



**Daar zijn**  
waar de patiënt is

# Stand van zaken e-mental health in de GGZ

Eliza: "Hoe gaat het met je? Vertel me alsjeblieft wat je probleem is."

Ik: "Hallo Eliza, ik voel me onrustig en lusteloos."

Eliza: "Kun je me meer vertellen over deze gevoelens?"

Dit zijn de eerste zinnen die op je beeldscherm verschijnen als je het gesprek aangaat met de digitale therapeut *Eliza*<sup>1</sup>. Het gaat hier om een computerprogramma dat reeds in 1966 is ontwikkeld door computerwetenschapper Joseph Weizenbaum. Deze Eliza is in staat om een dialoog te voeren met een patiënt op basis van steekwoorden uit de reacties van de patiënt. Hoewel er sprake is van een geautomatiseerde interactie, krijgt een patiënt toch enige tijd het gevoel met een echte therapeut van doen te hebben. Hierdoor is Eliza een van de eerste computerprogramma's die zich geheel automatisch en autonoom kon voordoen als therapeut.

## ■ Alexander Waringa, Jorne Grolleman & Marc Coenen

**E**liza uit 1966 zou je een van de eerste *e-mental health* toepassingen kunnen noemen. Uit de meer recente ervaring met digitale zorg in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) blijkt digitale zorg een aanvullend hulpmiddel voor de professional en niet een vervanging. In dit artikel bespreken we hoe *e-mental health* ingezet kan worden, hoe effectief dit is en in welke mate dit wordt gedaan binnen de GGZ.

### **E-mental health is een specifieke vorm van eHealth**

Een algemeen gebruikte definitie van *e-health* luidt: "Het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT), en met name internet-

*technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren"* (RVZ, 2002).

Voor de geestelijke gezondheidszorg wordt het begrip 'e-mental health' gebruikt, wat de standaarddefinitie nog verder specificeert en invulling geeft: "Het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT) om mensen met psychische klachten en/of aandoeningen en hun naasten, te informeren en/of te ondersteunen met betrekking tot hun psychische gezondheid om zo het herstelproces en daarmee hun kwaliteit van leven te verbeteren" (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

Binnen deze formulering zijn vele vormen van

<sup>1</sup>Zelf Eliza eens uitproberen? Dat kan via deze website: <http://www.masswerk.at/eliza/>

zorg onder te brengen inclusief nieuwe vormen van zorg(dienst)verlening. De belangrijkste nieuwe zorgvormen die wij onderscheiden zijn: blended care, anonieme hulpverlening en online lotgenotencontact.

### **Blended care**

Reeds 25 jaar geleden werden er vormen van therapie aangeboden waarbinnen de zorgverlener naast reguliere face-to-facegesprekken ook op afstand contact onderhield met patiënten. In deze situatie ging het dan meestal om sessies via de telefoon tussen de face-to-facegesprekken, en daarom werden deze sessie ook wel 'inter-sessions' genoemd (Ben-Porath, 2005). Naast face-to-facegesprekken en inter-sessies wordt tegenwoordig ook gebruikgemaakt van online platformen waarbinnen behandeltrajecten ondersteund worden. Deze combinatie wordt samen 'blended care' genoemd. Bij blended care is er sprake van een combinatie van e-mental health met reguliere face-to-facegesprekken. Door het gebruik van internet zijn vele vormen van extra ondersteuning mogelijk. Deze mengvormen hebben als gevolg dat patiënten beter ondersteund worden in de periode tussen de sessies en over betere informatie beschikken. Daarmee krijgen zij meer eigen regie en zijn zij meer betrokken bij hun behandeling. Blended care biedt ook de mogelijkheid routinematige handelingen, zoals de uitleg van theorie en oefeningen, online aan te bieden. Dat kan een besparing opleveren in behandel tijd.

### **Anonieme hulpverlening**

De (relatieve) anonimiteit van het internet verlaagt de drempel om contact te zoeken met lotgenoten en met zorgorganisaties. In gevallen van schaamtevolle problematiek zoals seksueel misbruik, zelfmoordneigingen, partnergeweld en eetproblematiek ziet men online anonieme hulpverlening ontstaan. Hierdoor bereikt de zorg een nieuwe doelgroep die anders wellicht geen zorg zou zoeken. De functie van anonieme hulpverlening is naast directe ondersteuning

ook dat mensen uiteindelijk wel de stap naar de reguliere zorg durven te zetten. Een van de best uitgewerkte voorbeelden is de website van 113: *Zelfmoord preventie*. Hier wordt hulp op afstand gecombineerd met blended care waarbij patiënten gratis en anoniem, maar toch persoonlijk contact kunnen leggen met een hulpverlener (kader pag. 11).

### **Online lotgenotencontact**

De mogelijkheid om met mensen in contact te komen die een vergelijkbare zorgvraag hebben, is door de komst van internet laagdrempeliger geworden. Veel zorginstellingen en patiëntenorganisaties bieden inmiddels via een eigen website de mogelijkheid tot lotgenotencontact. Dit (anonieme) lotgenotencontact, bijvoorbeeld bij overmatig alcoholgebruik, biedt veel voordelen waaronder het uitwisselen van adviezen en sociale steun bij het stoppen of minderen.

## **Effectiviteit van online interventies**

Psycholoog-onderzoeker Heleen Riper is de eerste hoogleraar e-mental health in Nederland en zij en haar collega's hebben reeds veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van online interventies. Uit haar belangrijke en omvangrijke kennissynthese komt het volgende naar voren (Blankers, 2016; Riper et al., 2013):

- Online interventies voor depressieve klachten lijken effectief te zijn en zijn naar alle waarschijnlijkheid ook kosteneffectief.
- Voor angststoornissen geldt dat effectiviteit van begeleide zelfhulp voor volwassenen in de algemene bevolking overtuigend is aangetoond. De kosteneffectiviteit lijkt veelbelovend.
- De effectiviteit van online suïcidepreventie is nog niet aangetoond. Een probleem hierbij is dat onbekend is of het verminderen van suïcide ideatie leidt tot minder geslaagde suïdepogingen.
- Ook de effectiviteit van mentale vitaliteitsinterventies via het internet staat nog niet vast; in onderzoek worden wisselende

## Voorbeelden van zelfhulplatformen en apps

- **MinderDrinken**

Dit is een platform met een online zelfhulpprogramma voor volwassenen om zelfstandig het alcoholgebruik te verminderen of te stoppen. Naast het programma is er een zelftest beschikbaar en een forum voor lotgenotencontact. Het online programma biedt onder meer hulp bij het maken van een actieplan, het volhouden van minder drinken of stoppen, en het voorkomen van en omgaan met terugval in het oude drinkpatroon. Dit platform is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en inmiddels opgenomen als onderdeel van het E-health Warenhuis. [www.minderdrinken.nl](http://www.minderdrinken.nl)

- **113 zelfmoordpreventie**

Dit is een portal voor mensen met suïcidale gedachten en hun naasten. Zij kunnen 24/7 anoniem en gratis gebruik maken van deze portal. De laagdrempelige online hulpverlening wordt verzorgd door professionals en intensief getrainde vrijwilligers. De hulpverlening bestaat onder meer uit crisishulplijnen (zowel telefoon als chat), online therapie en digitale zelfhulpmogelijkheden zoals zelftests en contact met anderen. [www.113.nl](http://www.113.nl)

- **Temstem-app**

Dit is een app voor mensen met psychosen en mensen die in of buiten hun hoofd stemmen horen. Op het moment dat een patiënt stemmen hoort kan hij op de app een taalspelletje spelen. Hierdoor wordt het auditieve werkgeheugen in beslag genomen en krijgen stemmen minder kans zich op te dringen. Hierdoor krijgt de patiënt meer controle terug. Deze app is een initiatief van de Parnassia Groep en is gratis te gebruiken. [www.parnassiagroep.nl](http://www.parnassiagroep.nl)

- **PsyMate**

Dit is een app voor jongeren vanaf twaalf jaar met een psychiatrische aandoening. Het doel is om deze jongeren weer controle te geven over hun eigen leven. De PsyMate is een soort digitaal dagboek, dat tien keer per dag, zes dagen lang, een piepsignaal geeft waarna de patiënt een aantal vragen over zijn psychische gesteldheid moet invullen op het scherm. Die gegevens worden verwerkt in heldere grafieken en schema's. Na verloop van tijd kan een patiënt activiteiten en gevoelens met elkaar in verband brengen. [www.psymate.eu](http://www.psymate.eu)

resultaten gevonden.

- De preventie van psychosen via internet staat nog in de kinderschoenen, maar lijkt veelbelovend en kan verder uitgewerkt worden.
- Naar de effectiviteit van online internetinterventies voor alcoholproblemen is relatief veel onderzoek gedaan, met doorgaans positieve bevindingen.

De eerste studies naar de effectiviteit laten zien dat het de moeite waard is om aan de slag te gaan met e-mental health. Op verschillende plekken binnen de zorg is dit dan ook

op gepakt, al was dit niet altijd vanwege de effectiviteit.

### **Mogelijke toepassingen van e-mental health binnen de GGZ**

#### ***Blended behandelen via een online behandelplatform***

Professor Alfred Lange is een van de grondleggers van e-mental health in Nederland. Samen met zijn onderzoeksgroep van de Universiteit van Amsterdam is hij in 1997 gestart met onderzoek naar internet als communicatiemedium in de behandeling van patiënten. De eerste behandeling was de verwerkingsbehandeling

*Stress door schokkende ervaring.* De onderzoeksresultaten van deze online behandeling toonden aan dat 80% van de patiënten verbeterde tot klachtenvrij niveau, met uitsluitend online behandelcontacten (Lange et al., 2001). Zijn onderzoek heeft in 1999 geleid tot de oprichting van de organisatie Interapy en de ontwikkeling van het eerste online behandelplatform.

Online behandelplatformen zijn virtuele spreekkamers waarin de behandelaar oefeningen, behandelmodules, online dagboeken en digitale vragenlijsten ter beschikking stelt aan de patiënt. Het platform biedt ook verschillende communicatiemogelijkheden zoals beveiligd berichtenverkeer, chatfunctionaliteit en video-bellen. De behandelcontent maakt een belangrijk deel uit van de meerwaarde van het

platform. Hierin kunnen GGZ-organisaties verschillende keuzes maken. De meeste platformen bevatten standaard content. De hoeveelheid content die beschikbaar is, kan sterk verschillen tussen leveranciers. Hierbij is er een onderscheid te maken tussen kant-en-klare behandelmodules en behandelmodules die je zelf kunt aanpassen. Inmiddels hebben de meeste GGZ-organisaties een online behandelplatform aangeschaft bij een leverancier (kader hieronder).

### **Ondersteunen via zelfhulpwebsites en apps**

Naast de inzet van een (eigen) behandelplatform als onderdeel van blended zorg, is het ook mogelijk om te verwijzen naar aanbieders (websites en portals) van online zelfhulp en allerlei mobiele interventies. Een mobiele interventie (App) kan via een webbrowser (internetprogramma) of via een mobiel apparaat (smartpho-

#### **Voorbeelden van zelfhulpplatformen en apps**

- **Minddistrict**  
Dit platform is marktleider in Nederland als meest gebruikt behandelplatform binnen de GGZ. Minddistrict biedt eigen content en ontwikkelt samen met de gebruikers nieuwe modules en behandelprogramma's. [www.minddistrict.nl](http://www.minddistrict.nl)
- **Karify**  
Dit is in marktaandeel het tweede platform in Nederland en op vele fronten vergelijkbaar met Minddistrict. Karify beidt daarnaast content van derden aan via het eigen platform. [www.karify.nl](http://www.karify.nl)
- **Jouw Omgeving**  
Dit is een van de snelst groeiend platforms. Het was in de oorsprong specifiek gericht op kinderen en jongeren. Inmiddels wordt dit platform breder ingezet voor andere doelgroepen. [www.jouwomgeving.nl](http://www.jouwomgeving.nl)
- **Pluform**  
Dit is een platform dat de nadruk legt op het primaire proces van een zorgrelatie, namelijk de dialoog met de patiënt. Dit platform is vooral geschikt voor organisaties en zelfstandig gevestigde zorgverleners die met eigen content willen werken. [www.pluformvoordezorg.nl](http://www.pluformvoordezorg.nl)
- **Therapieland**  
Dit is een platform dat er specifiek voor kiest zich te profileren als een platform voor online therapie en behandeling op basis van veel visuele content zoals animaties en video's. [www.therapieland.nl](http://www.therapieland.nl)

nes, tablets en smartwatches) aan een patiënt worden aangeboden. Hierdoor kan een patiënt in zijn eigen tijd en/of anoniem bezig zijn met zijn eigen herstel en ontwikkeling. In kader 2 zijn enkele voorbeelden van zelfhulpwebsites en apps op een rij gezet; zie voor een uitgebreid overzicht van geschikte apps de speciale website [www.GGDAppStore.nl](http://www.GGDAppStore.nl).

## Huidige inzet van e-mental health binnen de GGZ

### *e-mental health in de huisartsenpraktijk*

In 2014 zijn er bij de invoering van de basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ onder de Zorgverzekeringswet financieringsmogelijkheden ontstaan voor e-mental health als onderdeel van de inzet van een praktijkondersteuner GGZ in de huisartsenzorg. Dit zorgt voor een grote groei in het aantal patiënten dat in aanraking komt met e-mental health in de eerste lijn. Uit de *e-mental health monitor* (Nictiz, 2016) blijkt dat 92% in het afgelopen jaar een vorm van e-mental health heeft ingezet. Praktijkondersteuners GGZ ervaren een grote druk en zien e-mental health als een manier om efficiënter te werken. Daarnaast zijn zij vanuit hun functie meer gericht op zelfmanagement en minder op behandelen. Online zelfhulp past erg goed bij deze filosofie. Iets minder dan twee derde van alle huisartsenpraktijken heeft een online behandelplatform ingekocht. Op dit moment zetten functionarissen POH-GGZ e-mental health voornamelijk in voor psycho-educatie en communicatie op afstand.

### *Gebruik van online behandelplatformen*

Vrijwel alle grotere GGZ-instellingen beschikken over een zogeheten online behandelplatform en ongeveer de helft van alle zorgverleners heeft toegang tot het platform. Uit recent marktonderzoek (Grolleman, 2016) onder 24 GGZ-instellingen blijkt er nog te weinig rendement te worden behaald met de inzet van online behandelplatformen. Ongeveer de helft van de behandelaren heeft toegang tot een online behandelplatform maar minder dan een op de tien

patiënten volgt daadwerkelijk een behandeling waar e-mental health een onderdeel van is. GGZ-instellingen hebben moeite met het integreren van e-mental health in het zorgproces. Dat zorgt voor onduidelijkheid bij behandelaren over de inzet van online behandelplatformen en het zorgt voor stapeling van digitale en reguliere zorg. Hierdoor is blended zorg juist duurder dan reguliere zorg.

## Toekomst van e-mental health: integreren, financieren en scholing

### *Financieren*

Het aanschaffen, implementeren en gebruiken van nieuwe technologie brengt extra kosten met zich mee. Er is voor zorgorganisaties vaak onduidelijkheid of zij deze investeringen en kosten kunnen terugverdienen. De opbrengsten van digitale zorg zijn vaak lastig in geld uit te drukken. Betere kwaliteit en betere serviceverlening leveren niet direct meer geld of cliënten op. Efficiënter werken is soms haalbaar met e-mental health, maar in veel gevallen valt dit op korte en middellange termijn weg tegen de extra kosten en inspanningen die bij de implementatie horen. Het is daarom van groot belang dat verzekeraars en de (lokale) overheid de inzet van e-mental health ondersteunen met hogere tarieven of aparte budgetten.

### *Integreren*

De kwaliteit van de behandelplatformen wordt als voldoende beoordeeld en lijkt geen obstakel voor implementatie. Echter, zorgorganisaties hebben moeite om digitale zorgprocessen te ontwikkelen, waarin de kracht van traditionele werkwijzen en e-mental health goed op elkaar zijn afgestemd. E-mental health wordt te vaak als een aparte toepassing gezien, maar dat is onterecht. E-mental health is een middel dat als onderdeel van de zorg kan leiden tot betere of andere zorg. De focus zal de komende jaren dan ook meer gericht moeten zijn op 'hybride' modellen waarbij technologie beter geïntegreerd zal worden in bestaande zorgprocessen en de zorgverlener een duidelijke rol te spelen heeft.

*Bij blended care is er sprake van een combinatie van e-mental health met reguliere face-to-face gesprekken*



### **Scholing**

Om als zorgprofessional e-mental health effectief in te kunnen zetten, zijn er vaak extra kennis en aanvullende competenties nodig (onder meer online communicatievaardigheden). Dit heeft te maken met de veranderende verhouding tussen zorgverleners en patiënten, de toename van de inzet van technologische hulpmiddelen en de vergroting van de transparantie van zorgprocessen. Bij veel zorgverleners ontbreekt deze kennis en opleiding waardoor zij het lastig vinden om een goed beeld te vormen van de mogelijkheden en meerwaarde. De zorgopleidingen worden mondjesmaat uitgebreid met cursussen over eHealth en van de huidige zorgverleners vraagt scholing een extra inspanning. Het is belangrijk dat zorgorganisaties hierin ondersteunen en de mogelijkheden bieden

om over de benodigde basiskennis te beschikken. Dat geldt ook voor het leren omgaan met toepassingen in de praktijk.

### **Tot slot**

Met voldoende financiering, een beter integratie binnen de huidige zorgprocessen en adequate (bij)scholing zal het voor zorgverleners binnen de GGZ steeds beter lukken om in het huidige digitale tijdperk de juiste zorg op het juiste moment via het juiste kanaal te leveren. ■

Dit artikel is gebaseerd op enkele hoofdstukken uit het boek *Aan de slag met e-health: Praktische gids voor zorg- en hulpverleners*, geschreven onder redactie van drs. Alexander Waringa en drs. Anne Ribbers met diverse coauteurs onder wie drs. Birgitte M.J. Beelen (praktijkhouder/

GZ-psycholoog (o.a.), dr. Viola Spek (eHealth onderzoeker), Willy Gilbert-Peek (diëtist), drs. Mariska Verduijn (trainer en assessor), drs. ir. Jorne Grolleman (expert digitale zorg) en ir. Marc Coenen (digitalisering expert).

Drs. Alexander Waringa is psycholoog, onderzoeker en ontwikkelaar. Hij is medeoprichter van eCoachPro/eCarePro. Sinds 2000 ontwikkelt hij internettoepassingen voor 'human development'. Hij is verbonden aan Tilburg University als onderzoeker naar de effectiviteit van online begeleiding en tevens 'ambassadeur eHealth NIP' (Nederlands Instituut van Psychologen).

Drs. ir. Jorne Grolleman is twaalf jaar actief op het gebied van digitale zorg. Bij het Trimbos-instituut begeleidde hij de ontwikkeling van online zelfhulpprogramma's. Hij was directeur van e-health leverancier Mentalshare. Als adviseur en projectleider zet hij zijn ervaring in om digitale zorg op te schalen.

Ir. Marc Coenen is bedrijfskundig ingenieur met een passie voor mensen en hun ontwikkeling. Met zijn brede ervaring en kennis over implementatie van online diensten is hij directeur van Pluform.com, het online platform voor begeleiding en behandeling.

## Referenties

- Ben-Porath, D. (2005). Telephone Coaching in Dialectical Behavior Therapy: A Decision-Tree Model for Managing Inter-Session Contact With Clients. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*, 448-460.
- Blankers, M. (2016). Maatschappelijk rendement van internetinterventies bij stoornissen in het alcoholgebruik. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 58*(10), 712-716.
- Grolleman, J.J. (2016). *Meer rendement met e-mental health*. M&I/Partners.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Generieke module eHealth*. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.
- Lange, A., Ven, J. van, Schrieken, B., & Emmelkamp, P. (2001). Interapy, treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 32*, 73-90.
- Nictiz (2015). *eHealth monitor 2015: Tusssen vonk en vlam*. Nictiz.
- Nictiz (2016). *eHealth-monitor 2016: Meer dan techniek*. Nictiz.
- Riper, H., Ballegooijen, W. van, Kooistra, L., Wit, J. de, & Donker, T. (2013). *Preventie & eMental-health: Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die bereikt en beklijft: Kennissynthese 2013*. Vrije Universiteit. ZonMW Preventie.
- RVZ. (2002). *E-health in zicht*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- RVZ (2015b). *Adoptie van professionele eHealth: Achtergrondstudie bij het advies Consumenten-eHealth*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Waringa, R.A., & Ribbers, A.P.C. (2017). *Aan de slag met e-health: Praktische gids voor zorg- en hulpverleners*. Amsterdam: Boom.
- Weizenbaum, J. (1976). Computer Power and Human Reason: From Judgment To Calculation. In J. Weizenbaum, *Computer Power and Human Reason: From Judgment To Calculation* (p. 100). San Francisco, Amerika: W.H. Freeman and Company.