

# Effectiviteit van online hulpverlening

*Dr. Matthijs Blankers, dr. Tara Donker, prof.dr. Heleen Riper en drs. Frank Schalken*

- 2.1 Inleiding – 30
- 2.2 Het belang van wetenschappelijk onderzoek – 30
- 2.3 Effectiviteit – 31
- 2.4 Kosteneffectiviteit – 32
- 2.5 Toekomstig onderzoek – 32
- Meer informatie – 33

## 2.1 Inleiding

---

Het gebruik van online hulpverlening neemt zowel in Nederland als wereldwijd gestaag toe. Dat geldt ook voor het aantal wetenschappelijke onderzoeken naar interventies die aangeboden worden via internet. Nederland maakt in beide onderdelen uit van een kopgroep van landen, waaronder ook de VS, Australië en Zweden.

Dit hoofdstuk beschrijft het belang van wetenschappelijk onderzoek voor de ontwikkeling van online hulpverlening en de belangrijkste recente wetenschappelijke inzichten omtrent (kosten)effectiviteit van online hulpverlening.

Wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van internet binnen Zorg en Welzijn vindt vooral plaats binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de ziekenhuiszorg (die laatste valt buiten de scope van dit boek) en in mindere mate de openbare gezondheidszorg (zoals de GGD). Binnen sectoren als jeugdzorg, maatschappelijke dienstverlening en gehandicaptenzorg vindt niet tot nauwelijks onderzoek plaats. Dit verschil in wetenschappelijke onderbouwing van online interventies is ook zichtbaar binnen de reguliere hulpverlening en is daarnaast te verklaren doordat de GGZ ten opzichte van de overige sectoren voorop loopt met het gebruik van online hulpverlening.

## 2.2 Het belang van wetenschappelijk onderzoek

---

Iemand met psychische, sociale of maatschappelijke problemen ontvangt idealiter de beste interventie tegen de laagste kosten. Om erachter te komen of een interventie überhaupt werkt, beter of juist minder goed is dan een andere interventie en om te bepalen of de kosten opwegen tegen de baten, is onderzoek nodig. Zo wordt voorkomen dat onderbuikgevoelens bij de besluitvorming over het wel of niet aanbieden van specifieke interventies de boventoon voeren. Een besluit over het aanbieden van een nieuwe online interventie zou idealiter gebaseerd moeten worden op kennis over de effecten van deze behandeling, tevredenheid van de cliënten hierover, en de kosten die met deze interventie gemoeid zijn – afgezet tegen de effecten, tevredenheid en kosten van de momenteel gangbare zorg voor de betreffende cliëntengroep. Het is immers weggegooid geld wanneer een interventie wordt aangeboden die niet effectief blijkt te zijn. Daarnaast kan het ook schadelijk zijn voor de cliënt. Hij krijgt immers niet de hulp die op dat moment nodig is. Ook kan, wanneer de behandeling niet effectief is, teleurstelling en onwelwillendheid voor andere vormen van hulpverlening bij de cliënt ontstaan.

Onderzoek naar effectiviteit is er in verschillende soorten en maten, waarbij aan onderzoeken met een controlegroep meer waarde wordt gehecht dan aan onderzoeken zonder controlegroep. Een Randomized Controlled Trial (RCT), waarbij een groep mensen met vergelijkbare klachten willekeurig verdeeld wordt over enerzijds een nieuwe interventie en anderzijds een wachtlijst, een reeds bewezen interventie of een placebo, is de bekendste vorm van een onderzoek met controlegroep. Een RCT wordt algemeen aanvaard als betrouwbaarste vorm van onderzoek naar effectiviteit van behandeling, waarbij de uitkomst 'bewezen effectief' vaak als voorwaarde wordt gesteld om toegelaten te worden tot het basispakket van de zorgverzekering.

Het is belangrijk een RCT op het juiste moment en met het juiste doel uit te voeren. Vanwege de complexe vorm van onderzoek en noodzakelijke controlegroep kan een dergelijk onderzoek namelijk lang duren en relatief veel geld kosten. Tijdens de onderzoeksperiode is de interventie alleen beschikbaar voor een selecte groep mensen. Andere mensen voor wie de interventie mogelijk ook geschikt is, zullen moeten wachten tot het onderzoek inclusief nameting is afgerond en in de praktijk wordt aangeboden. Een RCT is wenselijk als je de effectiviteit van

een nieuwe interventie wilt bepalen, indien je een bestaande interventie hebt aangepast om de effectiviteit te verbeteren of bijvoorbeeld een bestaande interventie radicaal hebt veranderd om efficiënter te werken, en je zeker wilt stellen dat dit niet ten koste van de effectiviteit gaat.

## 2.3 Effectiviteit

---

Angst, verslaving en stemmingstoornissen (zoals depressie) zijn de meest voorkomende ziektebeelden binnen de GGZ. Om die reden zijn de meeste online interventies gericht op een van die probleemgebieden en richt ook het meeste wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van online hulpverlening zich op deze drie stoornissen. Daarbij wordt over het algemeen onderscheid gemaakt tussen drie vormen van intensiteit van de interventie: onbegeleide zelfhulp, begeleide zelfhulp en online behandelingen (zie ► hoofdstuk 4). Onafhankelijk van de intensiteit zijn veruit de meeste van deze interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en technieken uit de motiverende gespreksvoering (bijvoorbeeld Riper et al., 2008; Spek et al., 2007; De Graaf et al., 2009; Blankers et al., 2007).

Een interventie is bewezen effectief indien is aangetoond dat mensen na het volgen van de interventie gemiddeld genomen minder klachten ervaren, afgezet tegen de periode voor de interventie, of in vergelijking met een controlegroep die geen interventie heeft ontvangen.

Diverse meta-analyses (studies die meerdere RCT-onderzoeken samenvatten) laten zien dat online hulpverlening effectief kan zijn (Riper et al., 2011; Rooke et al., 2010) en zelfs net zo effectief kan zijn als traditionele hulpverlening (Cuijpers et al., 2010). Daarbij zijn de effecten van online behandelingen, met een intensieve rol van een behandelaar, over het algemeen groter dan bij begeleide zelfhulp, waarvan op zijn beurt het effect weer groter is dan bij onbegeleide zelfhulp. Ondanks dat het effect van onbegeleide zelfhulp relatief beperkt blijkt te zijn, is voor probleemdrinken of depressie wel aangetoond dat mensen die onbegeleide zelfhulp ontvangen beter scoren dan mensen die een informatiefolder of niets ontvangen. Ook heeft onbegeleide zelfhulp het voordeel dat grote aantallen mensen bereikt kunnen worden, aangezien er geen limiet is aan de hoeveelheid mensen die aangesproken kunnen worden en zichzelf kunnen helpen met gestandaardiseerde zelfhulptechnieken.

Hoewel de meeste online behandelingen asynchroon van aard zijn en onderzoek daar ook meestal op gericht is, zijn ook behandelingen die via chat verlopen effectief gebleken. Het betreft bijvoorbeeld een behandeling van Jellinek voor mensen met een verslaving (Blankers et al., 2011), van Pratenonline.nl, voor jongeren met depressieve klachten (Kramer et al., in voorbereiding) en van Gripopjedip.nl, een cursus via groepschat voor jongeren, ook voor jongeren met depressieve klachten.

### Praktijkonderzoek Interapy

Veel onderzoeken naar online hulpverlening betreffen RCT's waarbij vooraf zeer minutieus gekeken wordt wat voor soort cliënten wel en niet mogen deelnemen aan zo'n onderzoek. De praktijk is vaak anders. Om te onderzoeken of de positieve effecten die gecontroleerde onderzoeken laten zien ook in de praktijk aangetoond kunnen worden deden Ruwaard en collega's (2013) onderzoek onder 1500 cliënten van Interapy. De studie nam alle cliënten mee die tussen 2002 en 2008 een online behandeling volgden voor depressie (413 mensen), panieklachten (139 mensen), burnoutklachten (470 mensen) of posttraumatische stress (478 mensen).

Het uitvalspercentage was met 29% vergelijkbaar met uitvalspercentages die bekend zijn uit de reguliere GGZ. Cliënten waren uitgesproken positief over de geboden zorg, ze beoordeelden de behandeling met een gemiddeld rapportcijfer van een 8,5. Hoewel 30 procent van de cliënten aangaf dat ze face-to-face contact misten gedurende de behandeling, beoordeelde 83 procent van de onderzochte cliënten de therapie als effectief en zou 89 procent de online behandeling aan anderen aanbevelen.

Op de korte termijn (tijdens de nameting en follow-up na zes weken), rapporteerden cliënten significante verbeteringen in specifieke en algemene psychische klachten. De effecten waren over de hele linie zelfs iets groter dan in de eerder uitgevoerde gecontroleerde studies. In de groep die de behandeling afmaakte, ervoer 71% een vooruitgang en was 52% genezen, wat goede resultaten zijn binnen de gezondheidszorg. De resultaten van de follow-up na een jaar moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden, omdat slechts 33% van de cliënten hieraan deelnam. De beschikbare gegevens suggereren echter dat de verbeteringen standhouden op de lange termijn.

## 2.4 Kosteneffectiviteit

---

Een interventie is kosteneffectief (oftewel doelmatig) als de zorgkosten die ermee gepaard gaan in verhouding staan tot het behaalde behandelresultaat en de effecten op de kwaliteit van leven. Hierbij worden de kosten en effecten van een interventie vergeleken met een standaardinterventie, geen interventie of alternatieve interventie. Het gaat hierbij zowel om directe zorgkosten als indirecte kosten bijvoorbeeld die veroorzaakt worden door arbeidsverzuim.

Er zijn een aantal studies naar kosteneffectiviteit van online hulpverlening gedaan. Hieruit bleek dat de eerder genoemde vormen (onbegeleide zelfhulp, begeleide zelfhulp en online behandelingen) kosteneffectief kunnen zijn (Warmerdam et al., 2010; Blankers et al., 2012).

Ook op populatieniveau kan er het een en ander gezegd worden over de kosteneffectiviteit van online hulpverlening. Gezondheidszorgsystemen en zorgbeleid spelen een cruciale rol in het bevorderen van het gebruik van online hulp in de toekomst. De meeste zorgaanbieders worden ofwel door voorschriften of door overeenkomsten met verzekeringsmaatschappijen aangespoord om interventies met een optimale efficiëntie te bieden aan hun patiënten. Online hulpverlening kan hier een belangrijke rol in gaan spelen. Smit et al. (2011) evalueerden de kosteneffectiviteit van de invoering van online hulp bij schadelijk alcoholgebruik in de Nederlandse gezondheidszorg. Ze concludeerden dat de invoering van effectief bevonden online interventies de kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg in Nederland voor schadelijk alcoholgebruik zou verhogen. Het kan zelfs kostenbesparingen opleveren wanneer conventionele ambulante behandelcontacten deels worden vervangen door online contacten.

## 2.5 Toekomstig onderzoek

---

Blended hulpverlening en mHealth zijn sterk in ontwikkeling. Hoewel op dit moment naar ons weten nog geen grootschalig gerandomiseerd onderzoek wordt uitgevoerd om de kosten en effecten van deze nieuwe vormen van hulpverlening af te zetten tegen het reguliere aanbod, is de hoop dat de combinatie van face-to-face en (mobiel) internetcontact met de behandelaar

en met andere cliënten kan leiden tot efficiënter werken en meer zelfredzaamheid bij cliënten. Onderzoek hiernaar is wenselijk.

Daarnaast is meer onderzoek nodig naar welke behandelingen voor wie effectief zijn. Welke mensen hebben bijvoorbeeld meer baat bij traditionele therapie en welke mensen bij internetinterventies? Verder is nog weinig bekend wat precies de werkzame onderdelen zijn van online interventies. Dit is overigens ook niet duidelijk bij de reguliere hulpverlening. Om deze vragen te kunnen beantwoorden, zijn echter zeer grote steekproeven nodig. Online hulpverlening kan hieraan een zeer waardevolle bijdrage leveren, omdat het veel gemakkelijker en – in verhouding – goedkoper is om grote aantallen mensen te werven voor onderzoek. Ten slotte is het wenselijk dat meer onderzoek gedaan wordt naar het belang van niet-zorginhoudelijke aspecten, zoals aantrekkelijkheid en gebruikersgemak van de interventie en de implementatie van interventies in de praktijk.

## Meer informatie

---

Dit hoofdstuk heeft getracht om in begrijpelijke taal bondig weer te geven wat de huidige stand van zaken is omtrent effectiviteitsonderzoek naar online hulpverlening bij psychische problemen. Voor een actueler en diepgaander overzicht verwijzen we graag naar een aantal andere bronnen:

'Wat werkt bij online hulp', een overzicht van het NJI-onderzoek naar online interventies voor de jeugd  
(► <http://tinyurl.com/cu8thm5>)

Kennisynthese eMental-health (nieuwe overzichtsstudie van Riper e.a., 2013) (► [http://www.e-hulp.nl/media/uploads/files/Kennisynthese\\_2013\\_Preventie\\_en\\_eMental\\_Health\\_-\\_Riper\\_28\\_mei.pdf](http://www.e-hulp.nl/media/uploads/files/Kennisynthese_2013_Preventie_en_eMental_Health_-_Riper_28_mei.pdf))

Onderzoeken online hulpverlening, een overzicht van de belangrijkste onderzoeken op het gebied van online hulpverlening, samengesteld door E-hulp.nl (► <http://www.e-hulp.nl/onderzoeken>)

Dossier effectiviteit: ► <http://www.e-hulp.nl/dossiers/effectiviteit/>



<http://www.springer.com/978-90-368-0376-2>

Handboek online hulpverlening

Met internet Zorg en Welzijn verbeteren

Schalken, F.

2013, XII, 145 p. 10 illus. With online files/update.,

Softcover

ISBN: 978-90-368-0376-2