

Vanwege de coronapandemie-lockdown in maart 2020 moest de ggz grootschalig op afstand plaatsvinden. Cliënten in de ambulante forensische ggz (n = 399) werd gevraagd naar hun ervaring met deze plotselinge overstap naar telepsychiatrie. Respondenten die negatief waren over sessies op afstand bleken te verschillen van degenen die positief waren, onder meer wat betreft diagnoses, persoonlijkheidstrekken, privacy, stress en beleving van de werkrelatie. Dit onderschrijft het belang van rekening houden met cliëntperceptie bij deze behandelvorm.

VERSCHILLEN TUSSEN POSITIEF EN NEGATIEF GESTEMDEN

HOE ERVAREN CLIËNTEN IN DE AMBULANTE FORENSISCHE GGZ TELEPSYCHIATRIE?

INLEIDING

Door de eerste lockdown, vanwege de coronaviruspandemie in maart 2020, kwam de hulpverlening op afstand in een stroomversnelling. Het was geen nieuw fenomeen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Ruim twintig jaar geleden werden al voordelen als kosten- en tijdsparing en groter bereik als gunstig beschouwd, van wat toen telepsychiatrie (therapiesessies via communicatiemiddelen als telefoon en computer in plaats van op locatie) werd genoemd. Maar waar toen nog een groot gebrek aan empirisch onderzoek werd geconstateerd (Baer, Elford & Cukor, 1997; Frueh et al., 2000), zijn we inmiddels wat wijzer, hoewel onderzoeksresultaten wisselend zijn (Montes, 2018).

De algemene tendens is dat ggz op afstand soortgelijke uitkomsten kan bewerkstelligen als op locatie (Andersson et al., 2014; Backhaus et al., 2012; Batastini et al., 2016; Chherawala & Gill, 2020; Slone, Reese & McClellan, 2012). Ook recente onderzoeken onder Nederlandse therapeuten en cliënten stemmen optimistisch. Ondanks een duidelijke voorkeur voor behandeling op locatie, zijn zowel behande-

laars als cliënten vaker positief dan negatief over het virtuele alternatief (De Beurs et al., 2021).

Desondanks blijven geluiden met twijfel over de toereikendheid van telesessies hardnekkig en wordt behandeling op afstand als *second best* beschouwd (Kamp, Machielsen & Van Os, 2020; Marchand et al., 2011). Niet geheel onterecht, omdat genuanceerd moet worden dat het geen kwestie lijkt van per definitie wel of niet geschikt, maar afhankelijk van voor wie, waarvoor en in welke vorm en context. Voor groepstherapie bijvoorbeeld, zo stelt Philipszoon (2021), lijken vooral praktisch gerichte onderdelen geschikt voor een videobelvorm. Wanneer er problemen zijn in de groepsdynamiek, neemt de kwaliteit van zo'n behandeling duidelijk af.

In het onderzoek van De Beurs et al. (2021) waren cliënten in groepsbehandeling eveneens minder positief over telepsychiatrie dan cliënten in individuele behandeling. Toch concludeerden Banbury et al. (2018) in hun systematische review dat groepstherapie via videobellen haalbaar was en vergelijkbare resultaten opleverde als groepen op locatie.

De algemene tendens is dat ggz op afstand soortgelijke uitkomsten bewerkstelligt als op locatie

Naast de vorm wordt ook de fase in de behandeling als mogelijk struikelblok gezien. Het begin, waarin een werkrelatie opgebouwd moet worden, wordt als minder geschikt beschouwd om op afstand te doen, omdat men elkaar minder goed kan leren kennen door een gebrek aan non-verbale communicatie (Henskens et al., 2021).

Dit is een belangrijk punt omdat de werkalliantie, de samenwerking tussen cliënt en behandelaar, van grote invloed wordt geacht op de uitkomst van de behandeling (Horvath et al., 2011). Een punt waarop zorgverleners kritischer lijken dan zorgontvangers (Lopez et al., 2019). Hubley et al. (2016) concludeerden dat beide partijen over het algemeen tevreden waren over telepsychiatrie, maar dat aanbieders meer zorgen uitten over mogelijk nadelige effecten op met name de therapeutische verstandhouding.

Simpson en Reid (2014) onderschreven deze bedenking in hun review niet. Zij meenden dat studies 'overweldigend' ondersteunen dat cliënten de binding met hun therapeut minstens even sterk waarderen via videobellen als op locatie. Norwood et al. (2018) daarentegen concludeerden in een meta-analyse dat klachtenvermindering bij cliënten weliswaar vergelijkbaar was, maar dat de werkrelatie bij videobeltherapie toch ondergeschikt was aan die bij een face-to-face-vorm. Flückiger et al. (2018) vonden op hun beurt dat de werkalliantiecorrelatie bij therapie via internet, e-mail, videobellen of telefoon ongeveer even groot was als bij face-to-face (ftf). Resultaten variëren dus afhankelijk van de manier waarop je ernaar kijkt.

Dit is misschien in het bijzonder van belang voor een speciale niche in de ggz: de forensische sector. De forensische zorg wordt globaal verdeeld in klinisch (overwegend gesloten verblijf zoals tbs) en ambulant (maatschappelijk verblijf). In de ambulante forensische psychiatrie komen mensen die in aanraking zijn gekomen, of dreigen te komen, met politie en/of justitie. Hier krijgen zij psychotherapeutische behandeling voor forensisch gerelateerde psychopathologie, zoals strafbaar gedrag vanuit een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze behandeling kan verplicht (opgelegd door de rechter) zijn of vrijwillig (op eigen initiatief/doorverwijzing). Carbajosa, Boira en Tomas-Aragones (2013) stellen dat een solide werkalliantie in de forensische zorg van vitaal belang is om therapie-uitval (en daarmee hogere kans op recidive) te

voorkomen. Kaltiala-Heino, Laippala en Salokangas (1997) vonden in hun onderzoek dat dwangbehandeling negatieve gevoelens opriep bij cliënten, negatieve verwachtingen schepte over de uitkomst van de behandeling en niet tot een vertrouwensvolle behandelrelatie tussen cliënt en professional leidde. Tegelijkertijd voorspelde een verplichte juridische status geen slechtere uitkomst dan vrijwillige behandeling, zowel ervaren door de cliënten als volgens de professionele beoordelingen van hun psychische staat.

Ook Snyder en Anderson (2009) constateerden in een review dat hoewel verplichte cliënten aan het begin van de behandeling meer kans op weerstand en minder intrinsieke motivatie hadden om te veranderen, ook zij tot vruchtbare resultaten konden komen. Hennemann de Oliveira Becker en Pereira da Cruz Benetti (2014), ten slotte, concludeerden, uit hun studie met een kleine groep van 51 personen die psychotherapie volgden, dat verplichte status geen invloed had op de ontwikkeling van de werkalliantie.

Terug naar de eerste lockdown in 2020, waarin ook de ambulante forensische ggz massaal over moest stappen op contact op afstand. Eerdere onderzoeksresultaten in internationale forensische settings hadden weliswaar al laten zien dat telepsychiatrie ook in die context een werkbaar en effectieve optie kan zijn; dit was echter hoofdzakelijk op penitentiaire instellingen en rechtbanken gebaseerd (Antonacci et al., 2008; Batastini et al., 2016; Sales et al., 2018). Daarnaast rijst de vraag of een lockdownsituatie vergelijkbaar is met wat eerder onderzocht werd. Een noodgedwongen overstap op telepsychiatrie is anders dan een weloverwogen keuze voor een behandeling in e-healthvorm (met ondersteuning van digitale middelen). Zoals Simpson et al. (2021) ook aanhalen, is bijvoorbeeld privacy bij zelfisolatie/quarantaine tijdens een lockdown een grotere uitdaging wanneer er sprake is van huisgenoten.

Een recent onderzoek van de Nederlandse reclassering (Henskens et al., 2021) is wel in het kader van een COVID-19-lockdown uitgevoerd. Hiervoor vulden 228 reclasseringswerkers en 26 cliënten vragenlijsten in over werken op afstand. De respondenten zagen verschillende voor- en nadelen. De genoemde voordelen waren vooral praktisch van aard, zoals tijds- en (reis)kostenbesparing en meer flexibiliteit. Als nadelen werden door reclasseringswerkers gemiddeld

non-verbale communicatie, lastigere interpretatie van gedrag en minder werkzaam bij complexe casuïstiek het meest genoemd. De cliënten gaven vooral (technische) verbindingsproblemen en een zakelijker karakter van de gesprekken aan als nadelig. Van dat laatste hadden de reclasseringswerkers eerder het idee dat het tot doelmatiger contact leidde. De cliënten waren het daar niet noodzakelijkerwijs mee eens, slechts 8% gaf als voordeel aan dat ze beter konden werken aan hun doelen. De onderzoekers bevelen aan om verder te experimenteren met een *blended* (werken op afstand en op locatie gecombineerd) vorm van toezicht en meer onderzoek te doen naar cliënten of trajecten waarbij wordt aangenomen dat werken op afstand lastig uitvoerbaar is.

Om de inzet van telepsychiatrie in de ambulante forensische ggz nader te verkennen, werd in onderhavige studie een enquête uitgezet bij cliënten van de Waag, centrum voor ambulante forensische ggz. In deze enquête werden verschillende persoons- en contextkenmerken bevraagd om na te gaan of cliënten die negatief zijn over telepsychiatrie verschillen van cliënten die positief zijn. De uitkomsten daarvan kunnen aanwijzingen geven voor een meer persoonlijk toegesneden en daarmee mogelijk effectievere behandeling. Omdat de combinatie van doelgroep en context niet eerder op deze manier is onderzocht, werden geen specifieke verwachtingen geformuleerd.

METHODE

PROCEDURE EN ONDERZOEKSGROEP In augustus 2020 werden 4.442 cliënten, die op het moment van de lockdown (van maart tot juni) in behandeling waren bij de Waag, per e-mail uitgenodigd deel te nemen aan een online enquête (aangeboden via de *survey software* van Qualtrics). Sinds 1992 is de Waag gegroeid naar een zorgorganisatie met twaalf vestigingen door heel Nederland (hoofdzakelijk in de Randstad) en biedt jaarlijks ruim zeventuizend mensen behandeling. Jongeren vanaf twaalf jaar en volwassenen vanaf achttien jaar die strafbaar gedrag (dreigen te) vertonen, worden op eigen initiatief, doorverwezen door professionals of opgelegd door de rechter behandeld in vier zorglijnen.

Voorbeelden van aanmeldklachten per zorglijn zijn:

- Huiselijk geweld (HG): partnergeweld en kindermishandeling;
- Agressie en vermogen (AV): geweldpleging, diefstal en agressieregulatieproblemen;
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG): seksueel misbruik, downloaden van kindermisbruikmateriaal en exhibitionisme;
- Jeugd: al het bovenstaande maar dan door minderjarigen.

VIGNET 1. HANS

Hans heeft zich aangemeld bij de Waag omdat hij worstelt met pedofiele gevoelens. Hij voelt zich sinds zijn puberteit aangetrokken tot kinderen van een jaar of tien, maar wil hier niet naar handelen. Hij is 45 jaar, woont alleen, heeft geen partner en werkt als softwareprogrammeur. Zijn sociale netwerk is beperkt tot een collega met wie hij wel eens mee naar de film gaat en familieleden. Met hen heeft Hans nooit zijn voorkeur besproken, dit doet hij enkel sporadisch onder een alias op een internetforum voor lotgenoten.

Bij de Waag bleek uit de diagnostiek dat Hans een autismespectrumstoornis heeft. In zijn dagelijks leven komt dit vooral tot uiting in sociaal contact. Zijn sociale vaardigheden zijn voldoende voor oppervlakkige omgang, maar hij heeft moeite zich open te stellen voor diepgaander contact. Hij is al een half jaar in behandeling wanneer de eerste lockdown zich aandient en de behandeling op afstand moet plaatsvinden. Hij werkte voorheen al regelmatig vanuit thuis, dus is deze situatie niet geheel nieuw voor hem. Hans vindt het videobellen vanuit thuis eigenlijk wel prettig, hij praat makkelijker in zijn vertrouwde omgeving. Hij voelde zich toch altijd wat opgelaten op de Waag, vooral in de wachtkamer. Hij vindt de 'gedwongen afstand' minder confronterend, wat hem helpt om openhartiger te zijn tegen zijn therapeute.

Zo hoort deze nu voor het eerst dat Hans recentelijk bezig was met suïcideplannen. Ze denkt dat hij dit anders waarschijnlijk niet had verteld. Door het kijke in zijn persoonlijke leefomgeving heeft de therapeute het idee dat ze Hans iets beter leert kennen en hij haar meer toelaat. Door de beperkingen van de lockdown voelt hij zich minder een vreemde eend in de bijt en komt hij meer tot rust. Na de lockdown spreken Hans en zijn therapeute af dat hij maandelijks naar de Waag komt en de rest van hun wekelijkse sessies online blijft plaatsvinden.

VIGNET 2. BART

Bart heeft net de intake op de Waag gehad, wanneer de lockdown begint. Hij heeft zich op dringend advies van zijn huisarts aangemeld, omdat deze van Barts partner had gehoord dat de spanningen tussen hen al geruime tijd dusdanig oplopen dat er over en weer veel gescholden maar ook incidenteel geduwd en op huisraad afgereageerd wordt. De intaker vermoedt dat er ook sprake is van adhd.

Bart is 29 jaar oud en woont samen met zijn vriendin met wie hij jonge kinderen mee heeft. Ze hebben veel ruzie over financiën en opvoeding. Als kermisuitbater heeft Bart een onstabiele inkomstenbron en zijn vriendin vindt dat zij thuis moet blijven voor de kinderen. Om de spanningen thuis te ontvluchten gaat Bart regelmatig naar de sportschool of een biertje drinken met zijn vrienden. Tijdens de lockdown komt een groot deel van Barts leven tot stilstand, zijn werk en zijn sociale leven. Hij zit alleen maar thuis, waar hij geen eigen ruimte heeft om zich terug te trekken. De stress tussen hem en zijn vriendin loopt nog meer op.

De behandeling op afstand ervaart hij als extra belasting. Bart vindt het videobellen onpersoonlijk, hij kan niet vrijuit praten en is constant afgeleid door de drukte om hem heen. Hij voelt geen band met de persoon aan wie hij via een beeldscherm zijn lief en leed zou moeten vertellen. Hij baalt er ook van dat zijn vriendin maar steeds in de weer is met de kinderen, terwijl hij vindt dat zij ook zou moeten deelnemen aan de behandeling omdat het hún probleem is en niet alleen dat van hem.

Zijn therapeut merkt Barts ongemak en probeert om hem gemotiveerd te houden om de gesprekken voort te zetten. Dit doet hij door vooral praktische zaken te bespreken zoals hoe Bart omgaat met zijn inkomstenderving. Zodra het weer kan, komt Bart naar de Waag voor afspraken. Hij waardeert het dat zijn therapeut erop aandringt dat zijn vriendin meekomt. Hoewel het gedoe is een oppas te regelen, heeft Bart nu meer vertrouwen in dat de behandeling hen als gezin iets gaat opleveren.

‘Ik zie mezelf als iemand die afstandelijk is’

Afhankelijk van de onderliggende psychopathologie krijgen cliënten individueel, in groepen, met de partner of het systeem onder andere cognitieve gedragstherapie (CGT), psycho-educatie, leefstijltraining, *eye movement desentization and reprocessing* (EMDR) en psychomotorische therapie (PMT).

In de enquête werd gevraagd hoe men de behandeling voor en tijdens de lockdown had ervaren. Aan het begin van de enquête werd het doel toegelicht voor de *informed consent*, waarmee toestemming voor het gebruik van de antwoorden voor onderzoek verkregen werd. De enquête werd door 688 personen ingevuld (responspercentage 15.5%). Een fors deel daarvan had de enquête onvolledig ingevuld. Om de betrouwbaarheid van de uitkomsten te verhogen werden reacties met meer dan 35% ontbrekende antwoorden niet

meegenomen in de analyses. De 56 personen die aangaven geen behandeling op afstand gevolgd te hebben, werden ook uit de groep gehaald.

De uiteindelijke onderzoeksgroep van 399 personen bestond uit 341 mannen (85.5%), 53 vrouwen (13.3%), 4 anders (1%) en 1 onbekend (0.3%). De gemiddelde leeftijd van deze cliënten was 46.06 jaar ($SD = 12.653$, 14-80 jaar). De behandelduur was gemiddeld 15.89 maanden ($SD = 13.526$, 1-96 maanden) en de aangemeldredenen huiselijk geweld (HG) bij 13.5% ($n = 54$), agressie en vermogen (AV) bij 31.8% ($n = 127$), seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) bij 27.8% ($n = 111$) en onbekend bij de resterende 26.8% ($n = 107$). Ten tijde van het invullen van de enquête waren 24 personen (6%) niet meer in behandeling. Van de groep waren 284 (71.2%) cliënten vrijwillig in behandeling en 101 (25.3%) verplicht, van 14 personen (3.5%) was het kader onbekend.

INSTRUMENT De online enquête over behandelcontacten voor en tijdens de coronapandemielockdown bestond uit maximaal 32 vragen, afhankelijk van welke situatie/vragen op de respondent van toepassing waren. ‘Behandelen op afstand’ werd gedefinieerd als videobellen (beeld en geluid),

TABEL 1. VERSCHIL POSITIEVE EN NEGATIEVE MENING OVER
TELEPSYCHIATRIE

	POSITIEF N(%)	NEGATIEF N(%)
Sekse		
Man	152 (86.4)	64 (85.3)
Vrouw	24 (13.6)	11 (14.7)
Aanmeldreden		
AV	59 (33.7)	30 (40.5)
HG	27 (15.4)	16 (21.6)
SGG**	59 (33.7)	13 (17.6)
Kader**		
Vrijwillig	113 (66.9)	60 (81.1)
Verplicht	56 (33.1)	14 (18.9)
Diagnose		
Depressie**	35 (21.2)	25 (34.7)
Angst	27 (16.4)	17 (23.6)
Impulsbeheersing**	69 (41.8)	20 (27.8)
Middelen	11 (6.7)	7 (9.7)
ASS	14 (8.5)	5 (6.9)
ADHD**	27 (16.4)	21 (29.2)
Schizofrenie	2 (1.2)	0 (0)
Persoonlijkheidsstoornis**	35 (21.2)	24 (33.3)
Co-morbiditeit**		
Eén diagnose	104 (63)	34 (47.2)
Meerdere diagnoses	61 (37)	38 (52.8)
Eerdere ervaring	28 (16.4)	9 (12)
Mening vooraf***		
Positief	73 (89)	3 (7.9)
Negatief	9 (11)	35 (92.1)
Deelnemers behandeling		
Alleen	127 (77)	47 (71.2)
Partner	30 (18.2)	18 (27.3)
Gezin	6 (3.6)	1 (1.5)
Privacy thuis***		
Ja	153 (92.7)	49 (72.1)
Nee	12 (7.3)	19 (27.9)
Meer stress***		
Werk situatie/dagstructuur*	77 (45.3)	51 (70.8)
Gezins situatie	49 (32.7)	30 (44.8)
Fysieke gezondheid**	43 (28.7)	24 (35.8)
Financiën	22 (14.7)	20 (29.9)
Sociaal netwerk***	25 (16.7)	15 (22.4)
Onvoldoende ontspanning	24 (16)	26 (38.8)
	47 (31.3)	24 (35.8)
Big Five beneden gemiddeld		
Extravert	16 (9.6)	10 (14.1)
Vriendelijk	20 (12)	12 (17.4)
Gewetensvol**	14 (8.4)	17 (23.9)
Neurotisch**	8 (4.9)	11 (15.5)
Open**	31 (18.6)	4 (5.8)

*** .01; ** .05; * .10

telefonisch (alleen geluid), e-mail en chatcontact (alleen berichten). De vragen over persoons- en contextkenmerken waren *dichotoom* (kader, co-morbiditeit, privacy thuis, meer stress tijdens lockdown), *meerkeuze* (sekse, aanmeldreden, diagnose, eerdere behandeling op afstand, mening behandeling op afstand voor/nu, deelnemers behandeling, soorten stress, voorkeur behandelvorm), *schaal* (leeftijd, behandelduur, contactfrequentie behandeling, werkrelatie, big five) of *open* (voordelen en nadelen behandeling op afstand, tips, aanvullingen). Omdat de informatie in de open vragen andere (kwalitatieve) analyses vereist, zijn deze in dit onderzoek niet meegenomen.

Ook bevatte de enquête de *Big Five Inventory 10* (BFI-10; Rammstedt & John, 2007) om de persoonlijkheidstrekken extraversie, vriendelijkheid, gewetensvol, neuroticisme en openheid te meten. De BFI-10 is de verkorte versie van de BFI-44 met tien items die gescoord worden op een vijfpuntschaal van 0 'sterk oneens' tot 4 'helemaal eens'. Voorbeelditems zijn: 'Ik zie mezelf als iemand die afstandelijk is' en 'Ik zie mezelf als iemand die de neiging heeft om de fout bij anderen te zoeken'.

De onderzoeksvariabelen werden in SPSS 27.0 geanalyseerd aan de hand van frequentie, t-toets, chi-kwadraat en multinomiale logistische regressie.

RESULTATEN

Tijdens de lockdown veranderde de manier waarop cliënten en behandelaars de behandeling voortzetten. Behandeling op locatie daalde van 78% naar 14%, terwijl behandelcontacten via telefoon (9% naar 45%), videobellen (4% naar 29%) en e-mail/chat (9% naar 12%) stegen.

VERSCHILLEN TUSSEN POSITIEF EN NEGATIEF In tabel 1 is te zien op welke variabelen de groep cliënten die negatief was over behandeling op afstand ($n = 75$; 18.8%) verschilde van de groep die positief was ($n = 177$; 44.4%). De groep die neutraal was ($n = 147$; 36.8%) is hier buiten beschouwing gelaten.

Sekse, eerdere ervaring met behandeling op afstand en wie er aan de behandeling deelnemen bleken geen significant verschil te maken. Wat betreft aanmeldreden toonden mensen van de SGG-zorglijn zich positiever over behandeling op afstand dan van de andere zorglijnen, wat ook geldt voor mensen in een verplicht kader. De groep met negatieve mening bevat relatief meer mensen met de diagnoses depressie, adhd, persoonlijkheidsstoornissen en co-morbiditeit. Mensen met impulsbeheersingsproblematiek waren

vaker positief. Het meest onderscheidden mensen die negatiever zijn over behandeling op afstand zich op privacy thuis (minder), stress (meer, met name over sociaal netwerk) en hun mening over behandeling op afstand vooraf (negatief).

Wat betreft de schaalvariabelen verschilden de positieve en de negatieve groep niet significant op behandelduur (positief $M = 16.09$, $SD = 14.08$ maanden en negatief $M = 17.56$, $SD = 14.98$ maanden) en contactfrequentie (positief $M = .75$, $SD = .33$ sessie per week en negatief $M = .80$, $SD = .36$ sessie per week). De negatieve groep was wel gemiddeld jonger ($M = 44.39$, $SD = 14.67$ jaar versus positief $M = 46.17$, $SD = 11.98$ jaar) en scoorde significant ($p < .01$) lager op alle onderdelen van de werkrelatie, zie figuur 1.

Met betrekking tot de Big Five toonde de negatieve groep zich vaker beneden gemiddeld gewetensvol en neurotisch en de positieve groep meer beneden gemiddeld open. In zowel de positieve als de negatieve groep werd het kunnen werken aan behandeldoelen het laagst gewaardeerd en de deskundigheid van de behandelaar het hoogst.

In de vignetten worden aan hand van de onderzoeksresultaten praktijkvoorbeelden gegeven van hoe een aantal

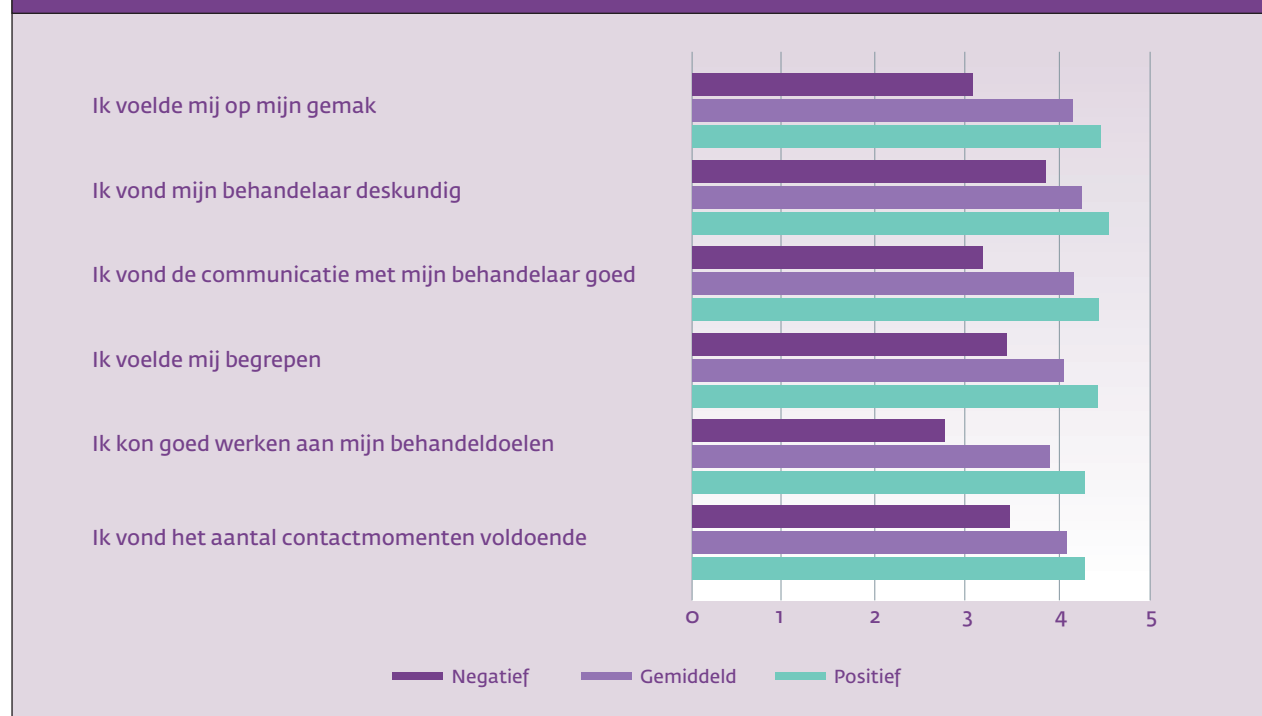
(fictieve) cliënten de behandeling tijdens de lockdown hebben ervaren.

VOORKEUR TOEKOMSTIGE BEHANDELWIJZE Op de vraag hoe de cliënten in het vervolg het liefst behandeling krijgen, gaf meer dan de helft van de groep (52.4%) aan dat hun voorkeur ligt bij op locatie. Voorkeur voor behandeling via videobellen, telefonisch of per e-mail/chat had respectievelijk 2.7%, 3% en 0.3% van de personen. Ook *blended* manieren werden door 41.6% genoemd, vooral een combinatie van op locatie en bellen, maar ook afgewisseld met videobellen en andere digitale middelen.

DISCUSSIE

Al voordat in maart 2020 noodgedwongen massaal overstapt moest worden naar telepsychiatrie, was er al veel onderzoek gedaan naar dit soort hulpverlening. De resultaten daarvan waren overwegend gunstig. Desondanks waren vooral zorgverleners eerder terughoudend in het gebruik ervan. De drempelvrees bleek hoog door met name twijfels over technische vaardigheden en effectiviteit (Simpson & Reid, 2014). De lockdown gaf een flinke duw over die

FIGUUR 1. WERKRELATIE-ITEMS VAN 0 ('HELEMAAL ONEENS') TOT 5 ('HELEMAAL EENS') DOOR DEELNEMERS DIE NEGATIEF OF POSITIEF WAREN OVER TELEPSYCHIATRIE EN HET GEMIDDELDE VAN DE TOTALE GROEP



VIGNET 3. INEKE

Ineke is meermalen veroordeeld voor winkeldiefstal en heeft de laatste keer door de rechter behandeling opgelegd gekregen. Ze is 63 jaar oud, is met vervroegd pensioen en woont samen met haar man. Haar kinderen zijn al volwassen en het huis uit. Ze zegt dat ze uit verveling is begonnen af en toe verzorgingsproducten bij de drogist 'mee te nemen zonder af te rekenen'. Dit werd steeds dwangmatiger en in de diagnostiekfase bij de Waag bleek dat Ineke lijdt aan kleptomanie, een stoornis in de impulsbeheersing.

Wanneer ze door de lockdown niet meer naar de Waag kan komen, krijgt ze last van paniekaanvallen. Haar behandeling is een belangrijk houvast geworden. Omdat ze moeite heeft met videobellen, besluit ze in overleg met haar therapeute de behandeling telefonisch voort te zetten. Hier moet Ineke erg aan wennen, maar ze is blij dat ze op deze manier tenminste toch haar ei kwijt kan. Hoewel ze een bepaalde diepgang mist, vindt ze het als tijdelijke overbrugging prima. Ze is blij dat dit niet in het begin van haar behandeling is gebeurd, maar pas nu ze haar therapeute al beter kent en zich bij haar op haar gemak voelt.

Haar therapeute merkt ook dat Ineke minder het achterste van haar tong laat zien tijdens de telefoongesprekken, maar ook hoezeer haar cliënte aan het contact met haar hangt en zich moeilijk raad weet met de veranderde situatie. De therapeute wil inzetten op het versterken van Inekes zelfredzaamheid en zelfvertrouwen. Het blijkt echter lastig om dit aan bod te laten komen, terwijl Ineke vooral behoefte heeft te ventileren over haar omgeving. Wanneer Ineke weer naar de Waag kan komen, is ze opgelucht dat ze oogcontact kan zoeken gedurende gevoelige onderwerpen. Dat helpt haar om meer open te staan voor zelfreflectie.

drempel en er werd, nog steeds aarzelend maar grootschalig, gebruikgemaakt van de alternatieven voor de traditionele manier op locatie.

Bij centrum voor ambulante forensische ggz de Waag betekende dit dat behandeling overwegend telefonisch en videobellend doorgang vond. Vergelijkbaar met het brede scala ggz-cliënten in het onderzoek van De Beurs et al. (2021) waren de reacties van de cliënten van de Waag hierop vaker positief dan negatief. De vrees dat het deel van de populatie dat opgelegde behandeling krijgt nog moeilijker bereikbaar zou zijn, bleek ongegrond. Deze groep was in dit onderzoek juist positiever over behandeling op afstand dan de groep die op eigen initiatief komt. De frequentie van behandelcontacten verschilde niet significant voor en tijdens de lockdown.

Daffern, Shea en Ogloff (2021) vroegen een internationale groep van forensische psychologen en psychiaters naar hun mening over behandelen op afstand en deze noemden als voordelen efficiëntie, makkelijke toegang, veiligheid, comfort voor de cliënt en flexibiliteit. De respondenten meenden dat deze eigenschappen mogelijk uitval van cliënten in de forensische zorg kunnen verminderen. Ook zagen zij dat het kunnen observeren van cliënten in hun normale omgeving als toegevoegde waarde voor een beter begrip van hun functioneren. Deze voordelen kunnen een rol spelen bij het aangehaakt blijven van cliënten die niet uit eigen beweging in behandeling zijn gekomen.

Het onderscheid tussen positief en negatief zijn over behandeling op afstand bleek bij de Waag-cliëntpopulatie in dit onderzoek hoofdzakelijk te liggen op de gebieden mening vooraf, privacy, stress en werkrelatie. Als de mening vooraf daadwerkelijk een soort *selffulfilling prophecy* is, zou het kunnen lonen te investeren in het vroeg adresseren van die mening bij cliënten, om zo eventuele angsten of bezwaren weg te nemen. Want misschien geldt daarbij: minder onbekend maakt minder onbemind, en blijken nieuwere vormen van behandeling vooral gewoon een kwestie van wennen te zijn.

Het belang van privacy werd ook al door Simpson et al. (2021) aangehaald. Zij adviseren het dempen van achtergrondgeluid, gebruik van oortjes en een neutrale achtergrond om inbreuk op de privésfeer zoveel mogelijk te beperken. Dat de mate van ervaren stress bijdraagt aan onvrede over behandeling op afstand, is niet verwonderlijk. Hieraan wordt doorgaans sowieso aandacht besteed in behandelcontacten, maar het kan dus geen kwaad om er bij digitale zorg extra alert op te zijn.

De werkrelatie is eveneens een kwestie waarmee therapeuten al bezig zijn, al is het misschien niet altijd even expliciet in gesprek met de cliënt. Een periodieke check met behulp van bijvoorbeeld een vragenlijst kan dit prominenter maken. Een veelgebruikte lijst hiervoor is de *Working Alliance Inventory* (Horvath & Greenberg, 1986. Nederlandse verta-

ling: *WerkAlliantie Vragenlijst*; Vertommen & Vervaeke, 1990). Henskens et al. (2019) hebben onderzoek gedaan met een speciaal op een (semi)gedwongen kader afgestemde werkaliantiemonitor. Zij vonden dat gebruik van de monitor meer diepgang gaf aan de begeleiding en deze het als 'onafhankelijke derde' kan vergemakkelijken om gevoelige onderwerpen bespreekbaar te maken.

Bij de interpretatie van de uitkomsten van onderhavig onderzoek moeten een aantal kanttekeningen worden geplaatst. De enquête is ten behoeve van het onderzoek gemaakt, er is dus geen sprake van een gevalideerd instrument met bekende psychometrische kwaliteiten. Vanwege het relatief lage responspercentage en omdat respondenten door de onderzoeksvorm geen willekeurige selectie van de totale Waagpopulatie waren, zijn de resultaten minder representatief voor de hele groep cliënten. Ook dat de focus in dit onderzoek op negatief en positief ligt en de 'neutrale' (eigenlijk positief én negatief) groep in de analyses groten-deels buiten beschouwing wordt gelaten, geeft een minder genuanceerd beeld. Daarnaast moet benadrukt worden dat een survey niets zegt over het effect van de behandeling. Er is enkel gevraagd naar meningen, niet gekeken naar behandel-uitkomsten. Dat zou een mooie aanvulling in toekomstig onderzoek kunnen zijn. Maar uitkomsten als die van Askjer en Mathiasen (2021), waarin de werkaliantiebeoordeling voorspellend was voor het behandelresultaat, geven aanleiding om ook voor deze groep positieve resultaten hiervan te verwachten.

Ten slotte zijn er nog veel interessante kenmerken die invloed kunnen hebben op hoe behandeling op afstand ervaren wordt (en effectief is) die in dit onderzoek niet meegenomen zijn. Luxton en Lexcen (2018) noemen bijvoorbeeld dat een verstandelijke beperking van de cliënt de betrouwbaarheid en doeltreffendheid van telepsychiatrie kan verminderen. In dit onderzoek blijkt dat een aantal verschillende diagnoses kunnen onderscheiden tussen een positieve en een negatieve mening over behandeling op afstand (depressie, impulsbeheersing, adhd en persoonlijkheidsstoornissen). Om meer zicht te krijgen op welke (elementen van) psychopathologie van invloed kunnen zijn, kan naar een breder spectrum (diagnoses) en meer gespecificeerd (bijvoorbeeld uitgesplitst in kenmerken) onderzoek gedaan worden. Maar welke eigenschappen ook als mogelijk gunstig of ongunstig naar voren komen, uiteindelijk kan het per individu anders werken. Een autismespectrumstoornis kwam bijvoorbeeld niet als onderscheidend uit het onderzoek omdat betreffende cliënten evenwichtig (genoeg)

verdeeld waren in hun mening over telepsychiatrie (dus ongeveer een gelijke hoeveelheid positief en negatief). Dit betekent niet dat zo'n diagnose geen invloed heeft op hoe de behandeling wordt ervaren op persoonsniveau, dat kan juist flink uiteenlopen. Voor Hans uit het vignet werkt de videobelvorm prettig, maar daar staan evenveel cliënten tegenover voor wie dit niet geldt. Daarom blijft het lastig om algemene tips op groepsniveau te geven en wordt er goed aan gedaan vooral grondig te overleggen met en af te stemmen op een cliënt.

CONCLUSIE Ondanks dat behandeling in de eerste lockdown door de coronapandemie noodgedwongen op afstand plaats moest vinden en een deel van de respondenten behandeling in een verplicht kader volgde, was de mening van de groep ambulante forensische ggz-clieënten over de telepsychiatrie overwegend positief gegeven de context. En hoewel het merendeel behandeling in de toekomst bij voorkeur op locatie volgt, is er ook belangstelling voor *blended* vormen van handelcontact. Het uitproberen van verschillende manieren moet uitwijzen wat voor wie het beste werkt. Hierbij is goed overleg met de cliënt onmisbaar en strekt het tot aanbeveling om de werkrelatie regelmatig te monitoren. Eigenlijk niet anders dan bij de behandeling op locatie.

OVER DE AUTEUR

Julia Wilpert, Msc, is psycholoog en werkt als onderzoeker bij De Forensische Zorgspecialisten in Utrecht. E-mail: jwilpert@dfzs.nl.

Summary

HOW DO CLIENTS IN OUTPATIENT FORENSIC MENTAL HEALTH CARE EXPERIENCE TELEPSYCHIATRY? DIFFERENCES BETWEEN POSITIVE AND NEGATIVE OPINIONS

J. WILPERT

The pandemic lockdown in March 2020 caused a large-scale change in delivery of treatment because mental health care had to continue remotely. Forensic outpatients (n = 399) were asked about their experience with this sudden switch to telepsychiatry. Almost half of them (44,4%) rated the remote treatment positive, 18,8% of them negative and the remaining 36,8% were mixed/undecided. Comparing the negative and positive groups yielded differences on a number of characteristics. Respondents negative about remote therapy were more likely to experience depression, adhd, personality disorders, co-morbidity, less privacy at home, more stress, below average conscientiousness and neuroticism and dissatisfaction with working alliance aspects. It is, therefore, recommended to monitor different elements to help identify pitfalls in telepsychiatry. This is best done by deliberating with patients about what works for them and what doesn't.

Literatuur

- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H. & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288–295.
- Antonacci, D.J., Bloch, R.M., Saeed, S.A., Yildirim, Y. & Talley, J. (2008). Empirical evidence on the use and effectiveness of telepsychiatry via videoconferencing: implications for forensic and correctional psychiatry. *Behavioral Sciences & the Law*, 26(3), 253–269.
- Askjer, S. & Mathiasen, K. (2021). The working alliance in blended versus face-to-face cognitive therapy for depression: A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 25, 100404.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M.L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N.M., Lohr, J. & Thorp, S.R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111–131.
- Baer, L., Elford, D.R. & Cukor, P. (1997). Telepsychiatry at forty: what have we learned? *Harvard Review of Psychiatry*, 5(1), 7–17.
- Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L. & Parkinson, L. (2018). Telehealth interventions delivering home-based support group videoconferencing: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e25.
- Batastini, A.B., King, C.M., Morgan, R.D. & McDaniel, B. (2016). Telepsychological services with criminal justice and substance abuse clients: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Services*, 13(1), 20–30.
- Carbajosa, P., Boira, S. & Tomás-Aragónés, L. (2013). Difficulties, skills and therapy strategies in interventions with court-ordered batterers in Spain. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), 118–124.
- Chherawala, N. & Gill, S. (2020). Up-to-date review of psychotherapy via videoconference: Implications and recommendations for the RANZCP Psychotherapy Written Case during the COVID-19 pandemic. *Australasian Psychiatry*, 28(5), 517–520.
- Daffern, M., Shea, D.E. & Ogloff, J.R.P. (2021). Remote Forensic Evaluations and Treatment in the Time of COVID-19: An International Survey of Psychologists and Psychiatrists. *Psychology, Public Policy, and Law*, 27(3), 354–369.
- De Beurs, E., Blankers, M., Goudriaan, A., De Koning, M. & Dekker, J. (2021). Beeldbellen in de ggz: de mening van cliënten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 3.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E. & Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340.
- Frueh, B.C., Deitsch, S.E., Santos, A.B., Gold, P.B., Johnson, M.R., Meisler, N., Magruder, K.M. & Ballenger, J.C. (2000). Procedural and methodological issues in telepsychiatry research and program development. *Psychiatric Services*, 51(12), 1522–1527.
- Hennemann de Oliveira Becker, N. & Pereira da Cruz Benetti, S. (2014). Factors associated with the formation of the therapeutic alliance in mandatory psychotherapy. *Estudos de Psicologia*, 19(4), 296–304.
- Henskens, R., Sturm, A., Robbers, S. & de Vogel, V. (2021). "Ja, nu hoor ik je weer..." Werken op afstand met reclasseringscliënten: nieuwe kansen voor de werkaliantie. Utrecht: Programma KfZ.
- Henskens, R., Menger, A., Kleijer-Kool L., De Vogel V., Donker A., Jungmann N., Wijsbroek, S., Van Doorn, L. (2019). *De werkaliantie als onderwerp van gesprek tussen cliënten en professionals*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1986). *The development of the Working Alliance Inventory*. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The therapeutic process: A research handbook* (pp. 529–556). New York: The Guilford Press.
- Hubley, S., Lynch, S.B., Schneck, C., Thomas, M. & Shore, J. (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. *World Journal of Psychiatry*, 6(2), 269.
- Kaltiala-Heino, R., Laippala, P. & Salokangas, R.K.R. (1997). Impact of coercion on treatment outcome. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(3), 311–322.
- Kamp, D., Machielsen, G. & Van Os, J. (2020). De toepassing van psychotherapeutische behandeling via beeldbellen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 3.
- Lopez, A., Schwenk, S., Schneck, C.D., Griffin, R.J. & Mishkind, M.C. (2019). Technology-based mental health treatment and the impact on the therapeutic alliance. *Current Psychiatry Reports*, 21(8), 76.
- Luxton, D.D. & Lexcen, F.J. (2018). Forensic competency evaluations via videoconferencing: A feasibility review and best practice recommendations. *Professional Psychology, Research and Practice*, 49(2), 124–131.
- Marchand, A., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Bouchard, S., Drouin, M.S. & Germain, V. (2011). Relative efficacy of cognitive-behavioral therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder: a six-month follow-up. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(3), 304–321.
- Montes, L.K. (2010). A Meta-Analysis of Video Based Interventions in Adult Mental Health. *Clinical Psychology*, 145.
- Norwood, C., Moghaddam, N.G., Malins, S. & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: a systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 797–808.
- Philipszoon, D. (2021). Wat doet online behandelen met de therapeutische relatie en de therapeut? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 3.
- Rammstedt, B. & John, O.P. (2007). Measuring personality in one minute or less: a 10 item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203–212.
- Sales, C.P., McSweeney, L., Saleem, Y. & Khalifa, N. (2018). The use of telepsychiatry within forensic practice: a literature review on the use of videolink – a ten-year follow-up. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(3), 387–402.
- Simpson, S.G. & Reid, C.L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review: alliance in videoconferencing psychotherapy. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299.
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnovo, G. & Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 409–421.
- Slone, N.C., Reese, R.J. & McClellan, M.J. (2012). Telepsychology outcome research with children and adolescents: a review of the literature. *Psychological Services*, 9(3), 272–292.
- Snyder, C.M.J. & Anderson, S.A. (2009). An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 278–292.
- Vertommen, H. & Vervaeke, G.A.C. (1990). *Werkalliantievragenlijst (WAV)*. Vertaling voor experimenteel gebruik van de WAI (Horvath & Greenberg, 1986). Leuven: Departement Psychologie K.U. Leuven.