

MET EEN BOLDERKAR DE DIGITALE SNELWEG OP.

#mhealth, #app, #GGZTotaal, juni 2016

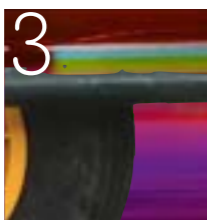
#mhealth, #app, #GGZTotaal

#mhealth, #app,



**SPECIALE
EDITIE**

Met een bolderkar de digitale snelweg op
De vele facetten van eHealth



[Naar artikel >](#)

“Innovaties eHealth blijken vooral succesvol als verlengstuk”
Drie wetenschappers over de stand van zaken



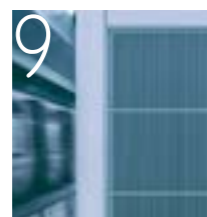
[Naar artikel >](#)

De voordelen van de Kanta-Messenger
(Topicus, advertorial)



[Naar artikel >](#)

De drie grootste beren in het digitale oerwoud van de GGZ
De nijpendste eHealth-problemen op een rij



[Naar artikel >](#)

‘Effectief leren screenen en kortdurende begeleidingsmethodieken kunnen inzetten’
(Rino-Zuid, advertorial)



[Naar artikel >](#)

EHealth in de huisartsenpraktijk
Odiile Smeets over de nieuwe toolkit en de stand van zaken



[Naar artikel >](#)

Wat privacy en security-by-design kan betekenen voor verdere digitalisering in de zorg.
Bart van den Boogaard geeft handvatten voor ontwikkeling en gebruik



[Naar artikel >](#)

EHealden gezocht
Lennard van der Poel zoekt cliënten en hulpverleners die er voor gaan.



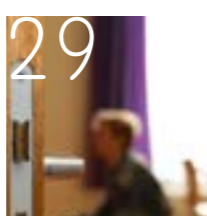
[Naar artikel >](#)



‘Veilige apps’ in de zorg in de kiem gesmoord

Bob Reijnders en Martin Koch vinden het tijd om eens wat te doen met al die apps

[Naar artikel >](#)



Hoofdpijndossiers in de GGZ? Misschien is deze CCE-cursus een oplossing.

(Centrum voor Consultatie Expertise, advertorial)

[Naar artikel >](#)



Technologische vooruitgang of onomkeerbare misrekening?

Cristina Vellinga over de gevaren van eHealth

[Naar artikel >](#)



Eenvoudig en snel digitaal ROMmen

(TelePsy, advertorial)

[Naar artikel >](#)



Van egosysteem naar ecosysteem

Michael Milo over een ‘personal health cloud’ en vérgaande samenwerking

[Naar artikel >](#)



Zet mensen met relatie- en echtscheidingsproblematiek in beweging

(Van-Elkaar, advertorial)

[Naar artikel >](#)



Onze eHealth top-tien

De tien bijzonderste eHealth-interventies volgens GGZTotaal

[Naar artikel >](#)

Dit is ons laatste magazine voor de zomervakantie. Ons september-magazine verschijnt op maandag 12 september. Volgens de traditie is dat magazine gevuld met columns of blogs van u, onze lezers. Die kunt u insturen tot 20 augustus. Kijk hier voor de voorwaarden.

Ook voor het dagelijkse nieuws laten wij in de maanden juli en augustus verstek gaan. Net als vorig jaar geven we graag de ruimte aan lezers die met prangende vragen zitten en daar graag advies over willen van andere lezers. Als u uw vraag stuurt aan vragen@ggztotaal.nl dan plaatsen wij hem binnen enkele dagen op de site. Andere lezers kunnen direct op de site reageren. Er zijn een paar voorwaarden: die kunt u hier lezen.

Met een bolderkar de digitale snelweg op

Volgens cijfers van het Algemeen Dagblad maakten in 2015 ongeveer 285.000 Nederlanders gebruik van een mix van internet-therapie en ‘face-to-face’ gesprekken. Een groei van liefst 42,5 procent ten opzichte van 2014. Zet die groei zich door, dan gaat het in 2016 om ongeveer 400.000 gebruikers.

Dat zijn prachtige cijfers, die in combinatie met al even prachtige innovaties, wijzen op een gouden toekomst voor de digitale hulpverlening. Het is dan ook niet verwonderlijk dat veel partijen zich inspanssen om die gouden toekomst van de eMentalHealth extra kracht bij te zetten. Dat geldt voor de overheid, die digitale hulpverlening als een belangrijke kostenbesparing ziet en daarom miljoenen investeert. Het geldt voor GGZ-instellingen, die zich graag profileren met het nieuwste en innovatiefste aanbod. Het geldt voor de aanbieders van al die innovaties, die gebaat zijn bij een goede afname van hun producten.

Afgaand op de cijfers, kun je concluderen dat de GGZ-sector met succes is ingevoegd op de digitale snelweg. Is dat ook zo? Zijn we volleerde weggebruikers en is hulpverlening over enkele jaren ondenkbaar zonder eMentalHealth? Of zitten we nog op de vluchtstrook, wanhopig zoekend naar een opening tussen de denderende vrachtauto's, die we straks veel te vroeg, te snel en stuurlaas bij moeten zien te houden?

Want de cijfers zijn spectaculair, er zijn ook andere geluiden. Binnen de instellingen komt implementatie van eMentalHealth onvoldoende van de grond, de ongebreidelde wildgroei maakt dat weinigen de regels weten op de digitale snelweg en de vraag of het allemaal wel effectief is, is slechts gedeeltelijk beantwoord. Dat geldt ook voor de vraag wie er precies gaat profiteren van al die digitale interventies. Liefst twee miljoen mensen hebben het internet nog nooit bezocht.

Misschien is het allemaal een kwestie van tijd. Want aan de kant van de ontwikkelaars gebeuren er mooie dingen. Apps die registreren en analyseren, virtual reality om angstige of juist plezierige situaties te simuleren, serious gaming, oplettende robots en brillen die helpen de wereld te begrijpen.

Oneindige mogelijkheden, gecombineerd met een trage sector. De GGZ is niet zo progressief. Het eerste eMentalHealth programma, Eliza, zag immers al in 1964 het licht. Daarna gebeurde er bitter weinig, totdat Alfred Lange rond de eeuwwisseling met Interapy begon. Een bedrijf dat tegen de stroom in roeide en daardoor bijna failliet raakte vóórdat het succesvol werd. EMentalhealth heeft tegenwoordig de stroom mee. Tegelijkertijd ontbreekt het aan richting, acceptatie en kennis.

We proberen eMentalHealth (of eHealth) in deze GGZTotaal van alle kanten te belichten. Dat dat niet helemaal lukt moet u ons niet kwalijk nemen. Er is een uiterst geavanceerde app nodig om alle ontwikkelingen bij te houden.

De redactie

Hoewel niet alle toepassingen de belofte waarmaken, ligt er een mooie toekomst voor eHealth in het verschiet volgens de drie deskundigen op dit gebied die wij spraken. De mogelijkheden zijn dankzij de opkomst van mobiele devices bijna eindeloos. Zeker als ontwikkelaars vaker aan patiënten vragen wat zij nodig hebben en zorgprofessionals beseffen dat hun rol als behandelaar verandert, maar niet verdwijnt.

Reageer

Innovaties eHealth blijken vooral succesvol als verlengstuk van behandeling

- Koosje de Beer



vorm van hulp snel groeien. “Tot vijf jaar geleden was de desktop nog het belangrijkste medium voor eHealth-ontwikkelaars. Inloggen kon via de PC en aanbieders ontwikkelden portals voor behandelaars, zodat zij bijvoorbeeld met hun cliënten konden chatten”, memoreert hij. “EHealth was een vorm van extra interactie die niet plaatsgebonden was. Door de komst van smartphone en tablet zijn eHealth-toepassingen nu ook niet langer tijdgebonden.”

Leon Chevalking

hoofdonderzoeker bij Saxion

Weerbaar

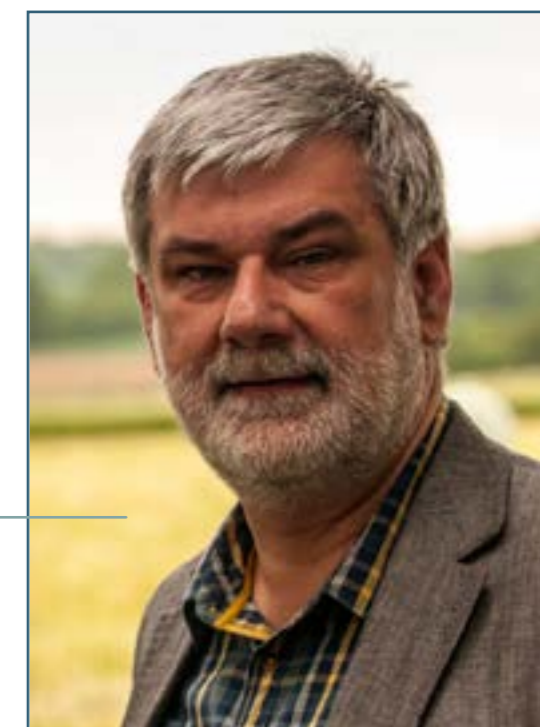
Ook Philippe Delespaul, klinisch psycholoog en hoogleraar aan de School for Mental Health & Neurosciences van de Universiteit Maastricht, constateert dat een groot aantal digitale toepassingen het momentum missen en weinig worden gebruikt. Recent heeft GGZ Nederland hierover nog een ontluisterende analyse gepubliceerd. Volgens de hoogleraar is het verstandig om de ontwikkeling ook niet altijd te willen forceren vanuit de GGZ. “Door de opkomst van sociale netwerken is er een wereld

“Waarom heeft jullie app geen spraakherkenning? vroeg een gebruiker mij laatst. Ik keek haar verbluft aan en viel even helemaal stil. Nooit aan gedacht; ik praat zelf nooit tegen mijn telefoon.” Leon Chevalking is als hoofdonderzoeker bij Saxion betrokken bij de ontwikkeling van een stoppen-met-rokenapp en schrijft daarnaast regelmatig blogs over eHealth. Dit voorbeeld toont volgens hem aan hoe belangrijk het is om - meer dan nu gebeurt - gebruikers bij de ontwikkeling van eHealth-toepassingen te betrekken. Het is volgens hem ook de belangrijkste reden waarom veel eHealth-applicaties floppen, terwijl tegelijkertijd de mogelijkheden van deze digitale

ontstaan buiten de hulpverlening om. Vrienden op afstand zijn bereikbaarder dan ooit in de huiskamer. Daar zou de GGZ meer op moeten aansluiten dan nu het geval is. Het beste is natuurlijk als je problemen kunt voorkomen of oplossen zonder het stigma van de GGZ hierop te plakken.”

Succesvolle toepassingen zijn volgens Delespaul die eHealth-applicaties die de cliënt of patiënt weerbaarder en autonomer maken. Hij meent dat eHealth onder meer een toegevoegde waarde kan hebben bij psychotherapeutische behandelingen gericht op angststoornissen. En dan vooral als alternatief voor die behandelvormen die hij als ‘droogzwemmen’ betitelt. “Tijdens dit soort interventies leren psychotherapeuten mensen in de veilige situatie van het therapielokaal met hun angsten omgaan. De bestaande eHealth toepassingen

repliseren deze therapie op een computerscherm” licht hij toe. Delespaul vervolgt dat dit eigenlijk een hele vreemde insteek is. “Patiënten worden in het dagelijks leven op onverwachte momenten geconfronteerd met hun angst. Om mensen weerbaar te maken, lijkt het mij beter om niet langer de traditionele therapie als uitgangspunt te nemen. Waarom niet vertrekken vanuit de mogelijkheden die de nieuwe media bieden om daaruit te leren waar problemen voorkomen? Met media die patiënten in hun broekzak hebben zitten?”



Philippe Delespaul

klinisch psycholoog en hoogleraar
aan de School for
Mental Health & Neurosciences van
de Universiteit Maastricht

Virtual reality

Dat die mogelijkheden vrijwel eindeloos zijn schetst Matthijs Blankers, als eHealth-onderzoeker verbonden aan Arkin en het Trimbosinstituut, in zijn beeld van de toekomst. Zeker als het gaat om het inzetten van serious gaming zijn er nog flink wat stappen te zetten, meent hij. Zo wordt voorlichting nu nog vaak via brochures gegeven, terwijl uit onderzoek blijkt dat spelers van een interactief spel de informatie veel beter opnemen. Ook bij de behandeling van angsten biedt de virtuele wereld volgens hem uitkomst. “Ik denk dat behandelaars in de toekomst veel meer dan nu het geval is, gebruik zullen maken van virtual reality”, zegt hij. “Het grote voordeel hiervan is dat behandelaars de patiënt kunnen blootstellen aan risicosituaties op maat. Zo kan een hulpverlener iemand met extreme hoogtevrees virtueel in een diepte laten kijken. Behandelaars kunnen dan direct zien hoe iemand reageert en daar hun behandeling op aanpassen.”



Matthijs Blankers

eHealthonderzoeker verbonden aan Arkin en het Trimbosinstituut

Terughoudend

Behandelaars reageren nog wel enigszins terughoudend op deze mobiele ontwikkeling, merken de drie onderzoekers. Zorgprofessionals zitten er niet op te wachten dat zij ongecontroleerd berichten ontvangen en moeten beantwoorden, zolang dit niet is ingeregeld in het werkproces. Toch is het zonde als zorgverleners door een dogmatische aanpak kansen laten liggen, vindt Chevalking. “Het idee ‘wij weten wel

Chevalking merkt dat mobiele apps in de verslavingszorg een uitkomst zijn voor het registreren van ervaringen op een dag. Voor de komst van de smartphone moesten gebruikers wachten tot ze achter een computer zaten om hun dagelijkse dips te registreren. Momenten waarin ze bijvoorbeeld trek hadden in een sigaret of een glas wijn. Eenmaal achter de computer waren gebruikers die tijdstippen al half vergeten, terwijl ze nu gemakkelijk een digitale aantekening tussen hun dagelijkse bezigheden door kunnen maken. Ook voor de behandeling van depressies en angsten biedt een goede registratieapp veel meerwaarde volgens de onderzoeker bij Saxion. “Verder denk ik dat we in de toekomst vaker gebruik zullen maken van de gps op de smartphone. De inzet van locatievoorzieningen ligt voor de verslavingszorg eigenlijk voor de hand. Het zou toch mooi zijn als we met een melding gebruikers een steuntje in de rug kunnen geven als zij zich op een risicolocatie bevinden. Denk bijvoorbeeld aan de voetbalclub, waar het team na afloop van de wedstrijd één of meer biertjes drinkt.”

wat goed voor je is’ moeten hulpverleners, maar ook wij als ontwikkelaars achter ons laten. Daardoor zijn veel apps aanbod-gedreven ontwikkeld en toegepast. Meestal blijken die weinig succesvol.”

Veel hulpverleners zijn een generatie ouder dan hun patiënten en klinisch psycholoog Delespaul betwijfelt dan ook of zij bereid zullen zijn om te kiezen voor de andere insteek die eHealth vereist. “De patiënt zal autonoom zijn en losgeweekt

“Om mensen weerbaar te maken, lijkt het mij beter om niet langer de traditionele therapie als uitgangspunt te nemen.”

willen worden van allerlei verplichtingen. Het is misschien een wat platte vergelijking, maar ik denk dat het met de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg dezelfde kant opgaat als met de reisbureaus. Vroeger had je iemand nodig om je vakantie te organiseren, nu doen veel mensen dit zelf.” Deze ontwikkeling betekent overigens niet dat zorgprofessionals overbodig worden, benadrukt de hoogleraar. Hun zorg wordt eerder van een andere orde. “Natuurlijk blijven mensen behoefte houden aan professionele coaching, maar ze zullen vaker zelf hun keuzes maken en daarvoor concretere vragen stellen aan de professional. De basisprincipes blijven hetzelfde, maar hulpverleners zijn zich daar niet van bewust, worden onzeker en zijn bang hun baan te verliezen.” Daarbij komt dat veel werkers in de geestelijke gezondheidszorg hun carrière niet hebben gekozen omdat ze zo geïnteresseerd zijn in techniek. Ook hierdoor is deze groep moeilijker in beweging te krijgen, volgens Delespaul. “Door de komst van eHealth hebben we niet opeens te maken met een heel ander soort mensen. We moeten accepteren dat die cultuurverandering tijd zal kosten.”

Blended behandelingen

Blankers leert uit onderzoek dat de resultaten van zogenoemde blended en andere begeleide behandelingen waar eHealth als een verlengstuk voor de contacten tussen cliënt en behandelaar wordt ingezet, succesvoller zijn dan volledige zelfhulptoepassingen. Hoewel zorgverzekeraars en politici druk op de branche uitoefenen om met digitale hulpverlening geld te besparen, blijft de

geestelijke gezondheidszorg volgens hem toch vooral mensenwerk. “Het lijkt mij beter om een ander uitgangspunt nemen”, zegt hij. “In plaats van de bezuinigingswens te vervullen, kunnen we ons beter richten op de mogelijkheden die er zijn om de zorgprofessional optimaal zijn werk te laten doen. De techniek kan daarbij zeker helpen.” Voor de toekomst denkt Blankers dan - naast serious gaming en virtual reality - aan de inzet van kunstmatige intelligentie. De veranderingen op dit terrein gaan erg snel en het zal deze onderzoeker niet verbazen als diagnostiek met behulp van eHealth-technologie over 15 jaar gemeengoed is. “Ik denk dat het dan heel gebruikelijk is dat een patiënt tijdens een diagnostisch interview wordt gefilmd en de technologie automatisch op basis van wat iemand vertelt over zijn of haar klachten, maar ook op basis van non-verbale communicatie en fysiologische maten zoals huidgeleiding en hartslag interpreteert wat er aan de hand kan zijn. En nee, dat betekent niet dat de psychotherapeut buitenspel wordt gezet. Wel kun je op die manier het maken van een betrouwbare diagnose versnellen en daardoor de patiënt beter helpen. Uiteindelijk blijft dat het doel waarvoor we het allemaal doen. Daar zal eHealth niets aan veranderen.” ●

Kanta Messenger



Powered by topicus



Het is nog nooit zo makkelijk geweest om contact te hebben met je zorgverlener. Kanta is de beveiligde 'messenger' voor je mobiel waarmee je vertrouwelijk en snel een vraag kunt stellen of een foto kunt sturen.

CONTACT LEGGEN MET JE ZORGVERLENER

Kanta biedt je de mogelijkheid om zonder gebruik van telefoonnummer of e-mailadres, contact te onderhouden met je zorgverlener. Hiervoor hoef je alleen de Kanta-code van je zorgverlener te scannen. Dit contact kan naderhand permanent worden opgeheven.

MAKKELIJK EN VEILIG IN GEBRUIK

De meeste messengers zijn voor de zorg niet veilig genoeg en voldoen niet aan de Nederlandse wet. Kanta biedt een veilig alternatief. Alle berichten worden volledig versleuteld verzonden en opgeslagen. De foto's blijven gescheiden van je privé foto's. Dit geldt ook voor de foto's op de mobiel van de zorgverlener.

Kortom, het is veilig én heeft alle gemakken van je oude messenger.

WAAROM KANTA

- Makkelijk een vraag stellen aan je zorgverlener
- Voorkom onnodig reizen en verlof nemen
- Geen telefoonnummer of e-mailadres nodig
- Controle over eigen privacy
- WhatsApp mag niet in de zorg, Kanta is hét veilige alternatief



Ik heb de hele nacht liggen woelen en zweten, kan dat door de nieuwe medicatie komen?

Vandaag om 13:20



Dr. Dijkhuizen

Ik vermoed het niet, kom morgen anders om 14:00 uur even langs als je kunt.

Vandaag om 13:45

MEER INFORMATIE: KANTA-MESSENGER.NL

Hier vind je ook een gebruikershandleiding en antwoorden op de veelgestelde vragen. Voor direct contact met Martin Koch of Bob Reijnders: kanta@topicus.nl

Kanta is een product van Topicus Zorg, www.topicus.nl



KANTA

De top-10 van implementatie-belemmeringen

- Er is te weinig tijd en geld voor implementatie gereserveerd.
- De behandelaar heeft geen behoefte aan eMentalHealth.
- Er is onduidelijkheid over het zorgproces van blended behandelen.
- Er is te weinig aandacht binnen de organisatie voor eHealth.
- Onvoldoende digitale vaardigheden bij behandelaren.
- De onbekendheid bij cliënten.
- De cliënt heeft geen behoefte aan eMentalHealth.
- Onvoldoende financieringsmogelijkheden.
- De kwaliteit van behandelplatformen is onvoldoende (technisch, functioneel of inhoudelijk).
- De technische infrastructuur is ongeschikt.

(Bron: Meer rendement met e-mental health. M&I partners, maart 2016)

De eerste beer: internet is niet voor iedereen bereikbaar

We moeten ons bij alle euforie ook realiseren dat al dat moois niet voor iedereen bereikbaar is. Het CBS berichtte begin van deze maand dat bijna 1,2 miljoen personen nog nooit internet heeft gebruikt, ofwel acht procent van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder. Elf procent, ruim anderhalf miljoen, gebruikt het weinig, in ieder geval niet in de laatste drie maanden vóór zij bevestigd werden. Je kunt gerust veronderstellen dat een veel grotere groep het internet alleen gebruikt voor standaard-activiteiten: informatie opzoeken, YouTube kijken en mailen.

De angstige vraag die opdoemt is of die groep dezelfde is die de GGZ zo hard nodig heeft. Het CBS heeft dat niet onderzocht, wel specificeert het bureau de cijfers en dat geeft een indicatie.

Niet verwonderlijk is dat de groep ouderen de grootste is onder de niet-gebruikers. Onder de 75+-

ers heeft 42 % geen toegang tot internet, voor 65+-ers is dat al veel minder: 23 % weet de weg naar het internet niet te vinden. Dat percentage daalt snel. Wie jonger is dan 60, heeft in één of twee procent van de gevallen geen toegang tot het web.

Maar toegang hebben tot internet is niet hetzelfde als het ook gebruiken. Slechts 44% van de 75+-ers gebruikten het internet ook daadwerkelijk in de afgelopen drie maanden, en de helft gebruikte het nooit. Ook hier zakken de percentages met de leeftijd, toch is het voor twee procent van de groep 18 tot 25 jaar langer dan een jaar geleden dat zij gebruik maakten van het web.

Ook bij de lagere inkomensgroepen is internet niet vanzelfsprekend. Van de laagste inkomensgroep heeft tien procent geen toegang tot internet, van de groep daar vlak boven kan 22 % het web niet bereiken. Voor de hoogste inkomensgroep is het web voor bijna iedereen (98%) bereikbaar.

Samenhangend met het inkomen is de opleiding: van de mensen met een lage opleiding heeft 13% geen toegang tot internet, 21% gebruikt het zelden of nooit. Opnieuw: voor de hoogstopgeleiden gaat het om één of twee procent. Prachtige interventies, zoals een ander artikel in dit magazine laat zien, maar een grote groep zal ze nooit gebruiken. Om de eenvoudige reden dat ze niet of nauwelijks internet kunnen of willen gebruiken.

...bijna 1,2 miljoen personen heeft nog nooit internet gebruikt...

De tweede beer: de instellingen moeten 'om'
Niet alleen aan de gebruikerskant is een grote groep voor wie alle innovaties verspilde moeite is. In weerwil van alle positieve berichten blijkt het nog een hele klus om eHealth geïmplementeerd te krijgen binnen de instellingen, ondanks de financiële inspanningen die instellingen en overheid zich getroosten. Een aantal bijdragen in dit magazine richten zich dan ook op deze stroperigheid van de GGZ-instellingen. De algemene teneur daarin is: 'De instellingen zeggen wel dat ze willen, maar ze doen het niet'

Een veel besproken onderzoek op dit terrein werd in maart van dit jaar gepubliceerd door M&I partners. Op het schutblad van het rapport staat de misschien wel belangrijkste conclusie: 'Er wordt nog te weinig rendement behaald met de inzet van online behandelplatformen in de GGZ.'

Inderdaad blijkt bij de meeste instellingen vooral gebruik gemaakt te worden van digitale vragenlijsten en 'geregeld' van online behandelplatformen. De vraag naar het gebruik van andere eHealth-toepassingen (cliëntenportaal, virtual reality, beeldbellen, serious gaming) levert vooral de antwoorden 'soms', 'zelden' of 'nooit' op.

De onderzoekers hadden zich er niet met een Jantje-van-Leiden afgemaakt. Ze boden hun vragenlijst aan 26 grote GGZ-instellingen aan, waarvan er 22 deelnamen. Daarnaast hielden zij telefonische interviews. Zo kwamen zij tot een top-10 op van belemmeringen voor de implementatie, factoren waardoor het rendement niet was wat het zou moeten zijn. Te weinig geld, te weinig aandacht, te weinig beleid, te weinig kennis, zo is de algemene strekking.

Wie tussen de regels doorleest, ziet ook een discrepantie tussen de projectleiders en de uitvoerders. Interessant is namelijk de aantekening die de onderzoekers maken bij de punten 9 en 10 van de belemmeringen (zie kader): "De kwaliteit van de online behandelplatformen en de IT-infrastructuur worden niet als obstakel gezien. Instellingen geven hierin aan dat de basiskwaliteit echt voldoende is. Het wordt door behandelaren soms als argument gebruikt, maar het is volgens de respondenten geen struikelblok bij implementatie."

De aantekening wijst op een kloof tussen diegenen die de eHealth willen of moeten implementeren en diegenen die hem moeten uitvoeren. Misschien zit dáár wel de grootste belemmering.

De derde beer: hoe effectief zijn al die toepassingen eigenlijk?

Ook over de werkzaamheid van de diverse eHealth-interventies kunnen kanttekeningen geplaatst worden. Heleen Riper merkt in het Algemeen Dagblad van 12 december 2015 op: "Heel veel instellingen gaan met onlinetherapie aan de slag, maar we weten nog veel te weinig over de effectiviteit." Zo moet volgens haar beter worden uitgezocht welk deel van de behandeling online zou moeten en wat beter niet. Van de invoering van onlinetherapie via de huisarts staat voor Riper vast dat het klinisch effectief is en kosten scheelt. "Maar dat wil niet zeggen dat iedereen er baat bij heeft. Het is net als een paracetamol bij hoofdpijn: bij de één werkt het wel, bij de ander niet."

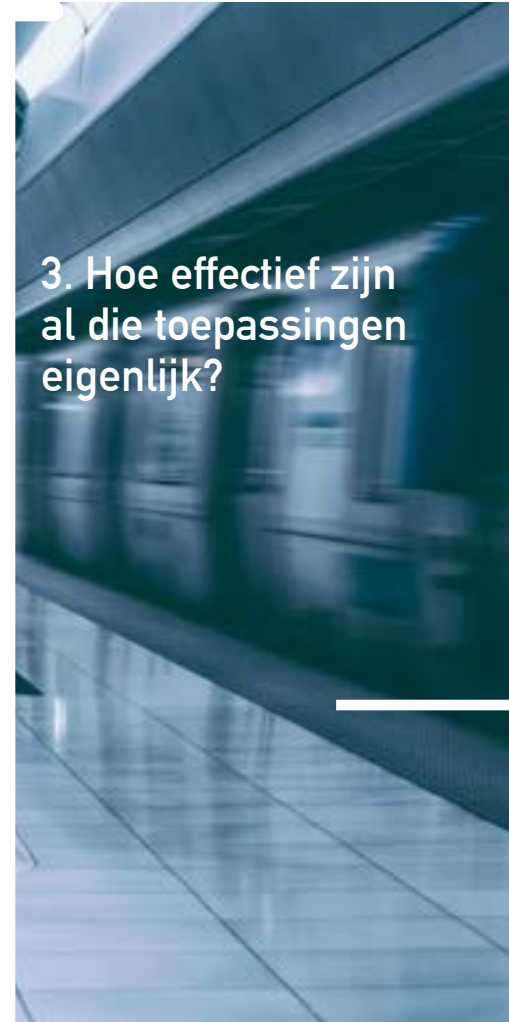
Dat online-therapie via de huisarts klinisch- en kosteneffectief is, daar mag een kanttekening bij worden gemaakt. We deden een snelle belronde onder tien POH-GGZ-ers (praktijkondersteuners voor de GGZ bij de huisarts) die eHealth gebruiken. Op zich nog een aardige zoektocht, want lang niet elke POH-GGZ maakt gebruik van deze mogelijkheid. Het beeld was minder florrissant dan veel persberichten doen vermoeden: zes van de tien schatten dat meer dan de helft van de mensen die toegang krijgen tot een interventie, hem niet afmaakt. De andere vier weten het niet, omdat ze het niet checken. Alleen over online-therapie als toevoeging op gewone gesprekken, zijn allen tevreden. Al is ook daar het aantal uitvallers groot.



1. Internet is niet voor iedereen bereikbaar



2. De instellingen moeten 'om'



3. Hoe effectief zijn al die toepassingen eigenlijk?

Terug naar de bewezen effectiviteit. Het Onlinehulpstempel van het Trimbos-instituut is een soort kwaliteitskeurmerk voor online-interventies. Dat wil zeggen: het beoordeelt of het online hulpaanbod voldoet aan technische en zorginhoudelijke standaarden. Slechts tien interventies hebben tot nu toe het stempel gekregen.

Eva Becking, mede-projectleider van het Onlinestempel zegt daarover: "Veel online interventies zijn gebaseerd op evidence-based therapieën, maar zijn zelf niet wetenschappelijk onderzocht." Ze heeft daar ook wel begrip voor: "Het wetenschappelijk onderzoeken van een interventie is geen sinecure. Volgens de standaarden moet het een Randomized Control Trial (RCT) zijn, compleet met controlegroep. Dat is een ontzettend grote klus. Bovendien ligt de interventie in de tijd van het onderzoek verder stil, dus het is ook nog eens een enorme kostenpost. Veel interventies zijn dus niet wetenschappelijk bewezen, wel is het aannemelijk dat ze werken.

"Becking verwacht dat er binnenkort wel meer aanvragen komen voor het Onlinestempel. "Als er eenmaal een paar opstaan, wordt het voor andere aanbieders ook aantrekkelijker het stempel te hebben."

Anne Cloostermans van Minddistrict is het daarmee eens. "MindDistrict heeft een catalogus met zo'n 150 programma's. Een RCT duurt gemiddeld vier jaar. De techniek gaat eenvoudigweg sneller dan het wetenschappelijk onderzoek kan bijhouden. We werken wel veel samen met VU Amsterdam en Universiteit Twente, met deze onderzoekspartners zoeken we naar nieuwe methodes om online interventies te evalueren en verbeteren." Daarnaast ziet Cloostermans ook een ander probleem. "RCT's gaan uit van zo gecontroleerd mogelijke omstandigheden voor onderzoek via onderzoeksprotocollen die je in zijn geheel onderzoekt. Met eHealth hebben we juist de mogelijkheid om alle onderdelen op maat aan

..."Het is net als een paracetamol bij hoofdpijn: bij de één werkt het wel, bij de ander niet." ...

te bieden per persoon. Er is grote behoefte aan onderzoek naar de 'wat werkt voor wie' vraag." Zowel Becking als Cloosterman zien daarom veel meer in onderzoek naar de effectieve elementen van behandelingen, zoals een dagboek, ontspanningsoefeningen of een registratieopdracht.

Dat het aantal uitvallers bij online-therapie misschien groter is dan bij andere vormen van therapie, is voor het bewijzen van de effectiviteit geen bezwaar, volgens Beckings collega Jeannet Kramer. "Therapietrouw is wel een uitdaging", zegt ze, "maar in wetenschappelijk onderzoek zijn verschillende scenario's denkbaar om te voorkomen dat het beeld daardoor positiever uitvalt dan het in werkelijkheid is. Bovendien zie je soms dat mensen die halverwege stoppen, tóch baat hebben gehad bij het gedeelte dat ze hebben gevolgd."

Dan maar geen eHealth? lees verder >>>

Dan maar geen eHealth?

Het internet is voor een grote groep onbereikbaar, de instellingen krijgen de implementatie maar moeizaam voor elkaar, het aantal afhakers lijkt substantieel en over de effectiviteit valt nog het nodige te zeggen. Moeten we dan eigenlijk wel zoveel tijd en geld in eHealth investeren?

Het antwoord is: "Ja". Er liggen te veel mooie, bijna gebruiksklare, innovaties om het er bij te laten zitten. En ondanks alle beren op de weg zijn er positieve zaken te melden.

Via Twitter vroegen wij om ervaringen. Drie lezers reageerden.

Maxime deed verschillende therapieën via internet voor eetstoornissen, depressie, angst en persoonlijkheidsstoornissen. Ze maakte eenmaal per week een vragenlijst om te kijken hoe het met haar ging. Ze maakte 5-G-schema's (een vorm van CGT. Red.), vulde verschillende dagboeken en logboeken in om het met haar therapeut te bespreken en voor zichzelf een overzicht te krijgen hoe het werkelijk met haar gaat. Daarnaast had ze 'live'-gesprekken. Ze schrijft: "Mijn ervaring met internet therapie is dat het je een steuntje geeft om overzicht te krijgen en zo duidelijkheid en structuur. Wat wel minder is dat je het niet kan delen met een ander. Gelukkig kan ik dit wel door mijn 'live' gesprekken. Voor mij helpt het tot nu toe goed."

Annette (niet haar eigen naam) zegt: "Door de therapie via internet heb ik veel opgestoken. Daar ben ik erg blij om. Zelf raad ik iedereen die geen groepstherapie wil doen individuele therapie met internettherapie aan. Dan kan je alles in je eigen tempo doen en daar heb ik heel veel aan gehad."

Rob (niet zijn eigen naam): Bijkomend voordeel is het kunnen indelen van mijn eigen tijd. Ik heb een baan, en om regelmatig overdag naar een psycholoog te gaan, gaat me gewoon niet lukken. Tot op heden werkt het prima."

Voorlopig is eHealth nog geen tovermiddel. Er zijn positieve resultaten en er zijn forse belemmeringen. Er liggen prachtige mogelijkheden in het verschiet.

Zie ons artikel 'De tien mooiste innovaties'.

Maar laten we vooral niet denken dat we er bijna zijn. ●

[Reageer](#)



Wil jij ook effectief leren screenen en kortdurende begeleidingsmethodieken kunnen inzetten?

DAN IS RINO ZUID DE PLEK OM JOUW POH-GGZ OPLEIDING TE VOLGEN.

DE OPLEIDING TOT POH-GGZ IN HET KORT:

- Blended opleiding met sterke focus op online kennis delen, het trainen van vaardigheden en reflectie
- Veel aandacht voor kortdurende begeleidingsmethodieken
- Inspirerende docenten met POH-GGZ praktijkervaring die gemiddeld een 8 scoren
- Opleiding in nauwe samenwerking met de huisartsenpraktijk

Zeer scherp aanbod van € 4.150,- voor 20 lesdagen waarvan 5 online

ERVARINGEN VAN OPLEIDINGSDEELNEMERS

RINO Zuid is al ruim 30 jaar specialist in opleiden voor de geestelijke gezondheidszorg. Deelnemers roemen de docenten en de ruimte voor eigen casuïstiek: "We hebben voor RINO Zuid gekozen vanwege de praktische aanpak van de opleiding. We voelen ons heel betrokken bij de opleiding, je wordt gehoord, je krijgt de juiste feedback en het aanbod sluit aan bij wat je nodig hebt in de huisartsenpraktijk."

Leren maakt beter

EHealth in de huisartsenpraktijk

Binnen de huisartsenpraktijk lijkt de digitale hulpverlening aan een grote opmars te zijn begonnen. Deels komt dat omdat de overheid geld beschikbaar stelt om eMentalHealth-interventies in de huisartsenpraktijk mogelijk te maken. Deels - en daarmee samenhangend - doordat de aanbieders van eHealth de POH-GGZ 'ontdekt' hebben.

Is eHealth een goede aanvulling op de POH-GGZ? Werkt het ook? Odile Smeets werkt als Projectmanager e-Health bij het Trimbos instituut. Wij vroegen haar naar de stand van zaken.

Reageer

Het Trimbos heeft een Toolkit '[EMentalHealth in de huisartsenpraktijk](#)' ontwikkeld. Wat is er zo bijzonder aan eHealth in de huisartsenpraktijk dat er een speciale toolkit voor moet komen?

Per 1 januari 2014 is de basis-GGZ ingevoerd. Het idee hiervan was dat meer mensen met (lichte) psychische klachten bij de huisarts behandeld moeten worden. Tegelijk met de invoering van de basis-GGZ is er ook financiering beschikbaar gesteld voor de inkoop van eHealth programma's in de huisartsenzorg.

Bij het Trimbos-instituut ontvingen we de jaren hiervoor al steeds meer vragen van huisartsen en praktijkondersteuners GGZ over eHealth: wat is het precies, welk aanbod is er, hoe staat het met de financiering, met de veiligheid en met privacy van programma's, enzovoorts. Toen in 2014 de basis-GGZ werd ingevoerd met de bijbehorende financiering steeg het aantal vragen enorm.

We merkten dat de belangstelling van huisartsen en praktijkondersteuners voor eHealth positief was, maar de kennis en ervaring heel minimaal. De toolkit geeft antwoord op de veel voorkomende vragen van de huisartsenpraktijk, en geeft handvatten om een visie te vormen op het onderwerp, een overzicht van Aanbod en Aanbieders en tips voor implementatie.

In diezelfde periode voerden we een aantal implementatieprojecten uit in de huisartsenpraktijk om door ons ontwikkelde zelfhulpprogramma's blended te implementeren. We wilden de ervaring die we daarbij opdeden delen met anderen.

En we hebben in 2014 in opdracht van het ministerie van VWS breed geïnventariseerd wat huisartspraktijken nodig hebben om eHealth vaker in te zetten. Zie onze [Infographic](#)

“De toolkit geeft handvatten om een visie te vormen op het onderwerp, een overzicht van Aanbod en Aanbieders en tips voor implementatie.”

Binnen de grote GGZ-instellingen gaat de implementatie van eHealth tamelijk langzaam, bleek in februari uit een onderzoek van M&I partners. Hoe gaat dat in de huisartsenpraktijk? Hoeveel huisartsenpraktijken werken al met eHealth en wat zijn hun ervaringen?

Daar is nog weinig over bekend. In ons eigen onderzoek van eind 2015 (zie de [Infographic](#)) zegt 80% van de respondenten gebruik te maken van eHealth. Het grootste gedeelte waarnaar verwezen wordt zijn websites met psycho-educatie, en direct toegankelijke online (zelfhulp)modules. De helft van de ondervraagde huisartsenpraktijken maakt gebruik van eHealth dat wordt ingekocht. Dat aanbod wordt meestal blended aangeboden. Van de ondervraagde praktijken die nog geen eHealth aanbod hebben ingekocht geeft ruim een kwart aan dat het komende half jaar wel plannen heeft tot inkoop. Het onderzoek geeft wel een indruk van het gebruik en ervaringen, maar geen totaal beeld voor alle 9000 huisartspraktijken in Nederland. Het NICTIZ heeft onze vragenlijst gebruikt voor een vragenlijst onder de POH-GGZ. De resultaten daarvan worden binnenkort verwacht.



Wat zijn de grootste belemmeringen die de POH-GGZ ervaart als het om eHealth gaat?

Dat wisselt nogal. De belemmeringen die wij te horen kregen binnen ons implementatieproject blended Kleurjeleven in de huisartsenpraktijk gingen over de gebruiksvriendelijkheid, technische problemen en de vaste opbouw van het programma en de matige therapietrouw. Verder hadden de POH's die geen patiënten hadden verwezen naar Kleurjeleven behoefte aan meer training en kennis, en stimulans van collega's. Sommigen waren ook te kort POH-GGZ, zodat ze nog geen ervaring hadden opgedaan.

De POH-GGZ's die ik gesproken heb, klaagden over het grote aantal afhakers van digitale hulpverlening. Ook waar het om blended gaat. Mensen bleven wel komen voor de gesprekken, maar gingen niet verder met de digitale interventies. Is dat een algemeen beeld? En zo ja, hoe verklaar je dat?

Ik weet niet of dit een algemeen beeld is, en ik zou ook preciezer willen weten wat die POH-GGZ's dan gedaan hebben en welke programma's ze gebruikt hebben. Mijn indruk is dat een POH-GGZ die enthousiast is over een bepaald eHealth-aanbod, dat enthousiasme ook eerder zal overbrengen.

Binnen ons project blended Kleurjeleven in de huisartsenpraktijk maken mensen ook niet allemaal de hele cursus af. Dat betekent niet dat ze er niets aan hebben! We zien uit zowel de eerdere onderzoeken naar de zelfhulpversie van Kleurjeleven als bij de patiënten die de blended versie volgen, dat ze ook vooruitgaan als ze de cursus maar voor een gedeelte volgen. Dus dat je niet alle lessen doet betekent niet dat het niet kan helpen.

Kleurjeleven was één van de eerste eHealth programma's en gebaseerd op de groepscursus 'In de put, uit de put'. Je ziet bij nieuw eHealth aanbod verschillende ontwikkelingen: dat het aanbod korter en meer klachtgericht wordt. Als je denkt aan de toegankelijkheid via smartphones, dan vraagt dat ook om korter en compacter aanbod. Als Trimbos-instituut letten we ook op het zogenaamd 'persuasive design'; een programma moet aantrekkelijk zijn om te gebruiken. Dit zal ook invloed hebben op de therapietrouw.

In ons project wijzen de voorlopige resultaten erop dat mensen met begeleiding van de POH-GGZ meer lessen afmaken dan in Kleurjeleven dan zonder begeleiding. Maar hier is nog lang niet voldoende onderzoek naar gedaan.

Wat vinden patiënten van het online behandelen? Voelen ze zich niet met een kluitje in het riet gestuurd? (Zo van: 'Hier heb ik geen psycholoog voor nodig?')

In ons implementatieproject blended Kleurjeleven zijn in de projectperiode van 1,5 jaar zo'n 650 mensen gestart. Zoals gezegd ligt het volgens mij – en dat bevestigt het onderzoek naar de zelfhulp versie van Kleurjeleven – erg aan de motivatie van de POH-GGZ hoe patiënten dit ervaren. Ook hier is nog weinig onderzoek over bekend, maar ik denk niet dat er enorm veel patiënten dit zo ervaren. Juist omdat ze bij blended aanbod wél gesprekken hebben met de POH. Natuurlijk is eHealth niet voor iedereen geschikt, of wil niet iedereen dit, en dat is prima. De één vindt het fantastisch, de ander vindt het te schools, voor een derde is het juist een uitkomst omdat hij veel in het buitenland zit.

Een paar ervaringen van patiënten met blended Kleurjeleven in de huisartsenpraktijk:

- “Patiënt (rond de 70 jaar) vond het geweldig, zijn leven was duidelijk veranderd door anders te denken en te doen, en hij had 89 keer ingelogd!”
- “Het was fijn om met iemand te praten over dingen. De cursus op de computer helpt je met je gedachten, maar soms is het goed om een verhaal te kunnen vertellen.”
- “De begeleiding door de POH was meer een stimulans om door te gaan met het programma”

Er is nogal een groot aanbod van verschillende aanbieders. Voor een beginner lastig wegwijs uit te worden. Zijn er eigenlijk grote verschillen tussen al die aanbieders?

Door het enorme aanbod, is het steeds lastiger om iets te zeggen over de kwaliteit van het aanbod. Een eHealth toepassing kan er heel mooi uitzien, maar dat hoeft niets te zeggen over de kwaliteit, de effectiviteit of de betrouwbaarheid. We hopen met het onlinehulpstempel.nl meer duidelijkheid te creëren over de kwaliteit van dat aanbod.

Behalve het aanbod dat begeleid wordt, is er ook een ruim aanbod interventies die helemaal onbegeleid gevolgd kan worden (via Mirro, bijvoorbeeld). Daar hoeft de huisarts dus alleen maar naar te verwijzen. Hoe zijn de ervaringen daarmee? En is de begeleiding dan nog wel nodig?

Daar is nog weinig onderzoek naar gedaan. Juist dat hele brede palet is nuttig. Voor sommige mensen is informatie over hun klachten, misschien in combinatie met wat oefeningen, voldoende. Anderen hebben meer, of vooral, face-to-face begeleiding nodig. Een goede combinatie lijkt mij ook dat je iemand voor specifieke problemen door kan sturen naar een online-behandeling, zoals alcoholdebaas.nl of Interapy. Voor die ene klacht volgt hij dan een begeleidde eHealth interventie, terwijl je als POH-GGZ face-to-face contact kunt houden voor de overige begeleiding.●



“Een goede combinatie lijkt mij ook dat je iemand voor specifieke problemen door kan sturen naar een online-behandeling. Voor die ene klacht volgt hij dan een begeleidde eHealth interventie, terwijl je als POH-GGZ face-to-face contact kunt houden voor de overige begeleiding.” Odile Smeets



Door het toenemende gebruik van eHealth komen er steeds meer nieuwe toepassingen beschikbaar die kunnen worden ingezet tijdens een behandeling. Ook de GGZ maakt forse stappen in verdere digitalisering van het zorgaanbod. Voorbeelden hiervan zijn virtual reality exposure therapie (VRET) maar ook de dappere kat en 99grams. De digitalisering is een mooie en cruciale ontwikkeling om de zorg efficiënter en effectiever te maken én om een halt toe te roepen aan de almaar stijgende zorgkosten. Echter, veel van deze toepassingen verwerken persoonsgegevens en om deze reden is het cruciaal dat privacy en security maatregelen binnen de gebruikte applicaties hoog op de ontwikkelagenda staat. De ervaring leert ons dat wanneer dit niet op adequate wijze is opgelost, dit vaak tot problemen leidt bij verdere opschaling.

Blended care

Online behandelingen, al dan niet in combinatie met fysieke afspraken, behoren steeds vaker tot het standaard repertoire binnen de GGZ. Deze behandelmethode wordt ook wel blended care genoemd. Dit type behandeling kan bijvoorbeeld worden ingezet bij angst en depressie en bij psychische aandoeningen zoals eetstoornissen en chronische vermoeidheid. Een andere ontwikkeling die steeds meer terrein wint binnen de GGZ is het zelf meten en bijhouden van gegevens over de gezondheid. Dit wordt ook wel zelfmanagement genoemd. Het gaat hier om het zelf bijhouden van gegevens zoals gewicht en bloeddruk en gegevens over voeding en lichamelijke activiteit (Krijgsman et al., 2015). Deze gegevens kunnen gebruikt worden om beter inzicht te verkrijgen of de behandeling het gewenste effect heeft.

Wat privacy en security by design kan betekenen voor verdere digitalisering in de zorg!

Bart van den Boogaard

Enkele handvatten voor de ontwikkeling en het gebruik van eHealth toepassingen

Jeugdcloud en GGD Appstore

Vaak is het moeilijk om vast te stellen of een applicatie veilig en verantwoord kan worden gebruikt. Om de gebruiker, zoals de patiënt maar ook de zorgprofessional, hierin te ondersteunen heeft Deloitte haar eigen businesslijn, Assuring Medical Apps, opgericht. Deze nieuwe businesslijn is specifiek gefocust op het testen van applicaties die bijvoorbeeld worden gebruikt bij een blended behandeling. Daarnaast zijn er ook landelijke initiatieven zoals de Jeugdcloud Appstore en de GGD Appstore. Het voornaamste doel hiervan is het bieden van een overzicht wat betreft het nut en de waarde van de nieuwe applicaties en het toezien op basisprincipes wat betreft beveiliging. Op deze manier dragen de initiatieven op hun eigen manier bij aan de verbetering van de digitale zorg.

Valse beloftes

Uit onze ervaring blijkt dat ontwikkelaars van eHealth toepassingen de bijkomende complexiteit aan wet en regelgeving vaak onderschatten. Het ontwikkelen van zorgapplicaties is écht iets anders dan een game, informatieapp of iedere andere consumententoepassing. Er komt simpelweg, vaak door de verwerking van persoonsgegevens, een aardig pakket aan regelgeving bij kijken. Het is belangrijk dat je als ontwikkelaar de van impact zijnde regelgeving goed kent. Hierdoor kan je tijdens het design rekening houden met de regelgeving en voorkom je dat mogelijk valse beloftes worden gedaan of achteraf veel werkzaamheden verricht moeten worden om alsnog compliant te zijn.

Privacy and security by design

Om nieuwe innovaties zo goed mogelijk in de praktijk te laten landen is het belangrijk om de juiste privacy en security maatregelen gelijk aan begin van het ontwikkeltraject op te nemen. Er volgen enkele bruikbare tips waaraan een zorgapplicatie vanuit onze optiek aan dient te voldoen. Deze tips zijn ook gepresenteerd tijdens het Our Future Health congres van 26 mei j.l.



Risico analyse

Een risico analyse vormt de basis van elke eHealth applicatie. Hierbij wordt kritisch gekeken naar het doel van de applicaties en de daarbij behorende functionaliteiten, risico's voor de patiënt en security en privacy aspecten (vergeet vooral deze laatste 2 niet). Aan de hand hiervan kan een goed beeld worden gevormd van de mogelijke maatregelen die dienen te worden getroffen. Alle betrokkenen (dus ook de patiënt) dienen hierbij betrokken te zijn. Vindt de patiënt jouw geïdentificeerde risico's ook wel de belangrijkste?

Beveiligde verbinding

Een versleutelde verbinding dient gebruikt te worden voor het versturen van patiëntgegevens. Er wordt hiermee voorkomen dat gegevens kunnen worden gelezen in het geval dat de verbinding wordt onderschept.

Beveiligde dataopslag

Data dient altijd versleuteld te worden opgeslagen in een beveiligde database. Let hierbij ook op of de omgeving waarin de cloud zich bevindt past bij de regelgeving van het land waarin je actief bent, of dat over de opslag de juiste afspraken met elkaar zijn gemaakt.

Best practices and guidelines

Door gebruik te maken van best practises en guidelines zoals OWASP_top 10 kunnen veel voorkomende kwetsbaarheden uit softwareontwikkeling worden voorkomen. Zorg dat je goed in kaart brengt wat de best practices en guidelines zijn die horen bij jouw toepassing en betrek deze bij iedere stap binnen de ontwikkeling.

Verdiep je in het domein en doe onderzoek naar de relevante wet en regelgeving

Ga na welke wet en regelgeving relevant is. Denk hierbij aan de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WBGGO), Wet Bescherming Persoonsgegevens (WPB) en de NEN7510 normering.

Transparantie

Wees volledig transparant over het doel van het gebruik van de verzamelde data en welke data wordt verzameld van de gebruikers.

Documentatie

Zorg ervoor dat alle keuzes en overwegingen die gemaakt worden tijdens het ontwikkelproces goed gedocumenteerd worden. Dit geldt niet alleen voor designkeuzes maar ook voor keuzes die gemaakt zijn op het gebied van security en privacy.

Afspraak = Afspraak

Houd je aan de belofte die je maakt in de privacy mededeling of algemene voorwaarden. Doe geen dingen buiten het medeweten om van de patiënten en zorgprofessionals. Verzamel alleen de data die je vermeld hebt staan in de privacy mededeling en gebruik data niet voor doeleinden die je niet kenbaar hebt gemaakt.

Less is more

Tot slot geldt dat hoe minder data er hoeft te worden ingevoerd in een applicatie, des te minder risico men loopt dat gevoelige gegevens op straat komen te liggen bij een mogelijk datalek. Dit sluit ook aan bij de wet bescherming persoonsgegevens die al aangeeft dat je het principe van minimalisatie van dataverzameling moet toepassen.

Mocht je met de tips in dit artikel niet uit de voeten kunnen of weet je niet zeker of je een applicatie verantwoord kunt gebruiken, vraag dan om een testrapport of andere additionele informatie aan de ontwikkelaar. Laat je op die manier overtuigen zodat je zeker bent dat je gegevens op de juiste manier worden verwerkt en opgeslagen.



Een artikel van Bart van den Bogaard (bvandenbogaard@deloitte.nl) en Rob Peters (rpeters@deloitte.nl), beide werkzaam voor het initiatief Assuring Medical Apps van Deloitte Risk Services B.V. ●

Ik was onlangs op het grote eHealth Congres van Nederland. Allerlei nieuwe eHealth initiatieven passeerden de revue. Er werd veel gesproken over de kansen die er liggen op gebied van eHealth en er wordt vanuit de overheid weer extra geld in gestoken. Allemaal goed nieuws en positieve ontwikkelingen, zo klinkt het. Maar...

De crux van het succes

Zelf werk ik, zoals jullie weten, óók aan een aantal eHealth apps. Wat ik vooral in de praktijk merk, is dat het succes niet van de eHealth-oplossing zelf afhangt. Er zijn al meer dan genoeg eHealth-oplossingen beschikbaar; misschien zelfs wel té veel. Er zijn zelfs allerlei keurmerken en specifieke App Stores met 'goedgekeurde apps' in het leven geroepen om het hele zootje nog een beetje te kunnen managen. Volgens mij zijn we er allang met die eHealth-oplossingen. Uiteraard mag het mooier, sneller en gebruiksvriendelijker, maar dat is volgens mij nou net niet de crux van het succes.

Op hetzelfde eHealth Congres werd er door alle aanwezigen, van gebruikers, tot makers, tot hulpverleners steen en been geklaagd dat 'het niet opschoot'. Neem het ikonische verhaal van Anne-Miek Vroom bijvoorbeeld. Ze vertelde over het ongelofelijke aantal röntgenfoto's die bij haar zijn gemaakt, omdat het onderling delen van foto's tussen ziekenhuizen nog altijd lastig blijkt te zijn. De techniek is hier allang klaar voor. De techniek was hier al klaar voor, nog vóór onze eHealth revolutie van de afgelopen paar jaar. En toch is het nog steeds gedoe.

Hoe komt dat nu precies... en wat kunnen we daaraan doen?

Wat mij altijd opvalt aan de eHealth-oplossingen die wij bedenken en maken, is dat ze de ene keer fantastisch werken en de andere keer niet of nauwelijks van de

eHealden gezocht



Lennard van der Poel

grond komen. Terwijl het vaak dezelfde type oplossing is, in een zelfde soort situatie, met dezelfde bureaucratische last en dezelfde werkdruk, met dezelfde support vanuit de organisatie. Alleen de gebruikers verschillen. De ene keer werken we met hulpverleners samen die elk detail perfect willen hebben, omdat ze er anders niet in geloven. Zij verliezen het grotere doel nog weleens uit het oog. Of hulpverleners die bij voorbaat al zuchtend naar hun to-do-list kijken en zeggen dat ze er niets bij kunnen hebben. Ondanks dat het gebruik van de specifieke oplossing hen wellicht kan ontlasten. De andere keer werken we met cliënten en hulpverleners samen die een helder doel voor ogen hebben en de kern willen aanpakken. Of een knopje in de eHealth-oplossing wel of niet op de juiste plek staat, is daar geen onderwerp van gesprek. Of de oplossing een cliënt echt helpt, wel...

eHealden

De cliënten en hulpverleners die het grotere doel voor ogen houden; zij zijn degene die eHealth succesvol maken. Zij zijn degene die zich ervan bewust zijn dat je je niet door randzaken moet laten afleiden en dat eHealthoplossingen van zeer grote toegevoegde waarde kunnen zijn als je ze omarmt en voor de volle 100% toe wil passen.

Beste Minister Schippers

Zou het niet beter zijn om een keer een congres met eHealden te organiseren in plaats van een congres over eHealthoplossingen? Daar hebben we er onderhand al wel genoeg van gehad.

Lennard van der Poel is initiator van de Beterapp en de Healthcoin en de afgelopen 8 jaar werkzaam als innovator in de zorg.

[Reageer](#)

‘Veilige apps’ in de Zorg in de kiem gesmoord

We zijn het eindelijk eens: veilig ‘appen’ in de zorg is enorm belangrijk. Het aantal veilige messengers wordt groter en groter, wordt het niet eens tijd om er ook iets mee te doen?

Bob Reijnders en Martin Koch

Van multomap naar smartphone

Ooit stonden we bij het in ontvangst nemen van onze diploma’s met twee vingers in de lucht. We beloofden plechtig dat we in onze privé-omgeving nooit de namen zouden noemen van de cliënten die we binnen de muren van de psychiatrie tegen kwamen. We legden de eed af. De rapportage en de medische gegevens die we vastlegden met betrekking tot de patiëntenzorg werd veilig ‘opgeslagen’ in ‘multomappen’. Deze borgen we aan het eind van onze dienst veilig op in ijzeren dossierkasten. Met een sleutel draaiden we deze op slot. Veiliger dan ooit!

Nu is de situatie in de GGZ helemaal anders. Zorgverleners en cliënten hebben bijna altijd een hypermoderne computer in hun broekzak: hun smartphone. Een apparaat dat een stuk efficiënter en sneller werkt dan verouderde EPD’s en logge, ingewikkelde computersystemen van GGZ-instellingen. Dat leidt tot 900 miljoen WhatsApp-gebruikers, 700 miljoen Facebook Messenger-gebruikers en 120 miljoen gebruikers Telegram-gebruikers. In plaats van de systemen die de werkgever beschikbaar stelt, gebruiken we daarom steeds liever de apps op onze telefoon. Ook in de zorg. Een appje naar collega’s is sneller verstuurd dan het email-programma is opgestart.

Privacy

Maar ja, de zorg heeft met een nogal belangrijk probleem te maken: bescherming van de privacy. De cliënt loopt, wanneer vertrouwelijke en medische informatie gedeeld wordt met bijvoorbeeld WhatsApp, het risico dat hij of zij reclame op Facebook ziet voor de nieuwste antidepressiva of andere psychofarmaca. WhatsApp versleutelt weliswaar de berichten, maar informatie over met wie je appt, hoe vaak en waar, verzamelt het bedrijf wel degelijk. Wat daarmee gebeurt? Weet jij het?



Bovendien kunnen gegevenslekken ontstaan met compleet onduidelijke oorzaken. De gevolgen zijn wel helder: boetes tot wel 820.000 euro, of 10 % van de jaaromzet van je instelling. Dat wil geen enkel bedrijf. Volgens de overheid is het risico af te dekken met een goede ‘bewerkersovereenkomst’, waarin staat wie verantwoordelijk is voor welke gegevens en het gebruik daarvan. Hoe men die overeenkomst afsluit met Amerikaanse concerns als WhatsApp of Facebook, weet dan weer niemand.

De veilige alternatieven

We willen in de zorg dus snelle, makkelijke applicaties waarmee we kunnen communiceren (messengers) zonder dat de privacy van cliënten in het geding komt. Nou, die kwamen er. Er ontstonden overal kiemen van innovatie: Messengers, ‘speciaal’ voor de zorg! De ene nog veiliger dan de andere, volgens de leveranciers, en op allerlei manieren worden de instellingen verleid tot het gebruik van een van deze ‘disruptieve’ innovaties:

‘Volledig end to end encrypted’, ‘integraal onderdeel van het dossier’, ‘unieke mogelijkheden voor prioritering’, ‘bijzonder gebruiksvriendelijk’, ‘waarbij u voldoet aan de WGBO en de NEN7510 – NEN7513’, ‘goed te koppelen met uw bestaande systemen’, ‘het kunnen scheiden van werk en privé’, ‘waarbij bovendien 06 nummers niet gedeeld worden’... De strijd om de “medische WhatsApp” is definitief losgebarsten!

Geen stap vooruit

We willen dus veilig communiceren en er zijn tientallen middelen om dat ook daadwerkelijk te doen. Probleem opgelost! Toch? Laten we eens even naar de praktijk kijken. Te beginnen met onderzoeken van NICTIZ, VWS en diverse adviesbureaus. Deze wijzen uit dat het implementeren van eHealth in de GGZ enorm moeizaam verloopt. We zijn ruim 5 jaar bezig, maar het wil tot nu toe niet lukken om de cliënt met eHealth meer in zijn kracht te zetten, meer regie te geven over zijn behandeling, of het Samen Keuzes Maken binnen de behandeling beter te ondersteunen.

QUOTE: “HET DUURDE AL BIJNA 4 MINUTEN OM HET SYSTEEM ÜBERHAUPT OP TE STARTEN”, “DAAR WORDT NIEMAND BLIJ VAN. EVEN EEN ‘APPJE’ STUREN. DAT IS NET ZO MAKKELIJK. HET IS LOGISCH DAT IK IN DAT GEVAL LIEVER GEBRUIK MAAK VAN MIJN SMARTPHONE DAN VAN HET EPD...”

Uit een ander onderzoek, van M&I-partners over eHealth in de GGZ ¹⁾, bleek dat welgeteld 0% van de organisaties 'Appen of beeldbellen' vaak inzet, en 48 tot 71% van de instellingen nooit gebruik maakt van chat of beeldbellen. Gebruik maken van deze toepassingen in de traditionele GGZ betekent 'een nieuwe behandelapak die deels afstapt van de traditionele periodieke sessie-aanpak' volgens dit onderzoek. Daar zijn we blijkbaar nog niet aan toe.

QUOTE: "DE INZET VAN EEN 'WHATSAPP ACHTIGE' KAN EEN HELE GOEDE BIJDRAGE LEVEREN OP DE BEHANDELRELATIE TUSSEN EEN BEHANDELAAR EN EEN CLIËNT. JUIST DOOR DE LAAGDREMPelige MANIER VAN 'EVEN EEN KORT BERICHTJE STUREN' IS HET APPEN EEN UITBREIDING OP HET HUIDIGE BEHANDELAANBOD. EVEN AANDACHT VOOR ELKAAR, EN NATUURLIJK OOK GEWOON EEN MAKKELIJKE EN GEBRUIKELIJKE MANIER VAN COMMUNICEREN. ER ZIJN BOVENDIEN MEER CLIËNTEN MET EEN SMARTPHONE DAN MET EEN COMPUTER!"

Geld of actie?

Wat is de oplossing? Tijdens de eHealth week werd bekend dat minister Schippers voor de komende vier jaar 20 miljoen euro beschikbaar stelt voor opschaling van eHealth in Nederland ²⁾. Gaat het daarmee lukken om veelbelovende innovaties een plek te geven in de zorg en cliënten beter te helpen?

Je kunt voor dit soort substantiële bedragen aardig wat apps naar je cliënt versturen. Uit ervaring blijkt dat vaak nog wordt getwijfeld, dat de veranderingen op de interactie met cliënten niet wordt overzien. En dat is zonde want hoe mooi is het dat de afstand tot de cliënt wordt verkleind? De kiemen zijn overal, maar wat heb je daaraan als ze nooit tot iets moois kunnen uitbloeien? Dat kan alleen wanneer zorginstellingen durf tonen, experimenteren, de mogelijkheden actief inpassen en gebruiken in het zorgproces. Pilots, proefperiodes, implementaties. Laat die 48 tot 71% van de instellingen de raden van bestuur overtuigen dat veilig chatten een mooie uitbreiding is op het behandelapak is en ga aan de slag!

Bob Reijnders en Martin Koch van Topicus Zorg werken mee aan de doorontwikkeling van de Kanta Messenger. Hun uitdaging is om eindgebruikers, in dit geval de cliënten in de GGZ, optimaal te voorzien van nieuwe mogelijkheden door inzet van moderne en eenvoudig te gebruiken technologie.●

Bronnen

- 1) M&I Partners: [Jorne Grolleman, Zorgvernieuwer, meer rendement met e-mental health](#)
- 2) Schippers: [20 miljoen voor eHealth initiatieven van Nederlandse bodem](#)

Reageer

Hoofdpijndossiers in de GGZ?

Doe de CCE-cursus

Context als factor bij ontstaan en behandelen van probleemgedrag

Voor regisserend / coördinerend behandelars in de GGZ

Tweedaagse cursus op
14 september en 5 oktober

Over het CCE

Het CCE doet consultaties in de langdurige zorg in situaties met ernstig probleemgedrag. De kennis en ervaring die wij opdoen vormen het uitgangspunt voor onze scholing en training.

Dat maakt CCE scholing een krachtige combinatie van visie, inzicht, kritische reflectie en praktijkgerichtheid. Wij bieden een unieke en verhelderende kijk op zeer ingewikkelde problematiek.

[Meer informatie en inschrijven](#)



centrum voor
consultatie en
expertise

samen zoeken
nieuw perspectief
cce.nl



Technologisch succes wordt meestal toegeschreven aan ontwerpen waarvan de verwachte waarde samenvalt met hun gepercipieerde waarde. 'Een zorgende samenleving is een humane samenleving' is het motto van de eerste generatie innovators wiens succesvolle e-zorgproducten een verlengstuk van de mens zijn, ten dienste van de mens. Vooral functionele apps en informatieve websites doen het goed. Een massale adoptie van een digitaal zorgsysteem laat echter op zich wachten. Positieve of negatieve ontwikkeling?

Om dit effect te begrijpen, moet e-health in de bredere context van economische belangen, politieke keuzes en revolutionaire (of devolutionaire?) aspecten gezien worden. En deze context is niet bepaald rooskleurig: substitutie, transitie en transformatie als opvolgers van een oorspronkelijk additief hulpmiddel vinden in rap tempo plaats in veel technologische domeinen: van de zelfrijdende auto tot de digitale rechter. Gezondheidszorg zal hierop geen uitzondering zijn. Dit proces gebeurt zo snel en is zo beangstigend, dat zelfs onderzoekers van het Rathenau Instituut hiervoor waarschuwen: "Technologie is niet iets dat mensen overkomt", het gaat om de mens en het maken van de juiste keuzes tussen al wat mogelijk is. Hun kreet verwijst echter naar een werkelijkheid akeliger dan baanverlies aan een robot. Het verzamelen en koppelen van allerlei data, waaronder biopsychische gegevens, is niet alleen een machtig arsenaal voor agressieve commerciële bedrijven of destructieve groeperingen, maar bijzonder voer voor kunstmatige intelligentie die we zelf hebben gecreëerd en waarover wij de controle binnenkort dreigen te verliezen. Prominente wetenschappers, waaronder S. Hawking, hebben zich hierover expliciet uitgesproken in een poging dit proces een halt toe te roepen: kunstmatige intelligentie kan

zichzelf werkelijk herprogrammeren en autonoom worden, met een rekenkracht ver boven die van het menselijk brein. Zonder enige garantie echter dat dit ten gunste van de mens zal zijn.

Wat is de meerwaarde dan van e-health om verdere verspreiding ervan te wensen en waar moet je



een grens trekken om je als mens nog veilig te stellen? Als ik van een bezoek aan de huisarts kom, waarin driekwart van de vijf gereserveerde minuten besteed wordt aan uitleg over de kosten van de zorg, en de resterende luttele minuten aan het toetsen van de zelfgestelde diagnose ("wat denkt u zelf dat u heeft?"), hunker ik naar een avatar die op zijn minst mee-

denkt. Kiezen voor e-health is in dit geval kiezen voor kennis, focus en analytische kracht. Een keuze uit nood, welteverstaan. Want daartegenover mis ik een essentieel ingrediënt: het interrelationeel component met al zijn qualia's. Om die reden heet het ook geen e-zorg, meen ik, maar verwijst deze term eerder naar een ideaal van welzijn en zelfontplooiing in een selfiesamenleving. Is hiermee een grens bereikt? Of voelt het alleen zo voor mij en mijn generatie? Kunnen we digitale zorgsystemen zodanig blijven ontwikkelen dat ze gegarandeerd humaan, betrouwbaar en redzaam zullen zijn? Een dringende vraag voor een broodnodige antitrust-bewaking, ook in het e-healthdomein. Want zolang onze hulpverleners gereduceerd zijn tot administrators van een doe-het-zelfcultuur en de meesten dit sociaal en -uiterst menselijk- component niet meer gaan missen, zal een volledig geautomatiseerd zorgapparaat zich verder ontpoppen als een natuurlijk gevolg van een onomkeerbare misrekening. Althans, zolang de mensheid nog duurt en de wereld doordraait. ●

Cristina Vellinga is Ambassadeur e-health NIP



ROM
online behandelen
diagnostiek

Eenvoudig en snel digitaal ROMmen met TelePsy

Vanaf 1 oktober 2016 is het zover. Ook vrijgevestigden dienen hun ROM-data aan te leveren aan SBG. U voldoet aan deze verplichting door binnen het zorgdomein Volwassenen Cure gebruik te maken van de OQ-45, BSI of SQ-48. Daarnaast dient u deze data digitaal te verzamelen en maandelijks aan te leveren. Aanlevering geldt zowel voor gecontracteerde als niet gecontracteerde GGZ-zorgprofessionals.

Bespaar uzelf tijd en moeite door te werken met een leverancier die zowel de meetinstrumenten als de ROM aanlevering voor u verzorgt. TelePsy biedt u een applicatie waarmee u eenvoudig en snel digitaal kunt ROMmen. U selecteert een vragenlijst, zet deze klaar voor uw cliënt en wij zorgen ervoor dat uw ROM-data wordt aangeleverd aan SBG. Hierdoor heeft u bijna geen omkijken meer naar de aanlevering en kunt u zich blijven focussen op uw cliënten.



Ervaar zelf wat TelePsy voor u kan betekenen

Probeer nu vrijblijvend uit

Van egosysteem naar ecosysteem

Wat is de toekomst van eHealth? Gaat de al jaren beloofde opschaling nu eindelijk plaatsvinden? Tijdens de afgelopen eHealth week waren weer veel mooie apps en toepassingen te zien van ondernemers die hier sterk in geloofden. Ik heb vele voorbeelden gezien die gebruikers zullen gaan helpen om meer regie over hun eigen gezondheid te krijgen door de inzet van slimme technologie.

Toch denk ik dat voor de echte doorbraak nog iets essentieels ontbreekt. En het ontbrekende is helaas minder “hip” dan alle mooie apps. Volgens mij missen we een open ecosysteem, waarin mensen (cliënten, hun systeem, ervaringsdeskundigen, behandelaren ...) over instellingen heen kunnen samenwerken. Waarin data op een goed beveiligde manier daadwerkelijk door de gebruiker beheerd kan worden (“personal health cloud”). Waar de gebruiker zelf de regie kan voeren en uit een grote database van eHealth en mHealth aanbod kan kiezen. Waar hij kan “mixen en matchen” zoals bijvoorbeeld bij Blendle. Waar hij toepassingen en behandelaren kan raten. Maar vooral: waar hij niet gevangen zit in de Vendor lock-in van instellingen of leveranciers.

We kunnen wachten tot Apple, Amazon, Phillips of Google dit voorziet (al is de vraag natuurlijk of we dan niet in een nieuwe Vendor lock-in situatie komen). Maar we kunnen ook starten om alvast de onderliggende paradigmaverandering vorm te geven: van de centrale positie van instellingen en leveranciers (“egosystemen”) naar een open ecosysteem als infrastructuur dat het vertrouwen van de markt heeft.



Michael Milo
Verbinder

Reageer

Deze oproep is uiteraard erg “hoog over” en vrijblijvend. Het is niet moeilijk om op te roepen tot een samenwerking die lijkt op die van de banken bij de introductie van het internetbankieren (standaarden voor informatie-uitwisseling). Of om een voorbeeld als dat van open source ontwikkelcommunities als lichtend voorbeeld te omschrijven. Ik denk ook dat er weinig mensen zullen zijn die het oneens zijn met de stelling dat er een einde moet komen aan de enorme versnippering van ICT en eHealth systemen in de zorg. En het adagium dat niet de behandelaar, instelling (of ICT-leverancier) centraal moet staan, maar de eindgebruiker wordt natuurlijk ook al jaren beleden.

Maar wat maakt het nu zo moeilijk om deze stap daadwerkelijk vorm te geven? En wat is er voor nodig om deze volgende stap, naar een “backbone” (technisch gezien een Business2Consumer, c.q. Business2Business eCommunity) echt vorm te geven?

Het onderliggende mechanisme is even eenvoudig als complex. Om tot zo een open systeem te komen is vertrouwen het toverwoord. En daaraan verbonden: het op vele niveaus loslaten van huidige belangen. En dat is gelijk het ingewikkelde. Hoewel instellingen en eHealth leveranciers als hoofddoel hebben om de gezondheid van burgers te verbeteren, hebben ze ook een secundair, maar niet te onderschatten, belang. Ze zijn ook werkgever met een verantwoordelijkheid en een bepaald businessmodel. ICT-leveranciers in de zorg hebben op de korte termijn een hoop te verliezen. Ze verdienen hun brood met het verkopen van meerjarige abonnementspakketten. Een instelling koopt zo toegang tot hun eHealth platform. En dat platform wordt dan door die instelling aan cliënten aangeboden en geeft hen vaak via een Vendor lock-in controle over het verkeer en hiermee relatieve zekerheid van inkomsten. Een eCommunity die het mogelijk maakt dat cliënten zelf bepalen welke portalen, apps en eHealth toepassingen (en behandelaren) ze kiezen is voor instellingen en eHealth leveranciers uiteraard een erg disruptief model.

De oplossing om vertrouwen te creëren in een dergelijke kanteling ligt dus niet alleen in de infrastructuur op zich. Het belangrijkste is dat de eCommunity zo aantrekkelijk is, dat ook voor de bestaande partijen (eHealth leveranciers, instellingen) hun belangen en (in mijn ogen op hun laatste benen lopende) businessmodellen los durven laten.

Verschillende partijen (uit de GGZ en de somatiek) zijn bezig om elkaar rond het ontwikkelen van een open ecosysteem te vinden. Dit geldt zowel voor de ontwikkeling als voor het onafhankelijke beheer. Ik denk dat, hoewel niet zo hip als veel prachtige apps, dit weleens het begin kan zijn van de al zo lang beloofde opschaling van het gebruik van eHealth in de zorg. Hou het nieuws de komende tijd in de gaten!

Michael Milo is een van de initiatiefnemers van De Nieuwe GGZ

van @ elkaar

De methode Van-Elkaar zet mensen in beweging

Coaches en therapeuten krijgen steeds meer te maken met relatie- en scheidingsproblematiek.

Om de begeleiding van uw cliënten zo soepel mogelijk te laten verlopen heeft Van-Elkaar een onlinemethode ontwikkeld waarmee een proces van bewustwording, inzichten en kennis opgang komt en cliënten in de stemming brengt om in mogelijkheden te gaan denken. Met uw hulp zijn zij in staat om op respectvolle wijze, samen te zoeken naar oplossingen met oog voor elkaars belang. Gebruik de methode als voorbereiding van een traject of tijdens een vastgelopen traject om mensen weer in beweging te krijgen.

Van-Elkaar biedt in samenwerking met partner Mylogin, de mogelijkheid om gratis de methode uit te proberen. Mylogin is een platform voor professionals die online-instrumenten inzetten ter ondersteuning van training, coaching en mediation.



Feedback:

“Dankzij Van-Elkaar werd heel goed duidelijk dat onze problemen oplosbaar waren met behulp van een mediator.”

“Zelfreflectie, door de vragen die gesteld werden, kreeg ik een spiegel voorgehouden en kreeg ik de kern van ons probleem makkelijker te pakken.”

“Ik voelde opluchting om eerlijk en open mijn gevoel/mening te kunnen geven zonder dat ik door mijn partner onderbroken werd of mij moest verantwoorden omdat de ander in de aanval overgaat.”

“Het rapport en advies heeft mij gemotiveerd om samen met mijn vrouw hulp te zoeken bij een relatietherapeut.”

“Na het maken van de methode merkte ik verschil in de mindset bij mijn cliënten. Er ontstond meer openheid en er werd beter naar elkaar geluisterd.”

Onze missie

Een steentje bijdragen aan het vinden van een nieuw evenwicht in je relatie, als partners of als collega-ouders. Het creëren van een veilige omgeving voor de kinderen is daarbij een belangrijke insteek.



Kijk voor meer informatie op www.van-elkaar.nl

Maak gratis kennis met de methode: info@van-elkaar.nl of bel 0619655560

De eHealth top-10 van GGZTotaal

Sinds de eeuwwisseling ontvouwt zich een oneindig arsenaal aan digitale mogelijkheden. Van eenvoudig tot complex, van computerspelletje tot serious gaming, wel of niet begeleid. Geprotocolleerde behandeling, enkel monitorend, feedback-gevend, je kunt het zo gek niet bedenken of het bestaat. In dit magazine is voldoende aandacht besteed aan alle problemen die opdoemen bij de implementatie van al dat moois. Laten we vooral afsluiten met de mogelijkheden die er wel degelijk zijn. Al is dat ingewikkelder dan het lijkt.

Een poging tot categorisering van het digitale bos is namelijk tot mislukken gedoemd. Het is - om te beginnen - al niet duidelijk wat wel eHealth is en wat niet. Daarom houden we de definitie simpel: als het gedigitaliseerd is én therapeutisch bedoeld, dan noemen we het eHealth. Daarnaast is de overlap tussen de verschillende categorieën te groot om een zinnige indeling te maken.

Aan een overzicht wagen we ons ook niet. Het zou een catalogus opleveren van enkele honderden pagina's. Wel geven we de tien mooiste innovaties die wij de afgelopen tijd tegenkwamen. Uiterst persoonlijk en zeer arbitrair inderdaad, maar dat moet u ons maar vergeven. We zijn ons er terdege van bewust dat we veel innovaties te kort doen door ze niet te noemen. Zoals de mogelijkheden die aanbieders ontwikkelen om elkaars interventies aan te bieden, de veelheid aan beveiligde messengers en een oneindig aantal zeer specifieke apps.

Psycho-educatie, vragenlijsten en gedigitaliseerde protocollen

De grote bulk aan eHealth-interventies bestaat - nog steeds - uit gewone standaardhulpverlening, met dit verschil dat de cliënt zijn of haar informatie van het internet moet halen. In de allereenvoudigste vorm is dat informatie en niet méér dan dat, eventueel aangevuld met de mogelijkheid ervaringen uit te wisselen. Voorbeelden zijn de folders van de diverse beroeps- en patiëntenverenigingen (zoals de [Nvvp](http://Nvvp.nl), de [Hersenstichting](http://Hersenstichting.nl) en het [LPGGz](http://LPGGz.nl)) en de talloze websites en internetfora (Schizofreniebestaatniet.nl; alcoholinfo.nl).

Iets geavanceerder zijn de gedigitaliseerde vragenlijsten. Nog steeds gedigitaliseerde ouderwetse hulpverlening, maar uitermate handig. Immers: de vragenlijst is gescoord zodra de laatste vraag beantwoord is. Dat scheelt handenvol werk en kostbare tijd. [Telepsy](http://Telepsy.nl) is een grote aanbieder, met tientallen vragenlijsten. Kleinere aanbieders zijn er ook, vaak gespecialiseerd in één onderwerp. Voorbeelden zijn de sites waar je kan uitvinden of je [burn-out](http://burn-out.nl), [alcoholist](http://alcoholist.nl) of [depressief](http://depressief.nl) bent, of dat je het risico loopt in een [vechtscheiding](http://vechtscheiding.nl) terecht te komen en hoe dat te voorkomen.

Een derde variatie van gedigitaliseerde hulpverlening zijn de standaard geprotocolleerde behandelingen, die al dan niet in combinatie met face-to-face-gesprekken digitaal worden aangeboden. Grote aanbieders zijn [Minddistrict](http://Minddistrict.nl), [Mirro](http://Mirro.nl) en [IPPZ](http://IPPZ.nl).

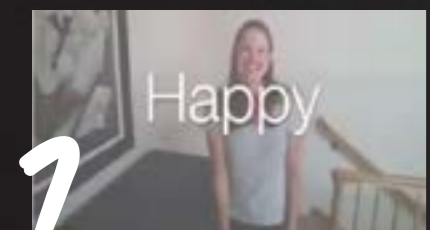
Allemaal zeer nuttig en bruikbaar, maar het kreeg geen plaats in onze top-tien.



1

Angst in de bus: virtual reality

Angst in de Bus is een virtual reality behandelvideo van Coolminds. De behandelvideo kan worden ingezet om de cliënt te confronteren met zijn of haar angst voor de bus, maar dan wel vanuit een veilige omgeving. Er zijn meerdere scènes opgenomen voor de behandelvideo, waardoor in iedere scène de spanning hoger wordt.



2

De Autismebril

In april kreeg de 20-jarige Duitse uitvinder Catalin Voss, student aan de Amerikaanse Stanford-universiteit, een bedrag van maar liefst 15.000 dollar toegekend voor zijn [Autism Glass](#), een bril die die kinderen met autisme kan vertellen of hun gesprekspartner gelukkig, verdrietig of boos is. De bril filmt het gezicht van de persoon waar je naar kijkt en stuurt die opnames door naar een smartphone-app die ze analyseert en benoemt.



3

Tinybots

Wang Long Li en Robert Paauwe wonnen begin juni de Rotterdamse Startersprijs met hun Tinybots. Kleine pratende robots voor mensen met dementie en hun familie. Tessa helpt mensen met dementie door het geven van dagelijkse herinneringen, suggesties en het spelen van persoonlijke muziek. De makers verwachten dat de Tinybots over anderhalf jaar op de markt komen.



4

Zwemmen tussen de dolfijnen: virtual reality

Het Groningse bedrijf VIEMR maakte 360 graden-video's van wilde dolfijnen. Met behulp van een virtual reality-bril wanen deelnemers zich daarmee onder water tussen de zwemmende dieren. Het UMCG start een onderzoek of deze vorm van virtual reality kan het middel kan worden gebruikt bij de behandeling van psychische aandoeningen, zoals autisme en PDD-NOS.



5

App voor stemmingswisselingen

De Universiteit van Michigan ontwikkelt sinds twee jaar een app die de stem van de gebruiker tijdens dagelijkse telefoongesprekken monitort. Speciale software analyseert de verschillende kenmerken van wat er wordt gezegd, of van wat er juist niet wordt gezegd. De verzamelde data leveren vervolgens aanwijzingen voor een stemmingsomslag en daarmee de mogelijkheid om vroegtijdig in te grijpen.



6

Angst voor spinnen: virtual reality

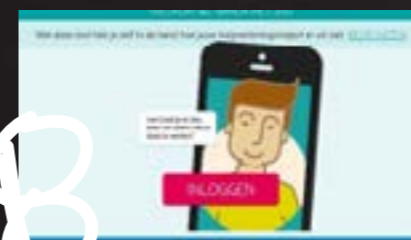
Niet bepaald nieuw, maar nog steeds leuk: virtual reality om angst voor spinnen te behandelen. In het [YouTube filmpje](#) is te zien dat de opnames al wat langer geleden zijn gemaakt. De spinnen zijn nét niet echt.



7

Temstem

Een 'gouwe ouwe'. Temstem is een App van de Parnassia Groep voor mensen die last hebben van stemmen. Temstem is gebaseerd op het doen van taalspelletjes. Door de spelletjes te spelen als de stemmen aanwezig zijn óf als de speler aan de stemmen denkt, worden de stemmen of de herinnering eraan minder.



8

'Samen met jou!': Shared Decision

GGZ Vincent van Gogh ontwikkelde met internetbureau Getting Social- een applicatie waarmee jongeren worden ondersteund bij het bespreken en bepalen van hun behandeldoelen. Met de app hebben jongeren meer zelf in de hand hoe hun hulpverleningstraject eruit ziet. De jongere bepaalt zelf voor wie welk gedeelte van de app zichtbaar is.



9

De dementiebril

Met de Dementiebril, een 360 graden film, ervaren mantelzorgers waar mensen met dementie in dagelijkse situaties tegenaan lopen en hoe de omgeving op ze reageert. Zo leren mantelzorgers de emoties van iemand met dementie te ervaren en zo het begrip te vergroten. De Dementiebril is gebaseerd op de reeds bestaande dementiesimulator Into D'mentia en wordt in samenspraak met mantelzorgers ontwikkeld.



10

Serious gaming

Een serious game is een computerspel met een ander primair doel dan puur vermaak, dus bijvoorbeeld leren communiceren, onderwijzen of het verwerven van inzicht. In de medische en onderwijswereld zijn serious games in opmars als leermethode, binnen de GGZ zijn ze nog niet echt in gebruik. Het Trimbos doet bijvoorbeeld onderzoek naar het gebruik van serious games binnen de Jeugd-GGZ.

Reageer

