

Digitale tools in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg: kansen en uitdagingen

Nele Stinckens, Claude Missiaen, Tom Van Daele

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2020, 50(3), 179-189 |

Inleiding

De maatschappij digitaliseert in snel tempo. Onze levens spelen zich steeds meer online af, virtuele relaties bestaan naast reële relaties, technologische toepassingen vergezellen bijna vanzelfsprekend ons doen en laten. Ook de manier waarop cliënten zorg ervaren en hulpverleners zorg verstrekken, evolueert. Waringa en Ribbers (2018) wijzen op vier belangrijke trends: (1) de digitalisering van de zorginformatie waardoor logistieke processen zoals planning, betaling, beheer en uitwisseling van zorginformatie efficiënt kunnen worden ondersteund, (2) het ontstaan van de (zelfstandige) zorgconsument die beter geïnformeerd is en op een proactieve manier het eigen zorgproces mee aanstuurt, (3) nieuwe vormen van zorgverlening, zoals zorg op afstand, blended therapie, anonieme hulpverlening en online lotgenotencontact, die leiden tot een groter zorgaanbod en in bepaalde gevallen tot betere en doelmatigere zorg, en (4) meer mogelijkheden voor zelfzorg, zoals wearables en apps die ons eenvoudig in staat stellen om ons functioneren en onze levensstijl in kaart te brengen en zo nodig bij te sturen. Terwijl technologiegebruik in de somatische zorg al langer ingebed was, verliep de implementatie in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) tot voor kort erg moeizaam.

COVID-19 zorgde echter voor een versnelling van de digitalisering van de ggz. Noodgedwongen deed een grote groep hulpverleners voor het eerst beroep op digitale technologie, zoals beeldbeltools en e-mental healthtoepassingen. Hoewel een terugkeer naar de traditionele face-to-facehulpverlening ongetwijfeld zal plaatsvinden, wordt toch verwacht dat deze pandemie voor een kantelpunt zal zorgen en dat deze technologie meer ingeburgerd zal raken in de ggz (Wind, Rijkeboer, Andersson, & Riper, 2020). Ondertussen werden concrete aanbevelingen geformuleerd hoe het digitaal potentieel internationaal maximaal te benutten (Van Daele, Karekla, et al., 2020).

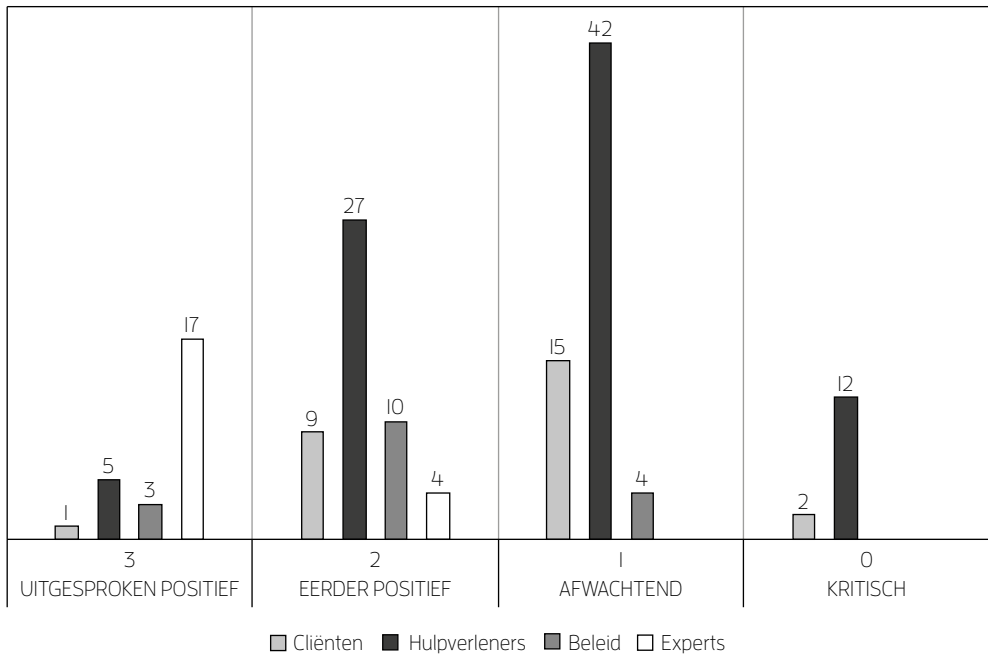
Vanuit Quality in Treatment (QIT; <https://www.qit-online.com>), de organisatie waarvan de eerste twee auteurs deel uitmaken, is men al langer bezig met deze thematiek. QIT

beschouwt het als zijn missie om het ambacht van psychologische hulpverlening te verbinden met innovatieve technologie. In 2015 werd een digitaal platform ontwikkeld om therapietrajecten online te monitoren en de systematische feedback van cliënten als instrument in te zetten om de kwaliteit van de hulpverlening te verhogen. Dit digitaal platform werd recent uitgebreid met een elektronisch patiëntendossier en in de nabije toekomst zullen hieraan nog meerdere digitale tools worden toegevoegd die cliënten zelfstandig en in combinatie, ter voorbereiding of als aanvulling op de reguliere therapiecontacten, kunnen gebruiken. Het ontwikkelen en implementeren van innovatieve technologische toepassingen zonder diepgaande kennis van de behoeften en verwachtingen van de gebruikers (cliënten, hulpverleners en beleidsmakers binnen organisaties) heeft echter weinig kans van slagen. Ook Waringa en Ribbers (2018) waarschuwen dat e-health “mensenwerk” is en blijft en niet uitsluitend kan draaien op de technologie. “Het zal nooit van de grond komen als het niet gedragen wordt door professionals uit de zorg” (pp. 8-9).

Om een geslaagde synergie te realiseren tussen psychologische zorg en innovatie werd daarom een haalbaarheidsstudie opgezet met de steun van het Vlaams Agentschap Innoveren en Ondernemen (VLAIO).¹ De studie werd uitgevoerd in 2018-2019 en nam in totaal twaalf maanden in beslag. Er werd nagegaan in welke mate de ggz klaar is om digitale tools in de bestaande zorg in te bedden. Meer bepaald gingen we op zoek naar de kansen en de hinderpalen voor een succesvolle integratie van die toepassingen in de reguliere hulpverlening.²

‘Never waste a good crisis’

Een exploratieve literatuurstudie aangevuld met een marktstudie leverde een eerste beeld op van de huidige evidentie rond digitale tools in de ggz. Dit beeld werd vervolgens getoetst aan het concrete gebruikersperspectief. Een groep van 151 gebruikers, bestaande uit 27 cliënten, 86 hulpverleners, 17 beleidsmakers binnen ggz-organisaties en 21 innovatie-experts, werd bevraagd via een ‘multimethod design’, waarbij een kwantitatieve bevraging werd aangevuld met meer diepgaande kwalitatieve bevragingen van een aantal respondenten in focusgroepen.³ De meerderheid (69%) gaf aan weinig of niet vertrouwd te zijn met online tools. Bij hulpverleners was dit nog meer uitgesproken: 92% had geen of weinig ervaring. Onbekend betekent niet noodzakelijk onbemind. Figuur 1 biedt een overzicht van de houding van de totale steekproef. Die attitude was vooral afwachtend (41%) en eerder positief (33%). Dit vonden we ook terug op subgroepniveau: de meeste cliënten, hulpverleners en beleidsmakers toonden zich – weliswaar koele – minnaars van digitale toepassingen in de psychologische hulpverlening. Innovatie-experts lieten zich opvallend positiever uit over online zelfhulp (80% had een uitgesproken positieve houding), bij de hulpverleners waren verhoudingsgewijs de meest kritische geluiden te horen (14%).

Figuur 1. Houding ten aanzien van digitale tools per type respondent (cliënten, hulpverleners, beleidsmakers, experts).

Dit was de situatie totdat de coronacrisis uitbrak, waardoor hulpverleners genoodzaakt werden face-to-facecontact grotendeels te vervangen door onlinecontact. Net zoals vele andere beroepsgroepen moesten ze in ijlt tempo hun aarzelingen en scepsis ten aanzien van digitale tools laten varen en hun vertrouwde manier van werken aan de nieuwe realiteit aanpassen. Winston Churchill wist al dat een crisis vaak voor een keerpunt zorgt waardoor bepaalde ontwikkelingen in een stroomversnelling terechtkomen. Het hoopvolle aan deze disruptie is dan ook dat zij mogelijk de veranderingsbereidheid vergroot en de creativiteit prikkelt om *nabije-zorg-op-afstand* aan te bieden. Om er echter voor te zorgen dat veranderingen duurzaam en betekenisvol zijn, is het van belang om maximaal rekening te houden met de vragen en zorgen van de eindgebruikers. Op basis van de resultaten van de haalbaarheidsstudie willen we hier een aantal inzichten delen over hoe digitale psychologische tools in de Vlaamse ggz het beste kunnen worden ingezet om tot een duurzaam, doordacht, onderbouwd en klinisch relevant gebruik te komen.

Digitale tools: een betere terugvalpreventie, een breder en meer gedifferentieerd zorgaanbod, en meer aandacht voor herstelgerichte zorg

De respondenten van de haalbaarheidsstudie benoemden verschillende kansen die digitale tools bieden: (1) garanderen van continuïteit in de zorg, onder meer met het oog op

terugvalpreventie, (2) realiseren van een ruimer en meer gedifferentieerd zorgaanbod, en (3) versterken van het herstelgericht werken.

Het percentage heropnames binnen dertig dagen in psychiatrische ziekenhuizen is in Vlaanderen opvallend hoog: 14,7% (Geestelijke gezondheidszorg, 2019). Ook in de ambulante hulpverlening is de kans op terugval erg groot. Zo heeft iemand die al eerder een depressie doormaakte tot 60% kans op een recidief (Luyten, Blatt, Van Houdenhove, & Corveleyn, 2012). Digitale tools kunnen een belangrijke rol vervullen in het kader van terugvalpreventie. Ze kunnen makkelijk ter beschikking gesteld worden aan cliënten waardoor in het natraject verandering en groei beter geconsolideerd kunnen worden, terwijl zelfzorg gestimuleerd wordt. Dit verkleint de kans op terugval. Bij alle bevroegde subgroepen was hier opvallend veel steun voor. Hoewel dit in de dagelijkse praktijk nog nauwelijks gebeurt, erkende men de voordelen: cliënten kunnen beter worden gemonitord, reminders kunnen automatisch worden verzonden, follow-up kan via beeldbellen plaatsvinden, enzovoort.

Verder is de huidige ggz sterk aanbodgestuurd waardoor cliënten niet steeds de benodigde zorg krijgen, terwijl sommige doelgroepen zelfs helemaal niet bereikt worden. Slechts 25% van de cliënten geniet gepaste zorg, waarbij er zowel sprake is van een onder- als overaanbod (Van Herck & Van De Cloot, 2013). Het inbedden van digitale tools in de reguliere zorg biedt kansen om het behandeltraject te verlichten of te verkorten (Erbe, Eichert, Riper, & Ebert, 2017; Van Daele & Van Assche, 2019) en meer zorg op maat mogelijk te maken.

Digitale tools sluiten ook goed aan bij de herstelgerichte benadering die in de ggz sterk opgang maakt (Van Audenhove, 2017). Het gebruik ervan in combinatie met reguliere therapie kan naadloos aansluiten bij deze visie: het stimuleert de gedeelde verantwoordelijkheid en de zelfwerkzaamheid van cliënten en bevordert hun autonomie.

Andere mogelijke voordelen van digitale tools die terug te vinden zijn in de literatuur, waaronder het realiseren van meer efficiënte zorg (Sztein, Koransky, Fegan, & Himelhoch, 2017) of het reduceren van wachtlijsten (Krausz, Ramsey, Wetterlin, Tabiova, & Thapliyal, 2019), werden eerder op scepsis onthaald. Over efficiëntiewinst had het merendeel van de respondenten, in het bijzonder de hulpverleners, bedenkingen. Men verwacht niet dat digitale tools zullen leiden tot meer vooruitgang met minder therapeutische contacten, maar eerder tot een verschuiving waarbij face-to-face- en onlinecontacten elkaar afwisselen in functie van praktische, procesmatige of fasegebonden aspecten van de psychologische hulpverlening. Verschillende cliënten en hulpverleners uitten hun bezorgdheid dat het wegvallen van face-to-facecontacten ten koste zou kunnen gaan van de kwaliteit van de hulpverlening. Ze pleitten voor een gecombineerd, verweven aanbod van reguliere en online hulp. Ook over de mogelijkheid om wachtlijsten te reduceren bestond veel twijfel. Wel ging men ervan

uit dat de wachttijd een klinisch relevantere invulling zou kunnen krijgen dankzij digitale tools: cliënten kunnen de wachttijd nuttiger besteden als ze online hulp aangeboden krijgen. Maar volgens de meeste respondenten worden hierdoor de wachtlijsten niet korter.

Grote behoefte aan ondersteuning en inspiratie bij het zinvol inzetten van digitale tools

Aansluitend bij de kansen die digitale tools bieden, werd de vraag gesteld welke concrete functies dergelijke tools in het zorgaanbod zouden kunnen vervullen. De respondenten waren van mening dat digitale tools vooral een bijdrage kunnen leveren aan: (1) het vergroten van de toegankelijkheid van psychologische hulp, (2) het op een laagdrempelige manier informatie geven over psychische moeilijkheden en herstelprocessen, (3) het vergroten van de bewustwording van cliënten over het eigen psychisch (dis)functioneren, en (4) het stimuleren van hun zelfwerkzaamheid. Voor het realiseren van cruciale en duurzame veranderingen achtte men een louter digitaal aanbod onvoldoende. Bij cliënten was er consensus over het belang van de therapeutische relatie voor het veranderingsproces, maar ook over het feit dat digitale tools de veranderingen kunnen bestendigen: er is tussentijdse monitoring door de hulpverlener mogelijk en men kan thuis, tussen de sessies door, voortwerken aan het eigen proces.

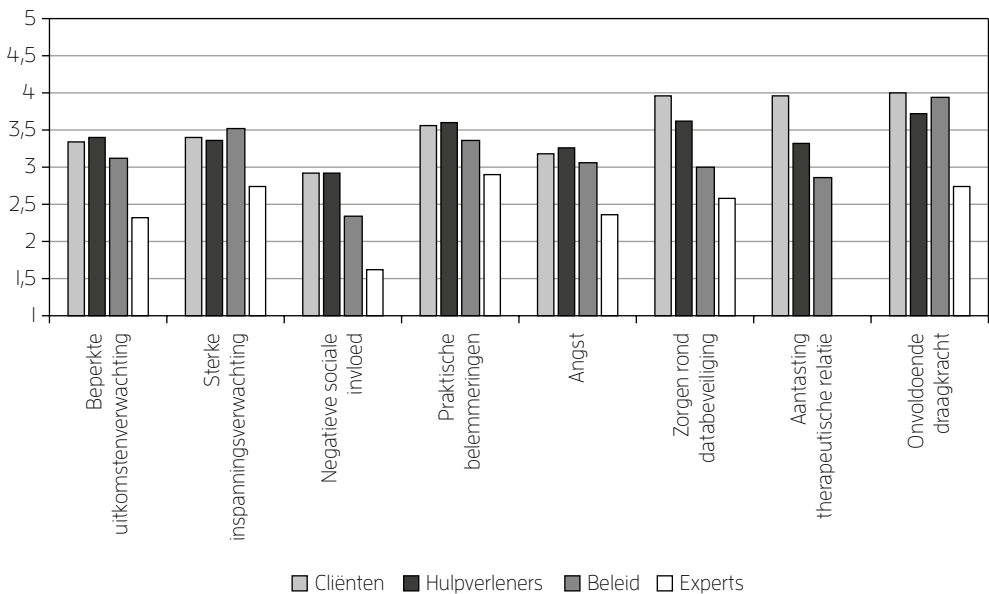
Om deze functies te realiseren hebben hulpverleners echter behoefte aan ondersteuning, onder andere door opleiding, coaching en intervisie, zo luidde het eensgezinde oordeel. Een gebrek aan kennis en vaardigheden bij hulpverleners kan zorgen voor een opeenstapeling van digitale en reguliere zorg, waardoor blended hulpverlening juist minder efficiënt en duurder wordt (Kenter et al., 2015). Bijscholing kan onder meer bestaan uit training in onlinegespreksvaardigheden, doelmatig gebruik van apps en onlinebehandelplatformen en inzicht in de veranderde dynamiek binnen de begeleidingsrelatie (Waringa & Ribbers, 2018). Daarnaast heeft een hulpverlener niet enkel de competenties nodig om een online module volgens de voorschriften uit te rollen, maar ook om deze af te stemmen op de behoeften van de cliënt en op maat van het zorgproces (Bengtsson, Nordin, & Carlbring, 2015). Momenteel is er in Vlaanderen echter weinig training en ondersteuning voorhanden. Een enquête onder Belgische hulpverleners over het gebruik van beeldapplicaties bij de uitbraak van het coronavirus liet geen verschil zien qua geslacht of leeftijd van de hulpverleners (87%) die een beroep deden op digitale technologie. Opvallend was echter dat slechts 7% enige vorm van training op dit gebied had genoten (Van Daele, Bernaerts, et al., 2020). De respondenten pleitten daarom voor het delen van 'good practices', het opzetten van samenwerkingsverbanden met beroepsorganisaties en gedegen ondersteuning door de overheid. Binnen organisaties is er op beleidsniveau doorgaans de bereidheid

om te investeren in de aanschaf van onlinebehandelplatformen, maar voor de concrete implementatie ervan lijken er onvoldoende tijd en middelen beschikbaar te zijn. Veel e-healthinitiatieven sterven na een enthousiaste ontvangst een snelle dood door het gebrek aan een breder gedragen visie en een ondersteunend kader.

De therapeutische relatie is onvervangbaar, databeveiliging is cruciaal, de psychische draagkracht is bepalend en de therapeutische vrijheid essentieel

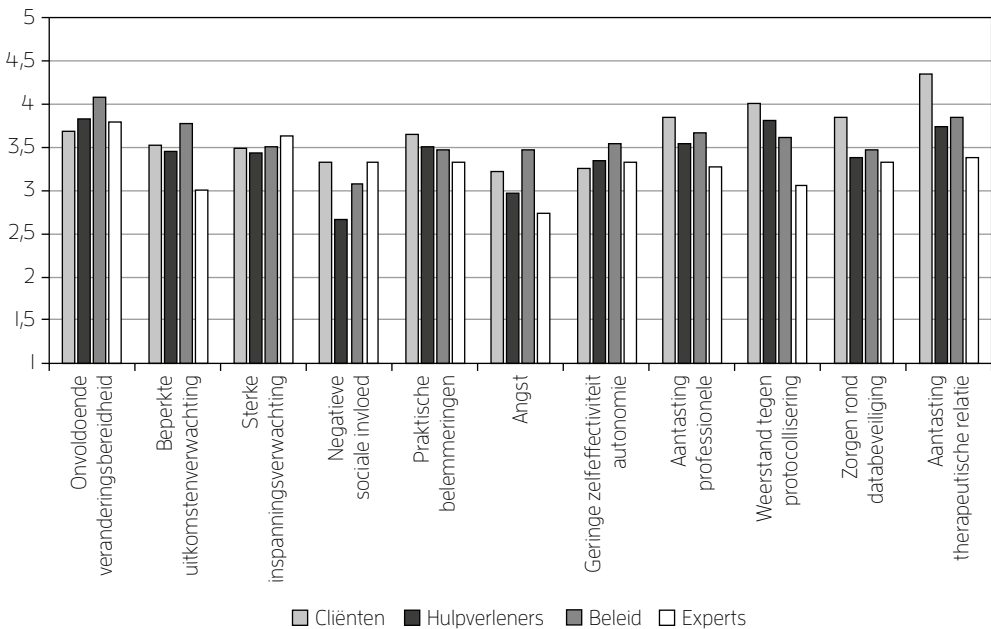
Alle respondenten maakten een inschatting van de mogelijke hinderpalen voor cliënten en hulpverleners. Figuur 2 geeft een overzicht van de (verwachte) grootste drempels bij cliënten. De meerderheid vond dat er behoefte is aan een vertrouwensband vooraleer men met online tools start. De cliënten benoemden als grootste drempels voor zichzelf: (1) een mogelijke aantasting van de therapeutische relatie, (2) zorgen rond databeveiliging, en (3) een gebrek aan psychische draagkracht om de digitale tools autonoom te kunnen gebruiken. Innovatie-experts (65%) gaven aan dat digitale tools geschikt zijn voor vrijwel alle cliënten in de ggz, mits hun 'zelforganisatie' en graad van 'digitalisering' voldoende is. Hulpverleners en experts zagen ook praktische belemmeringen als mogelijke obstakels, zoals gebrek aan tijd en onvoldoende kennis van digitale tools. Beleidsmakers dachten dat cliënten misschien afgeschrikt zouden worden door de grote inspanningen die ze denken te moeten leveren. De mogelijk negatieve invloed vanuit de (onmiddellijke en ruimere) sociale omgeving van de cliënt werd dan weer door alle respondenten als minder hinderlijk beschouwd.

Figuur 2. Verwachte drempels voor cliënten per type respondent (cliënt, hulpverlener, beleid, expert).



Bij hulpverleners (zie: figuur 3) verwachtte men als grootste drempels: (1) weinig veranderingsbereidheid, (2) weerstand tegen protocollering, en (3) een mogelijke aantasting van de therapeutische relatie. Opvallend is dat cliënten meer belemmerende factoren zien voor hulpverleners, dan hulpverleners zelf. Beleidsmakers en innovatie-experts zien ook meer belemmerende factoren voor hulpverleners, dan voor cliënten, in het bijzonder onvoldoende kennis van digitale tools en de veronderstelling dat het implementeren ervan veel inspanningen zou vergen waardoor mogelijk de therapeutische relatie zou worden aangetast. Opleiding en coaching werden daarom opnieuw cruciaal geacht om hulpverleners te motiveren online tools te omarmen. Zij vonden het ook belangrijk om hulpverleners voldoende te betrekken bij de ontwikkeling van digitale tools. Hulpverleners zelf bleken vooral bang om hun vertrouwde werkschema te moeten omgooien; ze vreesden voor extra investeringen die boven op het takenpakket zouden komen. Er leefden bij hen ook vragen over wie wat zal vergoeden en rond privacy.

Figuur 3. Verwachte drempels voor hulpverleners per type respondent (cliënt, hulpverlener, beleid, expert).



Blended hulp geniet de voorkeur

Digitale tools kunnen op verschillende niveaus worden ingebed in de hulpverlening. Hierbij zijn vier niveaus te onderscheiden (Ebert et al., 2018): (1) standaloneapplicaties (geschikt voor een beperkte groep, lichtere problemen), (2) begeleide zelfhulp met coach (voor een groter bereik van cliënten), (3) onlinetherapie met therapeut die chat, beeldbelt of e-mailt

(eveneens voor een groter bereik van cliënten, omzeilt vaak praktische problemen en kan ook bij ernstige psychopathologie succesvol worden ingezet), (4) blended hulpverlening (combinatie face-to-facecontact met onlinehulp, het vlotst inpasbaar in de huidige manier van werken van de ggz). Onderzoek toont aan dat volledige standalonetoepassingen niet populair zijn en vaak niet langdurig worden gebruikt (Baumel, Muench, Edan, & Kane, 2019). Ze lijken vooral geschikt voor specifieke doelgroepen die anoniem willen blijven of voor wie de stap naar de reguliere hulpverlening moeilijk is (Waringa & Ribbers, 2018). De meeste cliënten opteren voor blended hulpverlening.

Ook in onze haalbaarheidsstudie zagen respondenten het meeste heil in blended hulpverlening. De combinatie van face-to-face- en onlinecontact kan zowel parallel (face-to-facesessies ondersteund met online tools), als afwisselend (een face-to-faceaanbod wordt voorafgegaan of gevolgd door een onlineaanbod). Belangrijk is dat hulpverleners hierbij als coach fungeren: zij introduceren het gebruik van de tools bij hun cliënten en dragen zorg voor aanmoediging en monitoring. Cliënten gaven wel aan dat het huidig digitale aanbod heel onoverzichtelijk aanvoelt. Ze achtten zich niet goed in staat om onderscheid te maken tussen betrouwbare, evidencebased toepassingen en meer commerciële (vaak mooi ogende) tools. De eigen therapeut wordt de meest aangewezen persoon gevonden om hen wegwijs te maken, zijn deskundigheid wordt noodzakelijk geacht. Vanuit hulpverlenersperspectief vond men dat er vooral goed nagedacht moest worden over de manier waarop de therapeutische contacten georganiseerd worden, zoals het combineren van online en traditionele psychologische hulp. Zelfhulptoeepassingen achtte men enkel nuttig voor specifieke cliëntprofielen: voor wie kampt met lichte psychische problemen die eenvoudig zelfstandig aan te pakken zijn of voor wie de stap naar reguliere zorg te groot is (omwille van taboes, moeilijkheden met interpersoonlijk contact, enzovoort). Een gelijkwaardige terughoudendheid was er ten aanzien van het inschakelen van digitale tools in het voortraject: het kan een zinvolle invulling van de wachttijd zijn, maar tegelijkertijd vereist het extra inspanningen van hulpverleners en zorgorganisaties.

Conclusie

De sector lijkt zich bewust van de knelpunten in de huidige ggz, maar toonde tot voor kort weinig intrinsieke motivatie om het traditionele zorgaanbod in technologisch opzicht te innoveren. Dit bleek niet enkel het geval voor wie zorg vraagt, maar ook (en vooral) voor wie zorg verstrekt. Een externe crisis bleek nodig om lang bestaande patronen – al dan niet voor korte duur – te doorbreken. Taleb (2012) heeft het in de proloog van zijn boek *Antifragiel* over dingen die baat hebben bij wanorde: “Sommige dingen zijn gebaat bij schokken; ze groeien en bloeien bij veranderlijkheid, toevallige variatie, wanorde en

stressoren... Deze eigenschap ligt ten grondslag aan alles wat in de loop van de tijd is veranderd...” (p. 1). Opdat de veranderingen duurzaam en relevant zouden zijn, doen we er goed aan te luisteren naar de behoeften en de zorgen van cliënten en hulpverleners. Beide groepen zijn het erover eens dat de kracht van het ambacht niet mag worden aangetast: maatwerk, dialoog, een persoonlijke relatie, afstemming en bezieling mogen niet verloren gaan. Bij het inbedden van digitale tools dienen deze principes richtinggevend te blijven: enkel op deze manier vergroten ze het therapeutisch potentieel en consolideren ze verandering.

Het louter beschikbaar stellen van kwalitatieve digitale tools zal niet volstaan. Hulpverleners moeten de nodige competenties ontwikkelen om hun koudwatervrees te overwinnen en met digitale toepassingen aan de slag te gaan. De overheid en organisaties investeren daarom bij voorkeur niet enkel in de toepassingen zelf, maar ook in de training en coaching van hulpverleners. Belangrijk is dat blended hulp niet uitdraait op een opeenstapeling van zorg, waarbij face-tot-facecontacten en onlinehulp ondoordacht worden aangeboden. Er is tijd en geld nodig om te zoeken en te experimenteren, om inspiratie op te doen en ervaringen uit te wisselen over hoe een optimale mix van reguliere en digitale zorg kan gerealiseerd worden. Ook hierbij speelt het beleid van de overheid en organisaties een cruciale rol. Zij dienen een kader te creëren dat deze nieuwe zorgprocessen beschrijft en mogelijk maakt, dat hulpverleners motiveert en verantwoordelijkheid geeft, dat andere werkafspraken stipuleert en faciliteert, en dat voldoende oog heeft voor privacy, ethiek en cliëntgerichtheid.

Volgens Delespaul, Milo, Schaeken, Boevink, en Van Os (2017) krijgen we momenteel de juiste zorg onvoldoende bij de juiste mensen. Technologische oplossingen bieden een mogelijkheid om het anders en beter te doen. De recente coronacrisis dwong ons ertoe deze middelen in te zetten en lijkt ook aan te tonen dat ze zelfs in suboptimale omstandigheden van meerwaarde kunnen zijn. Het is echter van belang om de psychologische zorg terug te brengen naar een passende schaal en het perspectief van de hulpvrager als uitgangspunt te nemen, ondersteund door een ‘community’ van mensen en betekenisvolle digitale tools. We hopen dat de ggz deze kansen zelf grijpt en coregisseur wordt bij het vormgeven van de ambachtelijke psychologische hulpverlening van de toekomst.

Noten

1. Projectnummer HBC.2017.0864.
2. Het volledige rapport van de haalbaarheidsstudie werd aangeboden aan VLAIO.
3. Er werd voldaan aan de ethische zorgvuldigheidsvereisten van geïnformeerde toestemming, vrijwillige deelname en privacybescherming.

Literatuur

- Baumel A., Muench F., Edan S., & Kane J.M. (2019). Objective user engagement with mental health apps: Systematic search and panel-based usage analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 21. <https://doi.org/10.2196/14567>
- Bengtsson, J., Nordin, S. & Carlbring, P. (2015). Therapist's experiences of conducting cognitive-behavioural therapy online vis-à-vis face-to-face. *Journal of Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 470-479. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1053408>
- Delespaul, P., Milo, M., Schaecken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2017). *Goede GGZ: nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ebert, D.D., Van Daele, T., Nordgreen, T. Karekla, M., Compare, T.A., Zarbo, C., ... Taylor, J. (2018). Internet and mobile-based psychological interventions: Applications, efficacy and potential for improving mental health (A report of the EFPA e-health taskforce). *European Psychologist*, 23, 167-187. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000318>
- Erbe, D., Eichert, H.C., Riper, H., & Ebert, D.D. (2017). Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19. <https://doi.org/10.2196/jmir.6588>
- Geestelijke gezondheidszorg. (2019). Geraadpleegd op 26 januari 2020 via <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/geestelijke>
- Kenter, R.M.F., Van de Ven, P.M., Cuijpers, P., Koole, G. Niamat, S., Gerrits, R.S., ... Van Straten, A. (2015). Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: Results from a naturalistic study. *Internet Interventions*, 2, 77 – 83. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.01.001>
- Krausz, R.M., Ramsey, D., Wetterlin, F., Tabiova, K., & Thapliyal, A. (2019). Accessible and cost-effective mental health care using e-mental health (EMH). In A. Javed & K.N. Fountoulakis (Eds.), *Advances in Psychiatry* (pp. 129-141). Cham, Schweiz: Springer.
- Luyten, P., Blatt, S.J., Van Houdenhove, B., & Corveleyn, J. (2012). Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26, 985-999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.003>
- Sztejn, D.M., Koransky, C.E., Fegan, L., & Himelhoch, S. (2018). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24, 527-539. <https://doi.org/10.1177/1357633X17717402>
- Taleb, N. N. (2012). Antrifragiel: Dingen die baat hebben bij wanorde. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Van Audenhove, C. (2017). De geestelijke gezondheidszorg: een nieuwe mindset? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47(1), 5-18.
- Van Daele, T., Bernaerts, S., Van Assche, E., Willems, S., Belmont, A., De Witte, N.A. J. (2020, mei). Online consultations by mental healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. Online presentation at the *Virtual Conference of the Belgian Association for Psychological Sciences* (Symposium 3). Geraadpleegd via <https://www.baps2020.be/baps20.html>
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A.P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., ... De Witte, N.A.J. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 160-173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>
- Van Daele, T. & Van Assche, E. (2019). Blended therapie: een basis voor betere zorg? *GZ-Psychologie*, 11, 24-29. <https://doi.org/10.1007/s41480-019-0002-x>
- Van Herck, P., & Van De Cloot, I. (2013). *Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen*. Brussel: Itinera Institute. Geraadpleegd via <http://www.itinerainstitute.org/nl/artikel/hoe-gezond-de-geestelijke-gezondheidszorg-belgie-de-feiten-achter-de-mythen-1/>
- Waringa, A., & Ribbers, A. (Red.). (2018). *E-health: handboek voor zorg- en hulpverleners*. Amsterdam: Boom.
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>

Personalia

Nele Stinckens is doctor in de psychologie en cliëntgericht, emotion-focused psychotherapeute. Ze is bestuurster van QIT bv en coördinator van groepspraktijk Naiade. Ze is als stafid verbonden aan de postgraduaatopleiding cliëntgerichte psychotherapie van de KU Leuven en verzorgt trainingen aan diverse opleidingscentra in Vlaanderen en Nederland.

E-mail: nele.stinckens@qitonline.be

Claude Missiaen is klinisch psycholoog en cliëntgericht, focusing oriented en existentieel psychotherapeut. Hij is bestuurder van QIT bv. Hij is stafid van de postgraduaatopleiding cliëntgerichte psychotherapie van de KU Leuven en geeft workshops aan diverse (opleidings)centra in Vlaanderen en Nederland.

Tom Van Daele is onderzoeksleider van de Expertisecel Psychologie, Technologie & Samenleving van de Thomas More-hogeschool en research fellow aan de KU Leuven. Als klinisch psycholoog doet hij voornamelijk praktijkgericht onderzoek in de ggz met een focus op de toegevoegde waarde van technologie.

Verantwoording

Nele Stinckens en Claude Missiaen zijn allebei verbonden aan QIT bv dat digitale oplossingen voor de ggz ontwikkelt.