

Het beste van beide werelden

Auteur: Frank van Wijk
Foto: HSK Groep

Mensen met psychische klachten kunnen in persoonlijke face to face contacten behandeld worden of via e-health toepassingen. Aan beide methoden kleven voor- en nadelen. Door de twee in combinatie aan te bieden, hoopt HSK Groep de voordelen van beide te kunnen combineren.

Mensen met psychische klachten kunnen terecht bij de reguliere ggz, maar ook bij een van de commerciële aanbieders op dit gebied. Een van die aanbieders is de HSK Groep. De claim van deze partij is: dankzij onze wetenschappelijk beproefde behandelmethodes én dankzij het feit dat we geen wachtlijsten hebben, zijn onze cliënten snel weer klachtenvrij. In zijn twintigjarige bestaan is de HSK Groep uitgegroeid tot een landelijke partij. Alle psychologen die eraan zijn verbonden, werken uniform, volgens vaste klachtspecifieke programma's, zodat cliënten, verwijzers en opdrachtgevers weten wat ze kunnen verwachten. Marc Verbraak was er al jaren – zijdelings – bij betrokken en is sinds vier jaar de inhoudelijk directeur.

Hoe bent u bij HSK Groep terechtgekomen?

“Mijn eerste contact ermee stamt al uit mijn studietijd. De drie letters van de naam staan voor de drie oprichters die in 1991 onder deze naam van start gingen: Hoogduin, Schaap en Kladler. De H is dus Kees Hoogduin en hij was de hoogleraar bij wie ik mijn scriptie schreef. We hebben daarna geruime tijd met elkaar samengewerkt en uiteindelijk ben ik ook bij hem gepromoveerd. Voordat ik geheel overstapte naar HSK, werkte ik onder andere een hele tijd bij Adhesie, een reguliere ggz-aanbieder in Deventer en Almelo die nu onderdeel uitmaakt van Dimence. Maar ik was ook al hoofd van het wetenschappelijk bureau van HSK. Toen Hoogduin met pensioen ging, vroeg hij me als inhoudelijk directeur. Ik zei ja omdat ik me thuis voelde bij de werkwijze en visie van HSK voor mensen met psychische stoornissen: kort, bondig, to the point en zonder poespas, maar wel zonder de menselijke maat uit het oog te verliezen. Waar het nodig is behandelen we patiënten ook lang.”

Behandelen jullie alle patiënten met psychische stoornissen?

“Nee, we hebben een duidelijke keuze

gemaakt. We bieden niet alle zorg aan, maar beperken ons tot psychologische diagnostiek en behandeling. We weten dat dit door anderen makkelijk kan worden gezien als krenten uit de pap halen, maar daarvan is beslist geen sprake. Op sommige punten zijn onze cliënten makkelijker dan de gemiddelde cliënten, bijvoorbeeld in die zin dat de meesten van hen gewoon betaald werk hebben. Maar een nadeel van onze keuze – en dat wordt wel eens vergeten – is dat onze cliëntenpopulatie veel kritischer is. Je moet als behandelaar meer uitleggen over wat je doet en waarom. Dat heeft deels te maken met onze commerciële grondslag, maar ook met het feit dat HSK een bewuste keuze voor ze is. De huisarts verwijst traditioneel door naar de reguliere ggz, maar de cliënt wil geen wachttijden. Gelukkig zien we dat de huisarts hier in toenemende mate rekening mee houdt en dus ook onze naam noemt. En daarvan heeft hij ook zelf voordeel, want zijn klacht over de reguliere ggz is dat hij zo vaak geen terugkoppeling krijgt over wat er met zijn patiënt gebeurt. Dat is bij ons anders.”

Hoe speelt de HSK groep in op de ontwikkelingen op het gebied van e-health?

“We zijn bekend met de bewezen effectiviteit van e-health en onderzoeken dus de mogelijkheid om die te integreren in onze werkwijze. De maatschappij en de zorgverzekeraars vragen dat ook van de aanbieders in de geestelijke gezondheidszorg. Al vraag ik me bij de laatste groep wel eens af of ze goed weten wat ze bedoelen. Dat neem ik ze niet kwalijk hoor, want e-health is een breed begrip. Het gaat over zelfhulp, over digitale tests, en ook over

‘De zorgverzekeraars willen vooral zien dat je aan e-health doet’

e-mail contact en online ondersteunde hulpverlening. De zorgverzekeraars willen vooral zien dat je aan e-health doet. En uiteindelijk komt dat ons natuurlijk ook wel goed uit,

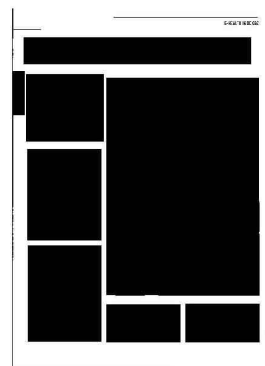
want dat geeft ons de ruimte om eruit te pikken wat wij denken dat goed is voor onze cliënten. Wat we vooral willen, is sturen op efficiency zonder de kwaliteit geweld aan te doen: de zorg lean and mean aanbieden middels een combinatie van face to face contacten en e-health ondersteuning.”

Daarin zijn jullie niet de enigen. E-health is hot.

“Dat is het zeker. Een voorloper ervan is dat therapeut en cliënt tussen sessies door via e-mail contact hebben. Verder is ggz-instelling Altrecht bezig met een ‘blended e-health’ pilot. En er zijn pure internettherapieën zoals Interapy. Maar zelfoverschatting ligt op de loer. We weten dat er veel zelfhulpprogramma's zijn en dat die geen onzin bieden. Maar we weten ook dat veel cliënten vroegtijdig afhaken. Dat is minder het geval als de digitale hulp wordt ondersteund met een reactie van een behandelaar. Maar als je dat alleen maar via e-mail doet, is er nog geen face to face contact en blijf je dus als behandelaar signalen van de cliënt missen. Daarom zetten wij nadrukkelijk in op de combinatie van e-health en persoonlijk contact.”

Dus e-health heeft niet alleen maar voordelen?

“Het heeft in ieder geval grote voordelen: de hoge toegankelijkheid voor cliënten, informatie eenvoudig kunnen terugvinden, de mogelijkheid om tussentijds te reageren op het ‘huiswerk’ dat de cliënt opkrijgt. De mogelijkheid dus om interventies hoog kwalitatief en gestandaardiseerd, geprotocolleerd zeg maar, aan te bieden. Maar het heeft inderdaad ook nadelen. Als er geen koppeling is met live contact, loopt het aantal drop outs uiteen van 15 tot wel 80 procent. Bovendien is het communicatie over slechts één kanaal. Je mist de context van intonatie en gedrag en die kan bij psychisch zwakke mensen heel belangrijk zijn. En het kan de



illusie wekken dat behandelaars 24 maar 7 uur beschikbaar zijn.

Hier staat tegenover dat ook face to face behandeling voor- en nadelen heeft. Het grote voordeel ervan is natuurlijk dat het de persoonlijke relatie tussen de behandelaar en de cliënt kan versterken. Al moet ik toegeven dat de anonimiteit van e-health juist kan bevorderen dat de cliënt uit zijn schulp kruipt. Een duidelijk nadeel van face to face behandeling is dat de behandelaar bij het richten op de inhoud moeite kan hebben om rekening te houden met de stappen in het behandelprotocol. En er kan tijd verloren gaan aan gesprekken over koetjes en kalfjes.” *Het klinkt dus logisch om e-health en face to face contact te combineren.*

“Ja, omdat het kan leiden tot een best of both worlds. We moeten nu bewijzen of het inderdaad ook zo werkt. Daarom zijn we nu bezig onze protocollen te digitaliseren, want dat is een belangrijke voorwaarde om hiermee aan de slag te kunnen. We streven ernaar om in 2012 live te gaan, en starten dit najaar al met een pilot voor paniekstoornissen. We denken

‘E-health is communicatie over slechts één kanaal’

de grootste meerwaarde te kunnen scoren door het te beperken tot de stoornissen waarbij een component psychische behandeling komt kijken, zoals angststoornis, stressstoornis en onverklaarbare psychische stoornissen.”

Levert dat geld op?

“We denken op de totale behandeling zo’n 15 procent van de kosten te kunnen besparen. Die besparing zullen we vooral realiseren doordat minder face to face sessies nodig zijn. En wellicht is de totale behandeling ook korter omdat die door de combinatie van face to face en e-health intensiever en tegelijkertijd effectiever wordt.”

Hebben jullie politiek de wind mee voor dit initiatief?

“Enorm zelfs. Minister Edith Schippers van VWS heeft een expliciete oproep gedaan om

meer behandelingen via e-health toepassingen aan te bieden. We hebben ook al met een aantal Kamerleden gesproken over waar we mee bezig zijn, en die zien er beslist mogelijkheden in.” <

