

GGZ 2.0

DOOR: **Otto Dellemann**

Er zijn in Nederland op dit moment ongeveer 110 online internetinterventies voor psychische problemen.¹ Dit is een duizelingwekkend aantal. Het roept voor ggz-instellingen vragen op voor online-interventies.

Welke opties zijn er voorhanden? Wat zijn de werkingsmechanismes en welke prioriteiten moet ik stellen bij het maken van keuzes? Met welke beperkingen moet ik rekening houden? Een overzicht van de mogelijkheden en overwegingen kan helpen.

Grosso modo zijn de volgende ICT-toepassingen beschikbaar voor de ggz:

Losstaande module, begeide zelfhulp of ‘blended care’ Een losstaande online module kan als zelfhulp gevolgd worden bij milde tot matige klachten van somberheid of angst, op het moment dat het de patiënt het beste uitkomt. Bij ernstigere klachten kan dit gebeuren onder begeleiding van een therapeut; we noemen dit begeide zelfhulp. ‘Blended care’, is een mix van online en face-to-facecontact. Met deze laatste vorm is minder ervaring opgedaan dan met de eerste twee.

1

Notenboom A, Blankers I, Goudriaan R, Groot W.

E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg?

Ape rapport nr. 906.

Den Haag/Maastricht: Ape/Universiteit Maastricht; 2012.

Mijngnet.nl Een deel van het elektronisch patiëntendossier (EPD) kan via een portal toegankelijk gemaakt worden voor patiënten zelf. Het gaat daarbij om documenten als het intakeverslag, het behandelplan of een onderzoeksverslag. Patiënten van GGNet kunnen bijvoorbeeld met hun DigiD inloggen in ‘mijn ggnet.nl’.

Daarnaast is er een aantal specifieke applicaties voor behandelinterventies. Huiswerkopdrachten en psycho-educatie kunnen op de portal worden klaargezet, lotgenotencontact kan via deze ingang online aangeboden worden en een web-spreekuur behoort tot de mogelijkheden.

2

Appelo M.

Het gelaagde brein. Reflectie en discipline bij het werken aan verandering.

Amsterdam: Boom; 2011.

Virtuele leeromgeving Oefenen met alternatieven voor probleemgedrag is in de ggz heel relevant.² Met behulp van ICT kan een virtuele leeromgeving aangeboden worden, bijvoorbeeld voor patiënten met PTSS of verslaving. Een alcoholist voelt zich sterk geneigd een drankje te

bestellen als hij langs een virtuele bar loopt en een gokverslaafde laat zich ook door ‘virtuele vrienden’ eenvoudig verleiden om achter een gokkast plaats te nemen.³ In een virtuele leeromgeving is het soms mogelijk om de omstandigheden rond traumatisering beter na te bootsen. Dit geldt bijvoorbeeld bij traumatisering door oorlogsgeweld.⁴

Games Een recente ontwikkeling is om speciaal ontworpen computergames, zogeheten serious games, te gebruiken in de behandeling.⁵ Via dergelijke games kunnen functies als gecontroleerde aandacht, het werkgeheugen en het probleemoplossend vermogen worden getraind.⁶ Dit zou bijvoorbeeld interessant kunnen zijn voor patiënten met ADHD of met impulsregulatieproblemen. Met zogenoemde alternate reality games (arg’s) als ‘Super Better’ kunnen mensen sneller herstellen van letsel of leren omgaan met een chronische ziekte.⁷

Monitoren ICT kan ook worden ingezet om te meten of een gesteld doel bereikt is. Routine Outcome Measurement (ROM) is het monitoren van de effecten van behandeling. Zorgverzekeraars en managers zijn met name geïnteresseerd in ROM om de effectiviteit van behandeling te kunnen vaststellen en daar consequenties aan te verbinden. Hulpverleners zien meer voordeel in het tussentijds monitoren van het behandelproces. Aan de hand van de resultaten kan de behandeling zo nodig worden bijgestuurd. Een voorbeeld van een ROM-instrument is ‘QIT-online’, met een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve meetinstrumenten.⁸

Telemedicine via de ‘psymate’ ICT maakt vormen van telemedicine mogelijk, dat wil zeggen diagnostiek of behandeling op afstand, in de thuissituatie. De ‘psymate’, een apparaatje ter grootte van een mobieltje, genereert op willekeurige momenten gedurende de dag een signaal. De patiënt moet vervolgens op de ‘psymate’ vragen beantwoorden over zijn gevoelens en gedachten en over de context waarin ze zich afspelen. Dit helpt patiënten zicht te krijgen op het eigen functioneren, om patronen te ontdekken waarmee bijsturen van gedrag mogelijk wordt.⁹ De ‘psymate’ is er ook als app voor een i-phone.¹⁰

Beeldbellen Patiënten voor wie de ggz een hoge drempel heeft, kunnen via skype contact hebben met hun hulpverlener. Er lopen projecten met beeldbellen in verschillende ggz-instellingen. Een voorbeeld is het ‘zorg op afstand-project’ bij Arkin, waar afgeschreven computers van de instelling door en voor patiënten opgeknapt en gereedgemaakt werden voor skype-contact. In de praktijk blijkt met deze applicatie de relatie tussen patiënt en hulpverlener beter te worden, maar ook gewoner.

Als medewerkers een laptop hebben waarmee ze toegang hebben tot het EPD, kunnen ze outreachend mobiel werken. Verder maakt ICT teleconsultatie mogelijk tussen generalistisch werkende professionals zoals de huisarts, en een specialist. Tele-dermatologie, tele-oogheelkunde, tele-pulmonologie en tele-cardiologie zijn hier voorbeelden van. Er lopen pilots met tele-psychiatrie, waaronder een pilot met de eerder genoemde psymate.¹¹ Verder kan tele-psychiatrie de toegankelijkheid van zorg vergroten in gebieden waar een tekort is aan goede geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot vluchtelingen en migranten.

3

Carey, B.

Avatars helpen in cybertherapie.

De Volkskrant; 25 november 2010.

4

Wiederhold BK, Wiederhold MD.

Virtual reality for posttraumatic stress disorder and stress inoculation training.

Journal of Cybertherapy and Rehabilitation 2008; 1: 23-36.

5

Wolters W.

Serious games: gouden kans voor GGZ.

Psy 2010.

6

Klingberg T.

Breïn bereik. Is multitasking te trainen?

Amsterdam: Hogrefe Uitgevers; 2009.

7

McGonigal J.

Reality is broken. Why games make us better and how they can change the world.

New York: The Penguin Press; 2011.

8

Stinckens D, Smits P, Claes L, (red.)

Vinger aan de pols in psychotherapie. monitoring als therapeutische methodiek.

Leuven/Den Haag: Acco; 2012.

9

Simons, CJP, Kramer IMA, Wichers M.

De Experience Sampling Methode als hulpmiddel bij de behandeling van depressie.

Samenvatting bijdrages Symposium voorjaarscongres NVVP; 2012.

10

Os J van, Myin-Germeys I. e.a.

Diagnose 2.0: Een nieuw systeem van Diagnose en Behandeling voor de Psychiatrie. Tekst ten behoeve van het aanvragen van een onderzoeksubsidie.

Maastricht: Afdeling Psychiatrie en Psychologie Maastricht UMC +; 2013.

11

Mucic D.

Telepsychiatry pilot-project in Denmark.

<http://www.wcprr.org/pdf/JAN07/2007.01.0309.pdf>; 2007

DE IMPACT VAN EEN ICT-OPTIE HANGT AF VAN DE MATE WAARIN HET DE ASPECIFIEKE FACTOREN IN DE BEHANDELING VERSTERKT

KEUZECRITERIA VOOR ICT-TOEPASSINGEN

Vanwege het grote aantal ICT-toepassingen zullen ggz-instellingen keuzes moeten maken tussen de verschillende mogelijkheden. Daarbij is een aantal criteria van belang:

EEN ZO GROOT MOGELIJKE IMPACT

De introductie van ICT vraagt om de bestaande behandelpraktijk opnieuw te beschrijven, patiëntenprofielen op te stellen en tradities die niet doelmatig zijn af te schaffen. E-health raakt daarmee aan alle facetten van de organisatie. E-health is bedoeld om de kwaliteit van de behandeling te vergroten, de doelmatigheid en de toegankelijkheid te verbeteren en vooral om het vermogen tot zelfmanagement van patiënten te versterken. De impact van een ICT-optie hangt af van de mate waarin het de zogenaamde specifieke factoren in de behandeling versterkt: een duidelijk kader, een goede werkrelatie tussen patiënt en therapeut en actieve betrokkenheid van de patiënt bij de behandeling.¹² Een eigen patiëntenportal zoals ‘mijn ggnet.nl’ heeft grote impact. Dit biedt patiënten overzicht en de mogelijkheid om zelf actief betrokken te zijn bij hun behandeling. Ditzelfde kan gezegd worden van monitoring van de behandeling via QIT-online.

Applicaties die behandeling intensiveren tussen de face-to-face-afspraken door en die het zicht op klachten verbeteren, zoals de ‘psymate’, versterken de specifieke factoren eveneens. Voor alle genoemde voorbeelden geldt daarnaast dat de reikwijdte groot is, omdat ze breed te implementeren zijn. Bij ‘mijngnet’ gaat het zelfs in principe om alle patiënten van een instelling. Dit alles maakt dat het ontwikkelen en introduceren van deze drie opties binnen de ggz voorrang dient te krijgen.

KOPPELING AAN DE SPEERPUNTEN VAN DE ORGANISATIE

In veel ggz-instellingen worden momenteel zorgpaden ontwikkeld waarin beschreven wordt hoe de zorg voor een specifieke groep, bijvoorbeeld voor patiënten met PTSS, eruit kan zien. Het ligt voor de hand daarbij meteen te onderzoeken hoe deze zorgpaden ‘blended’ vormgegeven kunnen worden. Ook bij de vorming van FACT-teams is het zaak meteen te onderzoeken hoe de doelgroep kan profiteren van specifieke ICT-mogelijkheden, zoals beeldbellen. Nu er in de ggz een generalistisch aanbod wordt ingericht naast het al bestaande specialistisch aanbod, kan ook hier gekeken worden welke specifieke ICT-applicaties passend zijn. Losse modules en begeleide zelfhulp binnen het generalistische aanbod en ‘blended’ vormgegeven zorgpaden in het specialistisch aanbod liggen daarbij voor de hand.

IMPACT OP MEER ONDERDELEN VAN DE ORGANISATIE

Beeldbellen is breed toepasbaar en kan worden benut in de behandeling van EPA-patiënten in FACT-teams om zowel het contact van de patiënt met de hulpverlening als met de buitenwereld te vergroten. Om dezelfde redenen kan beeldbellen naast face-to-facecontact worden aangeboden aan ouderen met psychiatrische problemen of aan zorgwekkende zorgmijders.

¹²

Dellemann ORJ, Bohlmeijer ET, Westenhof GJ.

Zorgpaden en e-health- kansen voor creatieve zorgvernieuwing.

Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2012; 7; 380-386.

¹³

Kelders SM.

Understanding adherence to web-based interventions.

Dissertation, University of Twente; 2012.

VERSPREIDING OVER DE ORGANISATIE

Een ggz-instelling biedt hulp aan een breed scala aan doelgroepen, het is verstandig om de expertkringen die er bestaan voor bepaalde stoornissen of doelgroepen te betrekken bij de inventarisatie van ICT-opties. Zo worden de expertkringen bij GGNet actief betrokken bij het geïntegreerd vormgeven van zorgpaden en e-health. Voorkomen moet worden dat ICT-opties slechts geïmplementeerd worden bij bepaalde onderdelen van de organisatie, terwijl er op andere afdelingen geen werk van wordt gemaakt.

BEREIK VAN PATIËNTEN DIE MOEITE HEBBEN MET CONTACT

Sommige patiënten hebben moeite met face-to-facecontact omdat ze zich schamen voor trauma's, verslaving of onvermogen. Er zijn ook patiënten met problematiek in het autistisch spectrum die contact via de computer eenduidiger vinden, en schizofrene patiënten met negatieve symptomen die onvoldoende mentale energie hebben voor face-to-facecontact. Voor dergelijke patiënten kan gekozen worden om een online aanbod te ontwikkelen.

GA NIET HET WIEL OPNIEUW UITVINDEN

Op dit moment is men bij alle ggz-instellingen bezig om ICT in te voeren. Het is zaak niet overal opnieuw het wiel uit te gaan vinden maar om te profiteren van elkaars kennis en ervaring. Kijk daarom bij elkaar in de keuken.

AANDACHTSPUNTEN BIJ DE IMPLEMENTATIE

Naast de genoemde criteria om een verantwoorde keuze voor bepaalde opties te maken is het goed om te leren van al opgedane ervaring bij de ontwikkeling en implementatie. Om welke zaken gaat het?

ALLE STAKEHOLDERS IN DE ONTWIKKELING BETREKKEN

Veel e-health-interventies worden ad hoc ontwikkeld: er is een verondersteld probleem waar de technologie wordt geacht een oplossing voor te geven.¹³ Vaak wordt de ontwikkeling gestuurd vanuit datgene wat technisch mogelijk is zonder te kijken naar de praktische relevantie of de haalbaarheid. De ontwikkeling van het systeem en van de inhoud worden los van elkaar gedaan, in plaats van op elkaar afgestemd.

Om een passende implementatiestrategie van ICT te bepalen heeft de Universiteit Twente een zogenaamde 'roadmap' ontwikkeld.^{13,14} Hierbij worden alle belangrijke stakeholders (zoals patiënten, beleidsmakers, verzekeraars, gezondheidszorgorganisaties en hulpverleners) betrokken in een dialoog over wat de specifieke technologie moet bewerkstelligen.¹⁵ In de 'roadmap' wordt vastgesteld welke stakeholders betrokken zijn en wat hun belang is bij de te ontwikkelen e-health. Het focus ligt op het genereren van een gemeenschappelijke inspanning, van co-creatie van waarde, waarbij alle stakeholders reflecteren op waardebehoefte van de anderen.

ERVARINGEN MET TELEZORG IN DE SOMATIEK MEENEMEN

In de somatische geneeskunde wordt ICT gebruikt in de vorm van telezorg aan patiënten met hartfalen en longproblematiek.¹⁶ Thuis wordt een aantal parameters gemonitord, zoals de bloeddruk en het lichaamsgewicht, waarna de uitslagen worden doorgestuurd naar een

¹⁴
Ossebaard HC.
iHealth: supporting health by technology. Dissertation, University of Twente; 2012.

¹⁵
Limburg M van, Gemert-Pijnen JEWV van, Nijland N., e.a.
Why business modelling is crucial in the development of e-health technologies. Journal of Medical Internet Research 2011; Oct-Dec, 13 (4), e 124.

¹⁶
Pols J.
Care at a Distance. On the Closeness of Technology. Amsterdam: University Press; 2012.

verpleegkundige. Dit blijkt de zorg te intensiveren. De verpleging is meer uren per week kwijt aan een patiënt dan daarvoor. De verantwoordelijkheid voor het interpreteren van en handelen naar de uitslagen komt meer bij de verpleging dan bij de patiënten zelf te liggen. Patiënten vinden de zorg verbeterd, voelen zich in goede handen en bouwen een band op met het betreffende apparaat. Monitoring structureert de omgang van de patiënt met zijn ziekte op een nieuwe manier. Het helpt patiënten een gevoel van controle over hun leven terug te krijgen door zaken rond ziekte aan plaats en ruimte te binden en de hoeveelheid tijd die aan de ziekte besteed wordt af te bakenen. Tevens geeft het ze taal om over hun ziekte te praten.

Een andere vorm van telezorg loopt via beeldbellen met behulp van de webcam. De ervaringen met de webcam laten een wat ander beeld zien. Ook de webcam intensificeert de geboden zorg, kost de verpleging meer uren per week dan daarvoor, maar de verantwoordelijkheid voor de ziekte is anders verdeeld dan bij monitoring. Problemen van patiënten worden interactief vastgesteld, waarna er samen wordt gekeken naar oplossingen. Contact via de webcam met lotgenoten kan praktische hulp in de dagelijkse omgang met de ziekte bieden. Medepatiënten die leven met vergelijkbare problemen komen met oplossingen uit hun eigen praktijk. Daarnaast verbreedt dit lotgenotencontact het sociale netwerk van de patiënt, dat door de beperkingen die het leven met een chronische ziekte met zich meebrengen, vaak klein geworden is. Van belang is dat het contact met de hulpverlener en met de medepatiënten al is gelegd in de klinische fase; webcamcontact met een onbekende hulpverlener of met wildvreemde medepatiënten wordt niet op prijs gesteld.

VERWACHTINGEN BLIJKEN NIET ALTIJD TE KLOPPEN

De impact van nieuwe technologie is niet altijd goed te voorspellen.¹⁶ Zorgen vooraf bij de hulpverleners voor verkillig en verzakelijking van de zorg en verlies van direct contact met patiënten bleken niet uit te komen. Zorgrouines vormen 'een netwerk aan gerelateerde activiteiten, technologie en taken'.¹⁶ Bij een wijziging van deze routine door het introduceren van een nieuw onderdeel als een webcam, wordt automatisch het hele netwerk veranderd. Dit bleek men zich van tevoren onvoldoende gerealiseerd te hebben. Nieuwe technologie kan de opvattingen van patiënten en hulpverleners veranderen over wat goede zorg is en wat daarbij de wederzijdse rollen zijn; zeker als dit gebeurt op een manier die niet automatisch strookt met voor de introductie uitgesproken verwachtingen of wensen.

FINANCIËLE DREMPELS EN 'DIGITAL NATIVE' HULPVERLENERS

Investerings in kennis en innovatie worden niet vergoed door de zorgverzekeraars. Zolang een e-consult niet of onvoldoende betaald wordt, is het voor een instelling minder aantrekkelijk hierin te investeren. De huidige systematiek is alleen gebaseerd op een vergoeding voor geleverde inspanningen. Behandelingen worden per minuut vergoed en het behandelen met behulp van e-health zal het aantal behandelminuten doen afnemen. Dit is financieel niet aantrekkelijk.

Een andere belemmering om het potentieel van ICT ten volle te benutten is dat hulpverleners soms minder thuis zijn in de wereld van de ICT dan hun patiënten. Men zou deze hulpverleners 'digital immigrants' kunnen noemen.¹⁷ Voor jonge mensen zijn computergames, e-mail, internet en smartphones een vanzelfsprekend onderdeel van hun leven. Ze zijn gewend informatie snel te ontvangen, ze houden van parallelle processen, multitasken, en ze functioneren het best als ze netwerken. Verder prefereren ze afbeeldingen en games boven het

17

Prensky M.

Digital Natives, Digital Immigrants.

On the horizon 2001; 9: 5.

bestuderen van teksten. Zij zijn de ‘digitale natives’. ‘Digital immigrant’-hulpverleners zullen een patiënt uit de ‘digital native’-generatie moeilijk iets kunnen leren. Bij oudere ‘digital immigrant’-hulpverleners kan het verplichte gebruik van een computer weerstand oproepen.

TOP DRIE: MIJGGNET, QIT-ONLINE EN BLENDING

Het uitgebreide scala van ICT-mogelijkheden voor de ggz maakt het nodig om keuzes te maken. ICT versterkt de zogenaamde specifieke factoren in de behandeling. Bij de prioritering van ICT-projecten ligt het dan ook voor de hand eerst te gaan voor opties die dit soort factoren het meest versterken en die breed toepasbaar zijn binnen de instelling. Op grond van de hierboven besproken criteria pleit ik om te beginnen voor het invoeren van een portal waarlangs alle patiënten toegang krijgen tot een voor hun speciaal ingericht deel van het EPD, zoals ‘mijggnet’. Een tweede prioriteit zie ik voor het organisatiebreed introduceren van monitoring van het proces van de behandeling met behulp van ‘QIT-online’ en van telemedicine via de ‘psymate’ of via beeldbellen. Ten slotte lijkt het voor de hand te liggen het opnieuw vormgeven van de diagnostiek en behandeling langs zorgpaden, ‘blended’ te doen, met een goede mix van face-to-face- en online onderdelen.

Het is verstandig om bij de implementatie van ICT-opties met een aantal zaken rekening te houden. Zo gaat de introductie van ICT gepaard met een wijziging van de routine waarin diagnostiek en behandeling zich voltrekken. Door het introduceren van een nieuw onderdeel als een webcam dient het hele netwerk van samenhangende handelingen opnieuw onder de loep genomen te worden. Verwachtingen over nieuwe ICT-opties bij patiënten en hulpverleners en management dienen vooraf geïnventariseerd en op elkaar afgestemd te worden. Kwalitatief en kwantitatief onderzoek rondom de implementatie en de uiteindelijke effecten van ICT op de behandelpraktijk lijkt daarom essentieel. Financiële gevolgen van de introductie van ICT dienen eveneens vooraf in kaart gebracht te worden en bij de keuze te worden betrokken. Daarnaast zal met de zorgverzekeraars onderhandeld moeten worden om de beoogde ICT-opties financieel mogelijk te maken.

Alles overziend lijkt naar mijn mening de hoop gerechtvaardigd dat behandelingen in de ggz in de nabije toekomst met behulp van ICT eigentijdser, explicieter, overzichtelijker, intensiever en beter afgebakend kunnen worden aangeboden. Het rendement van behandelen zal hiermee toenemen. De misschien wel belangrijkste verschuiving in ggz 2.0 zal plaatsvinden in de rol van patiënten en behandelaren. Patiënten krijgen met behulp van ICT zelf meer initiatief en meer regie en de rol van behandelaar schuift van ‘god’ naar ‘gids’, zoals Bas Bloem, hoogleraar en neuroloog bij het UMC Radboud, dat zo treffend verwoordt in zijn Tedlezing.¹⁸

18

Bloem B.

Tedlezing ‘From God to Guide’;

2011. <http://www.youtube.com/watch?v=L-nDWt10Maf8>

SAMENVATTING

Er zijn allerlei internetinterventies beschikbaar voor de ggz. In welke categorieën zijn die in te delen en welke criteria zijn er om te komen tot een prioriteitsstelling? Wat kunnen we leren van de ervaringen die er al zijn opgedaan in de somatiek? Bepleit wordt om als eerste te kiezen voor een portaal waarlangs alle patiënten toegang krijgen tot een voor hun speciaal ingericht deel van het EPD. Het met behulp van ICT monitoren van het behandelproces en het ‘blended’ vormgeven van zorgpaden dienen eveneens prioriteit te krijgen.

Otto Dellemann is psychiater bij GGNet en verbonden aan de vakgroep Psychologie, Gezondheid & Techniek van de Universiteit Twente.

o.dellemann@ggnet.nl