da.20757

Khanna, M.S., & Kendall, P.C. (2008). Computer-assisted CBT for child anxiety: The coping cat CD-ROM. *Cognitive And Behavioral Practice*, *15*, 159-165. doi:10.1016/j.cbpra.2008.02.002

Khanna, M.S., & Kendall, P.C. (2010). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 737-745. doi:10.1037/a0019739

March, S., Spence, S.H., & Donovan, C.L. (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, *34*, 474-487. doi:10.1093/jpepsy/jsn099

Nauta, M.H., Vet, L.J.J., & Kendall, P.C. (2012). *Dappere Kat, de blended e-health versie*. Groningen: Expertisecentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Geraadpleegd via http://www.dapperekat-online.nl

Southam-Gerow, M.A., Weisz, J.R., & Kendall, P.C. (2003). Youth with anxiety disorders in research and service clinics: Examining client differences and similarities. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *32*, 375-385. doi:10.1207/S15374424JCCP3203_06

Spence, S.H., Donovan, C.L., March, S. Gamble, A., Anderson, R.E., Prosser, S., & Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*, 629-642. doi:10.1037/a0024512

Spence, S.H., Holmes, J.M., March, S., & Lipp, O.V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus Internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 614-621. doi:10.1037/0022-006X.74.3.614

Wuthrich, V.M., Rapee, R.M., Cunningham, M.J., Lyneham, H.J., Hudson, J.L., & Schniering, C.A. (2012). A randomized controlled trial of the Cool Teens CD-ROM computerized program for adolescent anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*, 261-270. doi:10.1016/j.jaac.2011.12.002

Summary

E-health for children with anxiety disorders: a joint effort!

Computers and the Internet have undeniably become an essential part of society and have also found their way to mental health care facilities. It makes sense to use these online opportunities especially in children and adolescents, who grow up with these digital applications and spend much time online. In the treatment of anxiety disorders in youth, first studies have shown that e-health interventions can be effective, especially when families themselves subscribed to such an online intervention, for instance when regular mental health care was not accessible or not available. There are various forms of e-health programs for different target groups. In this article, four of these programs are described for children with anxiety disorders. Moreover, we discuss how the role of the therapist needs to be tailored to the different approaches, like in supporting the use of a CD-ROM, in purely providing feedback via e-mail, or combining face-to-face treatment with online feedback in blended care. Future research will show how e-health can best be used in mental health to provide the most effective care possible.

Keywords: anxiety disorders, children, e-health, cognitive behavioural therapy

Personalia

Dr. Maaike Nauta werkt als universitair hoofddocent bij de faculteit Gedrags- & Maatschappijwetenschappen, basiseenheid Klinische Psychologie & Experimentele Psychopathologie van de Rijksuniversiteit Groningen en tevens als gezondheidszorgpsycholoog bij Accare, kinder- en jeugdpsychiatrie, in Groningen.

Drs. Rozemarijn Vos werkt als gezondheidszorgpsycholoog bij Accare, kinder- en jeugdpsychiatrie, in Smilde en Groningen.