

Vaktherapie online; het perspectief van vaktherapeuten

Resultaten van de enquête over online vaktherapie

Vaktherapeuten stonden vanwege het begin van de coronacrisis vanaf half maart 2020 voor de uitdaging om direct over te gaan tot het aanbieden van een vorm van vaktherapie op afstand. Fysieke aanwezigheid mocht op veel werkplekken niet meer vanwege de lockdown. Om nog contact te kunnen houden met cliënten werd het beeldbellen massaal ingesteld. Vaktherapeuten moesten in sneltreinvaart innoveren. Wat konden zij nog wel of niet doen in hun therapie? Welke mogelijkheden en beperkingen zien zij en welke kansen op de langere termijn? In dit artikel gaan we in op online vaktherapie vanuit het perspectief van vaktherapeuten.

Suzanne Haeyen

Introductie

De coronacrisis heeft ervoor gezorgd dat de geestelijke gezondheidszorg zich enkele maanden in hoge mate online afspeelde. Noodgedwongen kwamen vaktherapeuten in de situatie dat zij hun therapie online moesten aanbieden. Maar wat vinden zij er eigenlijk van? Wat is de eerste houding ten aanzien van dit online werken in vaktherapie? Zien vaktherapeuten mogelijkheden, of juist vooral onmogelijkheden? Om dit te onderzoeken is er een enquête uitgezet onder vaktherapeuten: de beeldend therapeut, danstherapeut, drama-therapeut, muziektherapeut, psychomotorisch (kinder)thera-

peut en de speltherapeut. Dit gebeurde vanuit het Bijzonder Lectoraat Vaktherapie bij Persoonlijkheidsstoornissen van Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Methode

Deze enquête betreft een inventariserend onderzoek naar online vaktherapie (individueel of groepsgericht) vanuit het perspectief van vaktherapeuten (Bakker & Van Buuren, 2014). De enquête werd tweemaal afgenomen: aan het begin van de coronacrisis (maart/april 2020) en na drie maanden (juni/juli 2020). De centrale onderzoeksvraag was: wat zijn de meningen over en ervaringen met online werken van vaktherapeuten.

De enquête bestond bij de eerste afname (T1) uit 16 vragen en werd bij de tweede afname (T2) uitgebreid naar 24 vragen. Antwoordschalen betroffen meervoudige keuzeopties, 5-punts Likert schalen, twee vragen met een 10-punts schaal en open vragen. Respondenten werden geworven via *social media* platforms (Twitter, LinkedIn, Facebook) en via nieuwsbrieven van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

De vragen gingen over demografische en professionele kenmerken (leeftijd, geslacht, werksetting, vaktherapeutische differentiatie), ervaring met online werken in vaktherapie en over meningen en ervaringen over online werken.

In dit artikel:

- worden opzet en resultaten beschreven van een enquête onder vaktherapeuten over het inzetten van online vaktherapie;
- wordt de mening en de ervaringen van vaktherapeuten met betrekking tot online vaktherapie in kaart gebracht;
- blijkt dat vaktherapeuten open staan voor online vaktherapie maar ook kritisch zijn. Men ziet de innovatieve waarde maar er is behoefte aan *best practices* en kennisontwikkeling.

Tabel 1: Demografische gegevens.

	T1, N=281	T2, N=71
Gemiddelde leeftijd	43.5 (SD=12.26)	42.79 (SD=14.06)
Geslacht	*	87.32 ♀; 12.68 ♂
Werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg	45.91%	67.61%
Werkzaam in jeugdzorg	12.46%	5.63%
Werkzaam in kind- en jeugdpsychiatrie	8.90%	9.86%
Werkzaam in verstandelijke gehandicaptenzorg	7.83%	14%
Psychomotorisch (kinder)therapeut	*	36.99%
Beeldend therapeut	*	36.99%
Dramatherapeut	*	17.81%
Muziektherapeut	*	5.48%
Anders	*	2.74%

* Gegevens onbekend

Bijvoorbeeld over of men van mening was of het mogelijk is een vaktherapeutische werkrelatie op te bouwen via online vaktherapie en hoe men tegenover online vaktherapie staat. Er werd gevraagd waar online vaktherapie het beste toe te passen zou zijn en naar ervaringsgericht werken in de sessies. Ook werd gevraagd welke digitale middelen werden ingezet en wat men ziet als voor- en nadelen van online vaktherapie ten opzichte van face-to-face, behandeling. In de enquête en in dit artikel wordt de term 'face-to-face' gedefinieerd als 'in elkaars directe fysieke aanwezigheid'. In de tweede enquête werd verder doorgevraagd. Bijvoorbeeld of men denkt dat online vaktherapie geschikt is voor het voeren van een intake, of men online vaktherapie uiteindelijk ziet als waardevol, waar voorkeur naar uit gaat (online of face-to-face), en of dit ook zo is bij gelijke mate van effectiviteit. Ten slotte werd gevraagd in welke situatie en bij welke cliënt de voorkeur uit zou gaan naar face-to-face, dan wel online vaktherapie. Er was ruimte voor toelichtingen en suggesties.

Het invullen van de vragenlijst kostte circa tien minuten. De groepen respondenten werden bij T1 en T2 apart geworven, waardoor het bij de tweede afname niet dezelfde groep respondenten betrof maar een nieuwe groep die waarschijnlijk deels overlapte. Daarom werden verschillen berekend en geen veranderingsscores berekend. Het zijn dus twee onafhankelijke steekproeven. De resultaten werden verzameld via Microsoft Forms en uitgewerkt met SPSS (IBM Corp., 2013).

Resultaten

Demografische en professionele kenmerken van de deelnemers

T1 betrof 281 deelnemers, T2 71. Bij T1 betrof de gemiddelde leeftijd 43.5 jaar (SD=12.26) en bij T2 42.79 jaar (SD=14.06). Bij T2 was 87.32% vrouw, 12.68% man. Het

merendeel van de deelnemers werkte in de geestelijke gezondheidszorg (45.91%) en dat was zelfs nog meer bij T2 (67.61%). Overige deelnemers werkten in de jeugdzorg (T1: 12.46%, T2: 5.63%), kind- en jeugdpsychiatrie (8.90% en 9.86%), en verstandelijke gehandicaptenzorg (7.83% en 14%). De overige deelnemers werkten in andere settings. Wat betreft vaktherapeutische differentiatie zijn de beeldend therapeuten en psychomotorisch therapeuten in gelijke mate vertegenwoordigd, beide groepen met 36.99%. De dramatherapeuten zijn vertegenwoordigd met 17.81%, muziektherapeuten 5.48% en de categorie

De ervaren werkdruk die bij aanvang hoog was werd na drie maanden iets lager gescoord

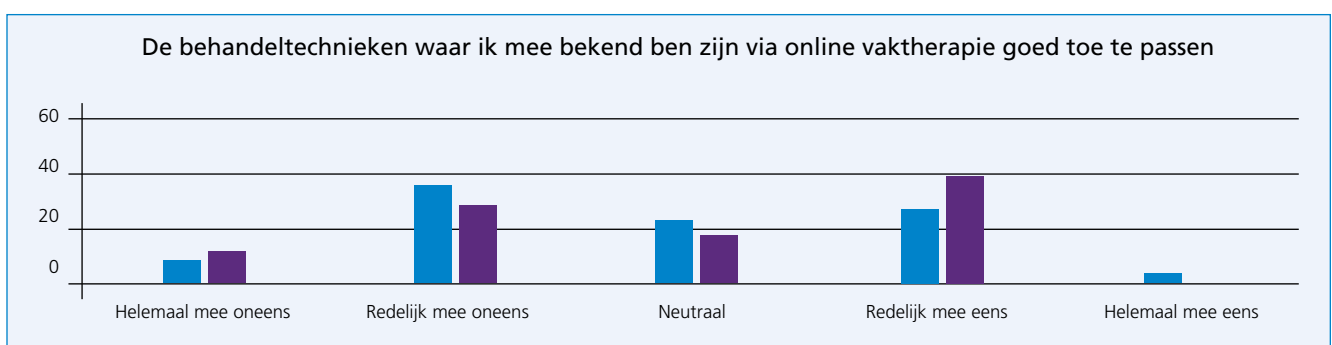
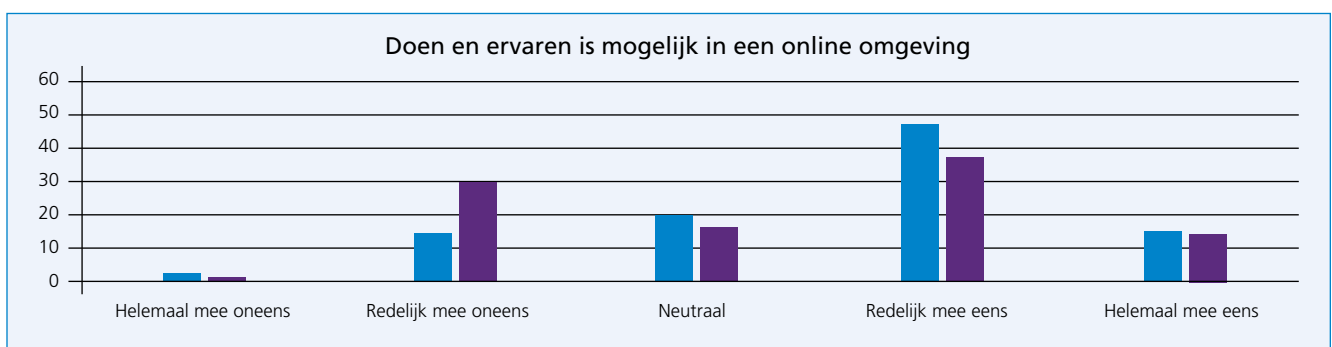
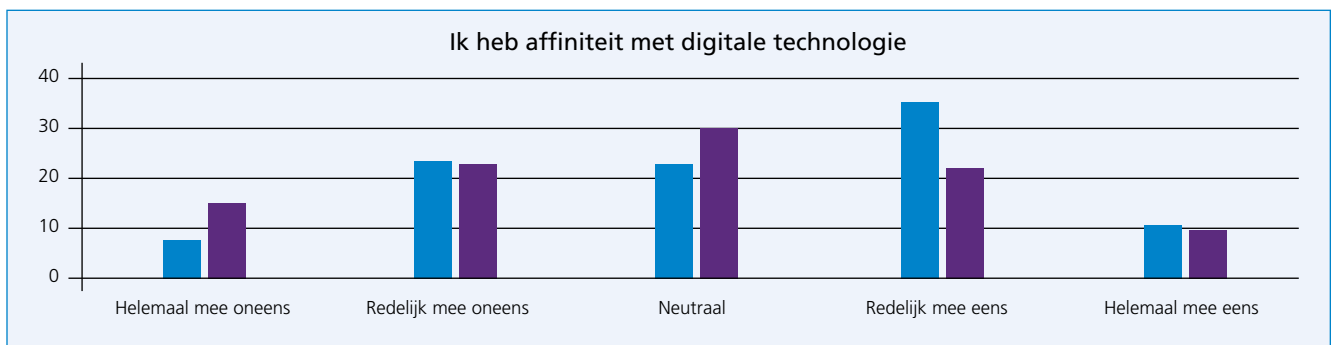
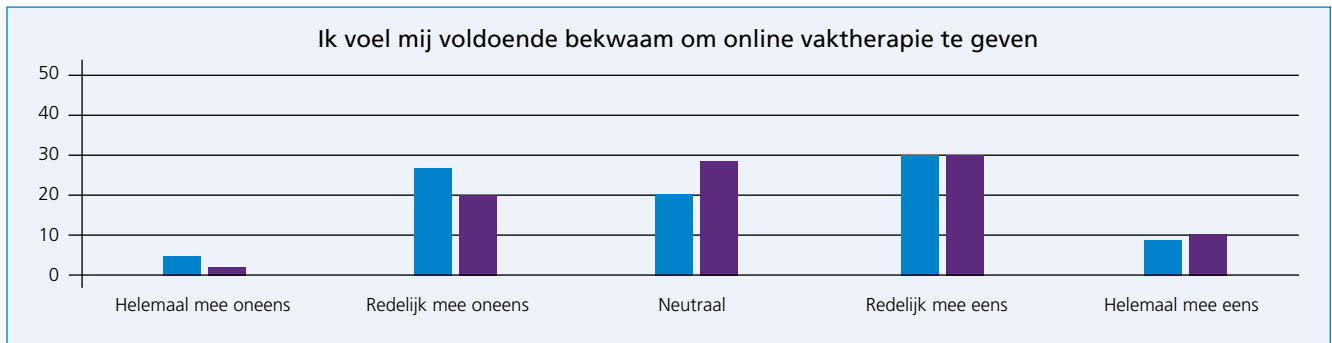
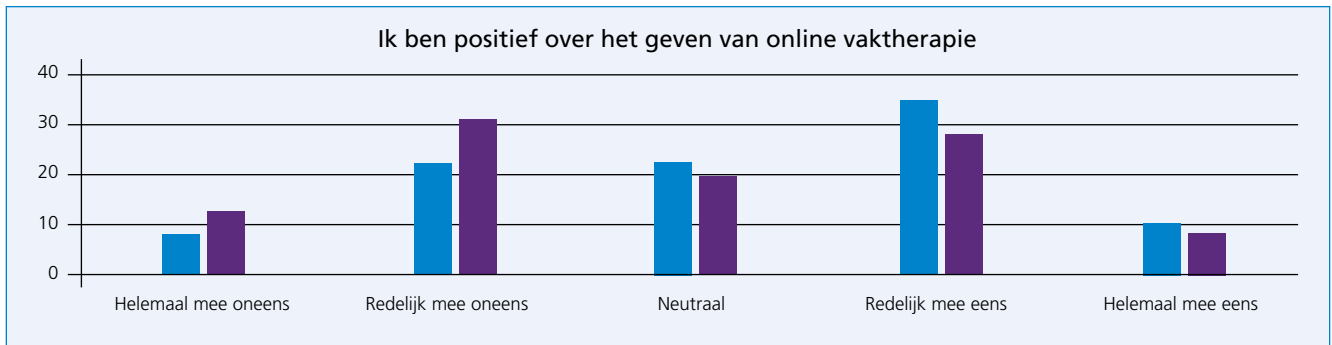
'anders' met 2.74%. Dit geldt voor T2; de gegevens over de verdeling van vaktherapeuten ontbreken bij T1 vanwege een technisch mankement.

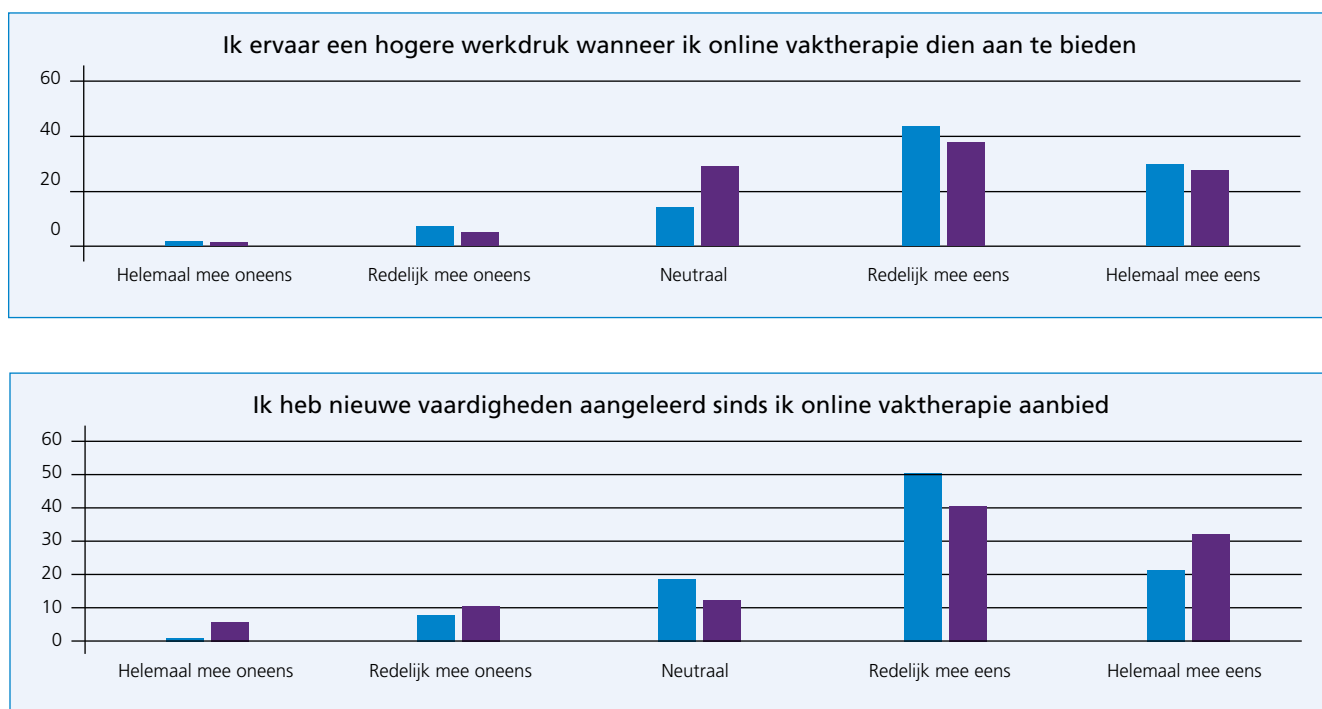
Eerdere ervaring met online werken in vaktherapie

Bij T1 gaf 77.2% aan *helemaal geen* eerdere ervaring te hebben in het geven van online vaktherapeutische behandelingen en 13.9% *bijna geen* ervaring. Slechts drie deelnemers gaven aan *veel tot zeer veel* ervaring te hebben in het geven van online vaktherapeutische behandelingen. Bij T2 blijft dit gelijk in vergelijking met T1 (85.9% *helemaal geen* en 8.5% *bijna geen* ervaring).

Therapeutische relatie

Op de stelling dat het opbouwen van een goede therapeutische relatie via online vaktherapie mogelijk is, geeft





Figuur 1 t/m 7: Houding ten opzichte van online vaktherapie in percentages. ■ N=281 ■ N=71

10.3% aan het hier *helemaal mee eens* te zijn, 43.1% is het hier *redelijk mee eens*. Ook bij T2 is het grootste deel van de vaktherapeuten het hier mee eens (8.5% *helemaal mee eens* en 49.3% *redelijk mee eens*).

Houding ten opzichte van online vaktherapie

De stellingen met betrekking tot de houding ten aanzien van online vaktherapie gingen over het wel of niet positief hier tegenover staan, het zich voldoende bekwaam voelen om online vaktherapie te geven, het hebben van affiniteit met digitale technologie, en of doen en ervaren mogelijk is in een online omgeving. Een deel is redelijk positief over online vaktherapie (*redelijk mee eens*; T1=35.9; T2=28.2; *helemaal mee eens*; T1=10.7%; T2=8.5%) terwijl een haast even groot deel het daar *redelijk mee oneens* (T1=22.4; T2=31%) is. Van de vaktherapeuten voelt 31.6% zich *redelijk tot geheel onbekwaam* bij T1 en bijna een kwart van de respondenten (22.5%) geeft dit aan bij T2. De groep vaktherapeuten laat dus verdeeldheid zien. De affiniteit met digitale middelen scoort op het tweede moment iets lager, evenals de overtuiging dat doen en ervaren mogelijk is via online werken. De ervaren werkdruk die bij aanvang hoog was werd na drie maanden iets lager gescoord en men gaf aan meer nieuwe vaardigheden te hebben aangeleerd. De volledige resultaten zijn terug te zien in Figuur 1 t/m 7.

Toepasbaarheid online vaktherapie

Aan de vaktherapeuten is bij T1 en T2 gevraagd binnen welke therapeutische setting online vaktherapie het beste toepasbaar zou zijn. Men gaf beide keren aan te denken dat binnen de geestelijke gezondheidszorg online vakthe-

rapie het *beste toepasbaar* is (T1=45.55%; T2=52.11%). Dat het *relatief goed toepasbaar* is binnen het ziekenhuis (15.66% en 19.72%) en de revalidatie (17.79% en 19.72%). Bij T1 werd de jeugdzorg vrij hoog gescoord met 23.84% en op T2 is dit slechts 11.27%. Bij deze vragen opmerkingen geplaatst als: 'online vaktherapie kan alleen als er al face-to-face contact geweest is'; 'digitale vaardigheden of mogelijkheden (devices) van cliënten zijn soms te

Uit de vrije opmerkingen bleek dat men worstelde met hoe vorm te geven aan online vaktherapie

beperkt (kinderen, ouderen en verstandelijk beperkten)', 'het is toepasbaar zolang de cliënt niet in acute crisis zit'. Men ziet de meeste mogelijkheden voor individuen die digitaal hun weg weten te vinden, meestal jongeren en volwassenen met zelfredzaamheid en vermogen tot reflecteren en structureren.

Gebruik online vaktherapie

De vraag naar hoe er gewerkt werd in de sessies, laat zien dat het merendeel van de respondenten een half ervaringsgerichte manier van werken hanteert in de sessies. Hierbij werd deels actief ervaringsgericht gewerkt in de sessie, gecombineerd met voor- en nabespreking van thuisonopdrachten. Dit percentage is na drie maanden hoger terwijl de enkel voor-en nabesprekingsgerichte vorm en het

Tabel 2: Werkwijze online vaktherapie.

	T1, N=281	T2, N=71
Voor- en nabesprekingsgerichte vorm met thuisopdracht	23.13%	15.68%
Half ervaringsgerichte vorm*	36.65%	54.93%
Geheel ervaringsgerichte vorm in de sessie	19.57%	12.68%
Niet van toepassing	-	10%
Anders	20.64%	7%

* Deels actief ervaringsgericht werken in de sessie; deels voor- en nabespreking thuisopdracht

Tabel 3: Digitale technologie.

	T1, N=281	T2, N=71
Beeldbellen	92.1%	88.73%
Chat/mail	26.27%	27.12%
Gaming/Virtual Reality*	1%	4.23%

* Hierbij werd opgemerkt dat ook gebruikgemaakt werd van digitaal beeldscherm delen, online modules vanuit de instelling en Youtube.

geheel ervaringsgerichte werken juist lager scoort op T2 (met 6 tot 7.45%) (Tabel 2).

Digitale technologie die gebruikt werd bij het geven van online vaktherapie was hoofdzakelijk beeldbellen: 92.17% bij T1 en 88.73% bij T2. Verder werd gebruikgemaakt van chat/mail (26.27%) of telefoon (27.12%). Van *gaming* en *virtual reality* werd minimaal gebruikgemaakt: 1% bij T1 en na drie maanden 4.23%. Hierbij werd opgemerkt dat ook gebruikgemaakt werd van digitaal beeldscherm delen, online modules vanuit de instelling en Youtube.

Bij T1 gaf 67.97% van de respondenten online vaktherapie op individuele basis, na drie maanden was dit 40.7%. In het begin gaf 3.56% online groepstherapie, dit was na drie maanden 11.3%. Opvallend is dat het niet geven van online vaktherapie hoger ligt na drie maanden, dit was 3.56% (T1) en is na drie maanden 8.5% (T2).

Uit de vrije opmerkingen komt naar voren dat men worstelde met hoe vorm te geven aan online vaktherapie. Men rapporteerde goede ervaringen met de combinatie met schematherapie, mogelijk omdat hierbij gewerkt wordt met rollenspel/stoelentechniek. Sommigen zagen het heen-

gen dat het online werken een meer directieve houding van hen vraagt.

Voordelen online vaktherapie ten opzichte van face-to-face

Over het geheel gezien werden als belangrijkste voordelen gescoord: de mogelijkheid om de cliënt in de eigen leef-omgeving te zien (28.7%), het grotere appèl dat via online werken op de cliënt gedaan wordt (16.8%), en dat zelfredzaamheid wordt vergroot en er meer verantwoordelijkheid voor het eigen proces is (11.3%). Na drie maanden worden deze aspecten ook nog gewaardeerd (respectievelijk 17.9%; 9.2%; 7.3%). Tegelijkertijd is er een opvallend verschil in score vergeleken met T1 te zien bij de voordelen dat de cliënt geen reistijd heeft en daardoor gemakkelijker deelneemt aan de therapie en dat gemakkelijker een transfer gemaakt wordt naar de (thuis)situatie van de cliënt (Tabel 4). Opmerkingen waren dat cliënten gemakkelijker hun eigen tempo kunnen bepalen en dat non-verbale signalen vrijer besproken kunnen worden.

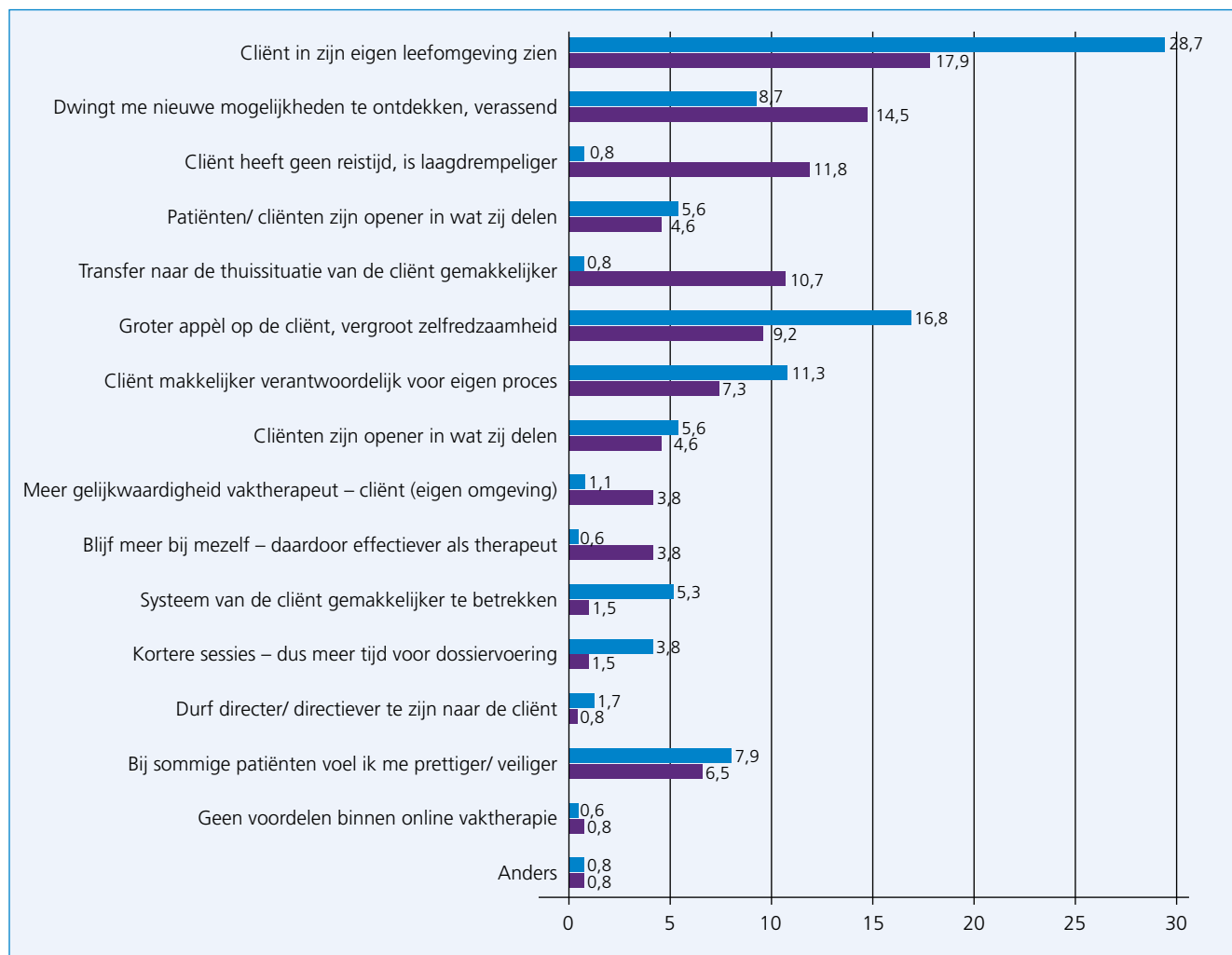
Nadelen van online vaktherapie ten opzichte van face-to-face behandeling

Als belangrijkste nadelen werden gescoord: dat de internetverbinding (11.5%) of de technische middelen niet goed genoeg zijn (11.7%), de lichaamstaal van de cliënt onvoldoende waar te nemen is (10.9%) of dat in ervaringsgerichte werkvormen onvoldoende waar te nemen is wat er gebeurt (10.5%). Geen fysieke vaktherapie-ruimte ter beschikking hebben, ervaart men als nadeel. Een opvallende stijging bij T2 is het missen van menselijk contact en verbinding (T1=0.3%; T2=9.0%). De grensvervaging tussen werk en privé door het online werken scoort op T2 hoger (T1=0.1%; T2=4.3%). Bij T1 wordt gescoord dat online

Therapeuten zien het online werken vooral als toevoeging, niet als vervanging van het face-to-face werken

en-weer sturen per post van beeldend werk als manier om objectconstantie te versterken en isolement tegen te gaan. Sommigen vonden online vaktherapie minder van kwaliteit. Kinderen bleken niet altijd goed te bereiken, terwijl ouderbegeleiding online prima ging. Ook ervaren sommi-

Tabel 4: Voordelen online vaktherapie ten opzichte van face-to-face in percentages (■ T1 (N=281) en ■ T2 (N=71)).



werken meer energie kost; dit komt bij T2 niet terug (Tabel 5). Opmerkingen waren dat sommige cliënten (bijvoorbeeld met dementie) niet begrijpen hoe beeldbellen werkt, dat soms fysieke nabijheid gewenst is (bijvoorbeeld bij palliatief werken), dat cliënten regie hebben over het verbreken van het contact en dat huisgenoten de computer ook nodig hebben.

Online intake

De meeste vaktherapeuten geven aan dat zij alleen een online intake willen doen als het niet anders kan (T1=55.52% en T2=61%). Een redelijk deel ziet het wel als mogelijkheid (32.74% en 28%). Een klein deel vindt het geen optie (6.41% en 7%). Bij de opmerkingen wordt gesteld dat het contact beperkt is, dat non-verbale reacties en zicht op materiaalinteractie gemist wordt.

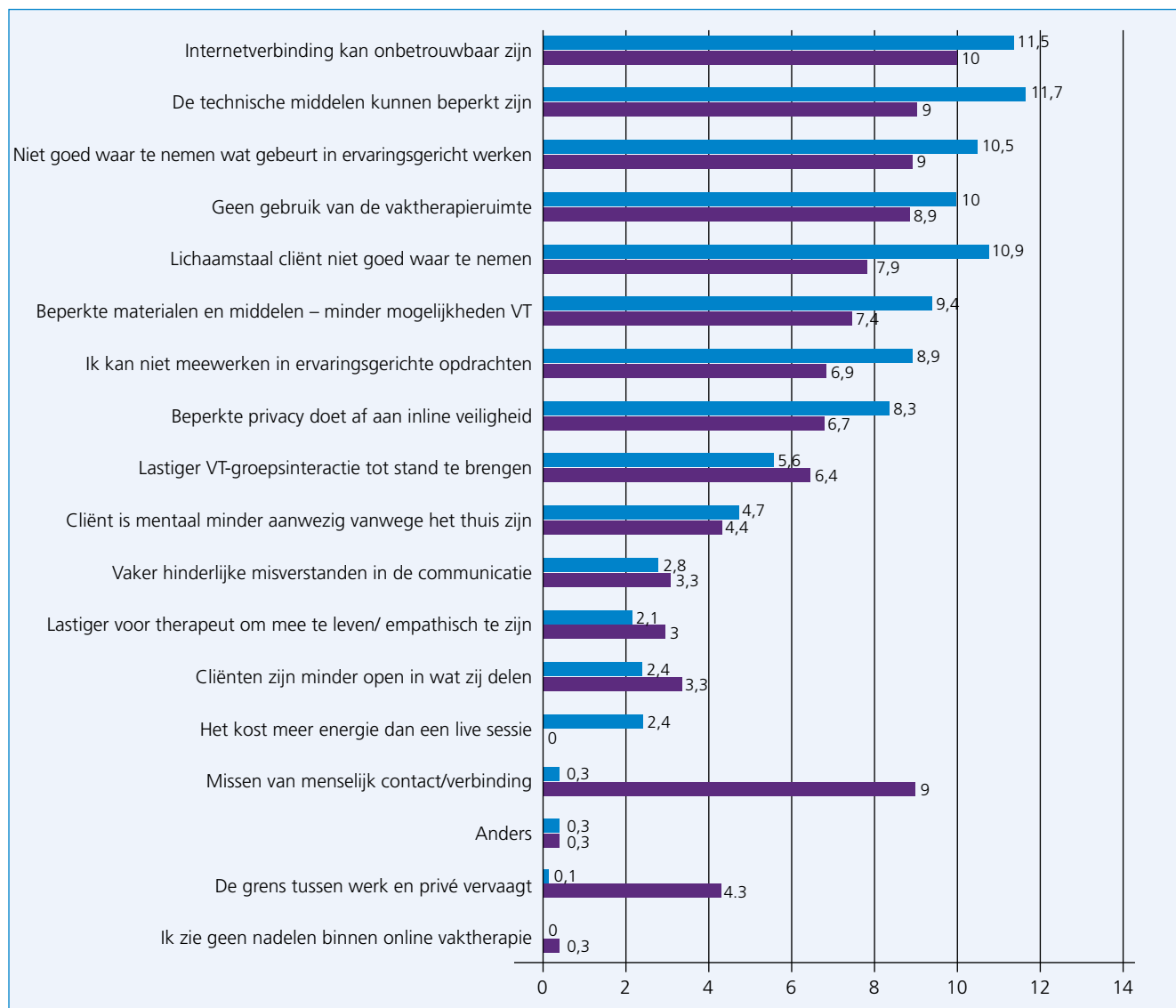
Toekomst en voorkeur

De vraag of men overweegt om in de toekomst meer online therapie te gaan geven werd op een schaal van 1-10 net onder het gemiddelde gescoord: gemiddeld een 4.62 (SD=2.64) bij T1 en na drie maanden gemiddeld een 4.35

(SD=2.68). Of men het inzetten van online vaktherapie als waardevol ziet werd op eenzelfde 10-punts schaal gescoord met een gemiddelde van 5.46 (SD=2.50) bij T1 en na drie maanden met een gemiddelde van 4.85 (SD=2.75).

Bij deze vragen werden veel opmerkingen geplaatst. Deze laten zien dat men het online werken vooral ziet als toevoeging/aanvulling maar niet als vervanging van het face-to-face werken. Men prefereert direct contact maar men ziet wel mogelijkheden, voordelen en meerwaarde van online werken. Men was verrast door wat mogelijk was. Sommigen gaven aan *'te snakken naar weer live op locatie te kunnen werken'* vanuit de behoefte aan nabijheid, fysieke aanwezigheid, het kunnen interveniëren in het vaktherapeutisch werken en de mogelijkheden die een vaktherapie ruimte biedt. Het ontladend werken in vaktherapie zou een stuk lastiger zijn en minder veilig zonder deze mogelijkheden. Toch werd ook genoemd dat getraumatiseerde cliënten juist opener waren tijdens het online werken, door de afstand werd er soms juist meer gedeeld. Een opvallende uitspraak is: *'ik praat meer en doe minder'*. Het online werken beperkt spel mogelijkheden voor de een, terwijl de ander aangeeft dat het creativiteit verhoogt. Ook

Tabel 5: Nadelen online vaktherapie ten opzichte van face-to-face in percentages (■ T1 (N=281) en ■ T2 (N=71)).



werd gesteld dat de ene vaktherapie er makkelijker mee uit de voeten kan dan de andere, terwijl iedere discipline wel mogelijkheden zag. Muziektherapeuten noemden problemen met de digitale beperking (vertraagd geluid) waardoor samenspel/samen zingen niet mogelijk is. Beeldend therapeuten ervaren dat er minder sensopatisch gewerkt kan worden.

Men ziet het online werken als een redelijk alternatief in nood, als mogelijkheid voor een na-traject, voor fysiek beperkte cliënten en het makkelijker betrekken van het systeem. Dit is afhankelijk van de doelgroep waarmee men werkt; opgemerkt wordt dat ouderen, verstandelijk beperkten, heel jonge kinderen vaak moeilijk te bereiken zijn.

Vaktherapeuten geven aan behoefte te hebben om online behandel aanbod verder te ontwikkelen (werkvormen, modules, *blended* werken). Men ziet een sterke leercurve en wil vaardiger worden. Er is een behoefte aan intervisie, scholing en het verzamelen van *best practices*.

Voorkeur bij gelijke effectiviteit?

Gevraagd werd of, bij gebleken gelijke effectiviteit, de eigen voorkeur nog steeds overeind zou blijven. Negentig procent van de respondenten gaf aan dan nog steeds de voorkeur te hebben voor face-to-face omdat men directer contact ervaart met de cliënt en meer mogelijkheden. Men geeft aan online werken vermoeiend te vinden. Men ziet een combinatie van online en face-to-face wel zitten, met als voorwaarde er meer vaardigheid in te hebben. Het merendeel (64.79%) geeft aan bij voorkeur face-to-face te willen behandelen; met name bij cliënten waarbij privacy niet gewaarborgd is tijdens online vaktherapie, bij cliënten die weinig kunnen met digitale middelen; ouderen met geriatrische problematiek, cliënten met psychotische kenmerken of spraak-/taalproblemen. Bij de opmerkingen werd genoemd dat men cliënten keuzemogelijkheid wil geven voor face-to-face of online behandeling. Ook werd gevraagd wanneer (in welke situatie/bij welke cliënt) de voorkeur zou uitgaan naar online vaktherapie.

Hierbij werd het meest gescoord: bij een crisissituatie zit waarbij online vaktherapie de enige mogelijkheid is tot het in stand houden van een relatie. Ook heeft het de voorkeur bij cliënten: die op grote afstand zijn, die gemakkelijk afzeggen/afhaken, met fysieke kwetsbaarheid of die veel moeite hebben met afstand/nabijheid.

Discussie

Dit onderzoek is uitgevoerd onder een grote groep vaktherapeuten in twee afnamerondes met een periode van drie maanden ertussen. De meeste respondenten waren beeldend of psychomotorisch therapeut, een kleiner aantal drama- of muziektherapeut. De verdeling van demografische en professionele kenmerken komt in sterke mate overeen met de verdeling in het werkveld zoals bekend (LOO VTB, 2016). Concluderend zien we dat het grootste deel van de vaktherapeuten weinig tot geen ervaring heeft met het geven van online vaktherapeutische behandelingen.

Men voelt zich op het tweede meetmoment iets meer bekwaam. Meer dan de helft van hen vindt dat er een therapeutische relatie online opgebouwd kan worden en zij hebben nieuwe vaardigheden ontwikkeld. Men ziet dat doen en ervaren, een centraal aspect van vaktherapie, mogelijk is via online werken. Echter, de affiniteit met digitale technologie is op het tweede meetmoment lager en men ervaart ook meer werkdruk. Men ziet online vaktherapie als het best toepasbaar binnen de ggz, maar dit is wel afhankelijk van de cliënt. Cliënten met een verstandelijke beperking, ouderen en jonge kinderen zijn het moeilijkst te bereiken via online vaktherapie. Ook hangt de toepasbaarheid samen met beschikbaarheid van digitale middelen en een goede internetverbinding. Vaktherapeuten werkten met name half ervaringsgericht waarbij gebruikgemaakt wordt van beeldbellen. Gaming en virtual reality worden nog maar minimaal gebruikt. Online vaktherapie werd vooral gegeven op individuele basis, alhoewel groepstherapie relatief vaker voorkwam na drie maanden.

Als voordeel van online vaktherapie wordt gezien dat de therapeut de cliënt in zijn/haar eigen leefomgeving kan zien. Verder zag men het grotere appèl dat via online werken op de cliënt gedaan wordt als positief, wat zelfredzaamheid vergroot en de cliënt meer verantwoordelijkheid voor het eigen proces geeft. Na drie maanden noemt men dat de cliënt geen reistijd heeft, daardoor gemakkelijker deelneemt aan de therapie, en er gemakkelijker een transfer gemaakt kan worden naar de eigen (thuis-)situatie van de cliënt. Het grootste nadeel dat genoemd wordt is dat de internetverbinding en de technische middelen niet in orde kunnen zijn. Ook is de lichaamstaal van de cliënt vaker onvoldoende waar te nemen, men kan niet goed zien wat er in het ervaringsgerichte werken gebeurt, men heeft geen fysieke vaktherapie-ruimte ter beschikking en dus minder mogelijkheden. Opvallend is dat men vooral op het tweede meetmoment vaker aangeeft het menselijk contact en ver-

binding te missen. Ook ervaart men grensvervaging tussen werk en privé.

Al met al lijkt er sprake van een fifty-fifty verdeling, waarbij de ene helft van de vaktherapeuten online vaktherapie wel als waardevol ziet en de andere helft niet. Veel vaktherapeuten geven aan dat vaktherapie een therapievorm is die juist face-to-face gedaan moet worden, maar zij staan toch ook open voor digitale mogelijkheden of een combinatie van afwisselend face-to-face en digitaal contact. Wanneer beide vormen even effectief blijken te zijn geeft het merendeel aan nog altijd face-to-face behandelingen te willen geven. Desondanks ziet men wel mogelijkheden voor het aanbieden van online vaktherapie.

Onderzoek naar therapie online

Deze fifty-fifty verdeling is ook terug te zien in het onderzoek van Békés & Aafjes-van Doorn (2020). Zij tonen aan dat er een enigszins positieve houding is bij de meeste (psycho)therapeuten wanneer het gaat over online therapie. Recent onderzoek van Blumenstyk (2020) en Tuerk et

Vaktherapeuten werken met name half ervaringsgericht waarbij gebruikgemaakt wordt van beeldbellen

al. (2019) laat zien dat wanneer een therapeut zich digitale vaardigheden eigen heeft gemaakt, er veel voordelen zitten aan de digitale technologie en behandeling. Het maakt de therapeut onder andere meer flexibel en behendig, ook in tijden zonder crisis. De afgelopen jaren is al meermaals aangetoond dat online (psycho)therapie geven wel degelijk kan (Berger, 2017; Wind et al., 2020). Zo is er wetenschappelijke evidentie dat online therapie effectief is voor cliënten met een angst- en/of stemmingsstoornis (Berryhill et al., 2019) en dat internet-interventies goed werken, zoals een e-health module, en dus van waarde zijn voor behandeling en het aanbod kunnen vergroten (Andersson, 2016; Karyotaki et al., 2018). Belemmeringen om meer online behandelingen in te zetten blijken vooral ervaringen uit het verleden met online therapie (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020).

Onderzoek naar vaktherapie online

Op het gebied van vaktherapie is ook onderzoek gedaan naar online werken. Een recent onderzoek in de Verenigde Staten, zeer vergelijkbaar met de enquête in dit artikel, komt qua resultaten sterk overeen met wat in de voorliggende enquête gevonden is (Choudhry, MPP & Keane, 2020). Deze Amerikaanse vaktherapeuten gaven aan meer digitale vaardigheden geleerd te hebben tijdens de COVID-19 pandemie en gebruikten ook voornamelijk videobellen

en telefonisch contact. Ze konden hierdoor nu ook therapie geven aan cliënten die voorheen geen toegang hadden tot de geestelijke gezondheidszorg. Er kwam ook een aantal overeenkomstige nadelen naar voren: 52.3% ervaart problemen met de technologie en 62.5% heeft geen toegang tot een fysieke ervaringsgerichte ruimte of materialen (78.2%) (Choudhry, MPP & Keane, 2020).

Limitaties en krachtige punten van dit enquête-onderzoek

Het hier beschreven enquêteonderzoek kent behalve een aantal krachtige punten ook een aantal beperkingen. Ten eerste: in het huidige onderzoek is het cliëntperspectief niet meegenomen. Hoe zij het online werken hebben ervaren en wat hun mening hierover is, zou een meer compleet beeld geven. Er is nu gekozen voor het perspectief van vaktherapeuten, als zijnde de aanbieders, die het online werken zich eigen moesten maken in korte tijd. Ten tweede: er was sprake van twee steekproeven met verschillende respondenten. Wanneer dit dezelfde proefpersonen waren dan was vast te stellen wat veranderd is na drie maanden. Daarom is de verandering tussen meetmoment 1 en 2 enkel met enige terughoudendheid te duiden. Daar tegenover staat dat, kijkend naar demografische en professionele kenmerken van de respondenten, de groepen behoorlijk overeenkomstig zijn. Ook zijn de groepen redelijk groot waardoor er waarschijnlijk wel sprake is van een representatief beeld. Opvallend was het verschil in enthousiasme voor deelname bij de twee meetmomenten; bij aanvang (het begin van de coronacrisis) was de noodzaak sterk om uit te vinden hoe online te werken en vaktherapeuten zochten elkaar actief op voor uitwisseling van kennis, ervaring en ideeën. De bereidwilligheid voor het invullen van de enquête was dan ook hoog. Na drie maanden was het verkrijgen van voldoende respondenten een stuk lastiger. Mogelijk was men vermoeid van het online werken en alle aanpassingen in deze coronatijd, maar dat is slechts een veronderstelling.

Een krachtig punt van dit onderzoek is de snelheid waarmee is ingespeeld op de actualiteit. Direct na het uitbreken van de coronacrisis is de enquête opgesteld en na drie maanden is deze herhaald. Hierdoor is een goed beeld

Digitale vaardigheden maakt de therapeut meer flexibel, ook in tijden zonder crisis

ontstaan van het perspectief van de vaktherapeut, bij het begin van de crisis en na een eerste periode ervaring opdoen met online vaktherapie. Een tweede krachtig punt is dat dit een rijk beeld geeft van wat vaktherapeuten op dit moment zien als de (on)mogelijkheden van online vak-

therapie en waarom men soms juist wel of niet daarvoor zou kiezen. Zo draagt dit onderzoek bij aan de kennisontwikkeling over online vaktherapie en geeft het aanknopingspunten voor verder onderzoek.

Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek zou zich ten eerste kunnen richten op het perspectief van de cliënt ten aanzien van online vaktherapie. Ten tweede zou de innovatie, die online vaktherapie is, nader ontwikkeld, beschreven en onderzocht kunnen worden. De mogelijkheden van digitale middelen in vaktherapie kunnen verder geëxploreerd worden, en interventies kunnen systematisch ontwikkeld worden zodat deze overdraagbaar zijn. Door goede beschrijvingen zijn deze online werkwijzen verder te onderzoeken op werkingsmechanisme en effectiviteit.

Het is niet meer weg te denken dat veel zaken zich online afspelen, dus waarom niet ook een gedeelte van de vaktherapeutische werkwijze? Het is belangrijk om met de tijd mee te gaan, niet stil te staan, zich verder te ontwikkelen met voldoende oog voor het daarin niet verliezen van belangrijke aspecten van het vak. Zo kan de noodzaak in deze coronatijd een deugd worden. Vaktherapeuten staan

Samenvatting

Door de coronacrisis kwamen vaktherapeuten noodgedwongen in de situatie dat zij hun therapie online moesten aanbieden. Via een enquête werd verkennend onderzoek verricht met als doel het in kaart brengen van meningen en ervaringen van vaktherapeuten. Deze enquête werd tweemaal afgenomen (maart/april) en na drie maanden (juni/juli). De enquête betreft twee onafhankelijke steekproeven (T1 (N=281) en T2 (N=71)), gemiddelde 43 jaar en merendeel vrouw (87%), meest werkzaam in ggz en jeugdzorg en meest beeldend therapeut of psychomotorisch therapeut. De helft van de vaktherapeuten ziet online werken als een aanvulling maar niet als vervanging van face-to-face behandelen. Gemist wordt: nabijheid in het contact, fysieke aanwezigheid en de mogelijkheden van de vaktherapieruimte. Als grootste voordelen werden gezien: het de cliënt in zijn/haar eigen leefomgeving zien, het grotere appèl dat op de cliënt gedaan wordt, dat zelfredzaamheid vergroot en de cliënt meer verantwoordelijkheid geeft voor het eigen proces. Vaktherapeuten staan open voor online vaktherapie maar zijn ook kritisch. Men ziet de innovatieve waarde maar er is behoefte aan *best practices* en kennisontwikkeling.

open voor online vaktherapie, zien de innovatieve waarde, maar zijn ook kritisch. Door online vaktherapie verder te onderzoeken, met aandacht voor best practices en kennisontwikkeling, kan de vaktherapie zich doorontwikkelen en wordt vaktherapie ook breder inzetbaar.

Met dank aan

Grote dank aan alle respondenten die bereid waren om een bijdrage te leveren aan dit onderzoek, aan Jackie Heijman voor het mee vormgeven en uitzetten van de enquête en Nathalie Jans voor haar bijdrage aan het inventariseren en beschouwen van de resultaten.

Literatuur

- Andersson, G. (2016). *Internet-delivered psychological treatments*. Annual Review of Clinical Psychology, 12, 157-179.
- Bakker, E. & Buuren, H. van (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen: Noordhoff.
- Békés, V. & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238-247. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000214>
- Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: a narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research*, 27(5), 511-524.
- Berryhill, M.B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H. & King, M. (2019). Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 25(6), 435-446.
- Blumenstyk, G. (2020). *Why coronavirus looks like a 'black swan' moment for higher ed*. Chronicle of Higher Education.
- Choudhry, R., MPP & Keane, C. (2020). *Art Therapy During A Mental Health Crisis: Coronavirus Pandemic Impact Report*. American Art Therapy Association.
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 22.0. Armonk, NY: Author.
- Karyotaki, E., Ebert, D.D., Donkin, L., Riper, H., Twisk, J., Burger, S., . . . & Geraedts, A. (2018). Do guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clinical psychology review*, 63, 80-92.
- LOO VTB. (2016). *Landelijk Domeinprofiel Bacheloropleidingen Vaktherapeutische Beroepen*. Nijmegen: Author.
- Tuerk, P.W., Keller, S.M. & Acerno, R. (2018). Treatment for anxiety and depression via clinical videoconferencing: evidence base and barriers to expanded access in practice. *Focus*, 16(4), 363-369.
- 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.

Over de auteur

Dr. Suzanne Haeyen is bijzonder lector Vaktherapie bij persoonlijkheidsstoornissen en coördinator inhoud/docent bij de Master Vaktherapie bij Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Zij is beeldend therapeut bij GGNet, centrum voor geestelijke gezondheid, afdeling Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek en leerkringvoorzitter vaktherapie en lid van Coöperatie KenVak.