

# E-mental Health in een notendop

Binnen de geestelijke gezondheidszorg krijgt e-mental health een steeds belangrijkere rol. E-mental health verwijst naar het gebruik van ICT, in het bijzonder internettechnologie, om de GGZ te ondersteunen en verder te verbeteren. E-mental health omvat het gebruik van digitale techniek en nieuwe media voor preventie, diagnostiek, behandeling en lange termijn zorg, maar ook communicatie tussen zorgverleners (elektronische patiëntendossiers), training van professionals (e-learning) en online onderzoek op het gebied van geestelijke gezondheid. Bij het materiaal op deze website staat een specifiek onderdeel van e-mental health centraal, namelijk het gebruik van online toepassingen die betrekking hebben op het directe zorgaanbod (preventie, diagnostiek, behandeling en zorg). Hierbij gaat het dus om applicaties waar een cliënt in de meest directe zin mee te maken krijgt. Onderwerpen die buiten dit meest directe kader vallen (zoals bijvoorbeeld automatisering van bedrijfsprocessen en het elektronisch patiëntendossier) worden op deze website buiten beschouwing gelaten. In dit eerste thema 'e-mental health in een notendop' worden een aantal onderwerpen kort en krachtig belicht. Allereerst worden de belangrijkste kenmerken van e-mental health besproken. Vervolgens zal worden ingegaan op e-mental health in de zorgketen. Tenslotte zullen de voordelen en beperkingen van e-mental health worden besproken.

## Kenmerken van e-mental health

Zoals hierboven al beschreven gaat het bij e-mental health om GGZ-specifieke preventie, diagnostiek, behandeling en langdurige zorg die via het internet verloopt. Natuurlijk zijn er veel verschillen tussen e-mental health en reguliere (face-to-face) zorg. In het Handboek online hulpverlening worden drie hoofdkenmerken beschreven waarmee e-mental health zich onderscheidt van reguliere zorg (Schalken et al., 2013):

### *1. Communicatie vindt plaats via internettechnologie*

Bij reguliere zorg vindt communicatie plaats via face-to-face contact terwijl dit bij e-mental health plaats vindt via internettechnologie. Uiteraard zijn er ook mengvormen mogelijk, waarbij reguliere zorg in combinatie met e-mental health wordt aangeboden. Dergelijke mengvormen bestaan uit componenten waarbij de communicatie plaats vindt via face-to-face contact (gesprekken) en componenten waarbij de communicatie tot stand komt via internettechnologie (chatgesprekken, online modules of losse oefeningen). Deze gemengde vorm van e-mental health wordt ook wel "blended care" genoemd.

### *2. Contact is niet per se afhankelijk van plaats en tijd*

Bij reguliere zorg bevinden hulpverlener en cliënt zich op hetzelfde moment op dezelfde plaats. Bij e-mental health kan in principe vanaf iedere locatie en op ieder tijdstip hulp gezocht worden, zolang er digitale communicatie apparatuur beschikbaar is. Cliënt en hulpverlener hoeven bovendien niet tegelijkertijd online te zijn hetgeen asynchrone communicatie mogelijk maakt. Wanneer een synchroon chatgesprek gevoerd wordt, dienen hulpverlener en cliënt wel op dezelfde tijd actief te zijn.



### 3. Er is sprake van kanalenreductie

Bij reguliere zorg krijgt de cliënt veel waarnemingen te verwerken. Er vinden verbale waarnemingen plaats (de letterlijke inhoud van het gezegde), non-verbale waarnemingen (hoe kijkt de behandelaar, hoe zit hij erbij) en waarnemingen die verband houden met de stem (toon en intonatie). Bij e-mental health is alleen sprake van verbale waarnemingen. Het wegvallen van de non-verbale waarnemingen en waarnemingen die verband houden met de stem wordt ook wel kanalenreductie genoemd. Een uitzondering is hulpverlening waarbij gebruik wordt gemaakt van webcam chat zoals Skype.

## E-mental health in de zorgketen

E-mental health kan een rol spelen in de gehele zorgketen. In de nationale en internationale literatuur worden veel verschillende indelingen gebruikt van de onderdelen waar e-mental health uit bestaat. Het lijkt nuttig om een onderscheid te maken tussen e-mental health gericht op: 1) preventie, 2) diagnostiek, 3) behandeling, 4) effectmeting, 5) nazorg en 6) langdurige zorg. Dit onderscheid maakt het mogelijk om het e-mental health aanbod binnen de totale zorgketen te beschrijven.

### 1. E-mental health gericht op preventie

E-mental health kan worden ingezet om klachten te verminderen voordat er sprake is van een stoornis, en om psychische stoornissen te voorkomen. Er is dan sprake van e-mental health gericht op preventie. E-mental health gericht op preventie komt voor in verschillende vormen: van zelfhulpprogramma's zonder begeleiding tot korte online behandelprogramma's met begeleiding van een POH-GGZ of psycholoog.

### 2. E-mental health gericht op diagnostiek

E-mental health kan gebruikt worden om het psychodiagnostische proces te ondersteunen. Zo kan een diagnosticus gebruik maken van gedigitaliseerde versies van specialistische vragenlijsten. Een ander voorbeeld van e-mental health gericht op diagnostiek zijn online beslissingsondersteunende instrumenten (BOI). Dit zijn instrumenten die gebruikt worden als hulpmiddel om de huisarts of POH-GGZ te ondersteunen bij het GGZ-triage proces om zo tot efficiënte en correcte doorverwijzing te komen.

### 3. E-mental health gericht op behandeling

E-mental health kan worden ingezet als onderdeel van de behandeling bij cliënten met een psychische stoornis, bijvoorbeeld door een GZ-psycholoog in de generalistische basis GGZ. Deze categorie van e-mental health omvat o.a. behandelmodules en losse behandelcomponenten. Overigens is het vaak zo dat een deel van de behandeling plaatsvindt via reguliere zorg en een deel via e-mental health, zogenaamde blended care.

### 4. E-mental health gericht op effectmeting

Routine Outcome Monitoring (ROM) staat voor het routinematig gebruiken van meetinstrumenten om uitkomsten van behandelingen te meten, ook tussentijds. E-mental health speelt een essentiële rol bij het implementeren van ROM. Cliënten kunnen via een e-mail worden uitgenodigd om vragenlijsten in te vullen binnen een beveiligde internetomgeving. Scores worden automatisch berekend en op een overzichtelijke manier beschikbaar gesteld aan de behandelaar. Op een vergelijkbare manier kan e-mental health ingezet worden om cliënttevredenheidsmetingen te implementeren. Ook hierbij kunnen vragenlijsten automatisch



worden klaargezet, en uitkomsten automatisch worden berekend. In het kader van landelijke benchmarking zijn GGZ-aanbieders verplicht om ROM- en cliënttevredenheidsgegevens aan te leveren bij Stichting Benchmark GGZ (SBG).

### *5. E-mental health gericht op nazorg*

Ook na het laatste reguliere behandelcontact kan e-mental health een belangrijke rol blijven spelen. Bij veel e-mental health aanbieders blijven cliënt-accounts na de laatste reguliere behandelsessie nog toegankelijk, zodat de cliënt dan nog toegang heeft tot oefenmateriaal en dagboekfuncties. Deze tools kunnen dan door de cliënt worden ingezet om terugval te voorkomen. Op die manier stelt e-mental health de cliënt in staat om te blijven werken aan zijn klachten zonder dat er sprake is van regulier behandelcontact.

### *6. E-mental health gericht op langdurige zorg*

Tenslotte kan e-mental health ook worden ingezet ter ondersteuning bij de zorg voor cliënten met een langdurige psychische aandoening. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om het verbeteren van zelfmanagement vaardigheden bij cliënten met een psychotische stoornis.

## **Voordelen en beperkingen van e-mental health**

Het gebruik van e-mental health biedt veel mogelijkheden voor zowel behandelaars als cliënten. In het Handboek Online Hulpverlening (Schalken et al., 2013) wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste mogelijkheden en beperkingen waarmee het gebruik van e-mental health gepaard gaat. Deels op basis van dit overzicht bespreken wij hieronder een aantal voordelen en beperkingen van e-mental health.

### *Voordeel 1: Toegang tot zorg wordt laagdrempeliger*

Het eerste voordeel dat genoemd wordt, is misschien wel meteen het belangrijkste. E-mental health biedt voor de cliënt namelijk mogelijkheden om, buiten het reguliere zorgcontact om, met zijn of haar hulpvraag aan de slag te gaan (Schalken et al., 2013). De cliënt heeft 24 uur per dag, vanaf elke locatie toegang tot zorg, zolang er tenminste toegang tot internet mogelijk is. Een mogelijk gevolg hiervan is dat cliënten meer betrokken raken bij hun eigen behandeling en zichzelf meer als regisseur van hun eigen gezondheidsverbetering gaan zien. Met e-mental health kan de cliënt vanuit zijn natuurlijke omgeving met zijn hulpvraag aan de slag gaan. Voor de cliënt ontstaat daardoor de mogelijkheid om in zijn dagelijkse situatie te werken aan het oplossen van een probleem, of het aanleren van adequate gedachte- of gedragspatronen. Op die manier stopt de behandeling niet bij de drempel van de behandelkamer maar strekt deze zich uit over de verschillende dagelijkse situaties.

### *Voordeel 2: Cliënten kunnen vaker feedback ontvangen*

E-mental health biedt de mogelijkheid om cliënten frequent feedback te geven op gedachten en gedrag. Bij reguliere zorg ontvangt een cliënt alleen feedback op de momenten dat hij in gesprek is met een behandelaar. Bij e-mental health ontstaat de mogelijkheid om geautomatiseerde feedback te ontvangen, bijvoorbeeld na het invullen van een digitale oefening. Door de vele feedbackmomenten ontstaan er bovendien veel momenten waarop de cliënt de mogelijkheid krijgt tot zelfreflectie.



### *Voordeel 3: Voortgang van de behandeling is makkelijker bij te houden*

Zoals eerder genoemd speelt e-mental health een essentiële rol bij ROM. Het gebruik van e-mental health bij ROM zorgt ervoor dat cliënten automatisch worden geattendeerd als er vragenlijsten klaar staan. Door e-mental health te gebruiken bij ROM komt er een groot aantal menselijke handelingen te vervallen hetgeen kostenbesparend werkt en het risico op menselijke fouten wegneemt. Ook de cliënt zelf kan zijn of haar voortgang makkelijker bijhouden met behulp van e-mental health. Dat kan bijvoorbeeld door het bijhouden van een digitaal dagboek. De cliënt krijgt op manier een gedetailleerd beeld van het verloop van de klachten.

### *Voordeel 4: Cliënten worden opener*

Het gevoel van anonimiteit zorgt ervoor dat mensen op het internet opener worden en makkelijker informatie delen. Hierdoor zijn cliënten geneigd om tijdens digitaal contact meer informatie prijs te geven dan tijdens regulier contact. Dit is niet alleen het geval bij interventies die volledig online worden doorlopen, maar ook wanneer e-mental health wordt ingezet als onderdeel van een regulier behandeltraject. Op die manier kunnen taboegevoelige onderwerpen beter worden besproken.

### *Voordeel 5: Cliënten onthouden belangrijke informatie beter*

Het is bekend dat cliënten slechts een klein deel onthouden van alles dat zij tijdens een sessie te horen krijgen. Hulpverlening via e-mental health heeft als voordeel dat informatie beter bewaard en nagelezen kan worden. Video's met psycho-educatie kunnen zo vaak als gewenst door de cliënt bekeken worden. Door informatie m.b.v. e-mental health op gestructureerde wijze aan te bieden kan het percentage informatie dat wordt onthouden dus verhoogd worden.

### *Voordeel 6: Screening en diagnostiek kan worden verbeterd.*

E-mental health kan naast de behandeling ook de diagnostiek en screening ondersteunen. Zo kan een huisarts, POH-GGZ of psycholoog gebruik maken van een beslisondersteunend instrument (BOI). Bij deze instrumenten vult de cliënt een online zelfrapportage vragenlijst in over psychische klachten. Op basis van de resultaten en de klinische blik wordt een echelonadvies (zorgzwaarte) gegenereerd.

E-health kan tevens ondersteunend zijn bij meer specialistische psychodiagnostiek. Zo bestaan er grote databases met online vragenlijsten. Zorgverleners die toegang hebben tot een dergelijke database hebben keuze uit een groot aantal (soms > 100) vragenlijsten en kunnen deze naar believen inzetten tijdens het diagnostische proces.

### *Beperking 1: Cliënten zonder internet hebben geen toegang*

Het spreekt voor zich dat het toepassen van e-mental health alleen mogelijk is bij cliënten die beschikken over een internetaansluiting. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in 2012 maar liefst 96% van de Nederlandse bevolking over toegang tot het internet beschikte (Van Deursen & van Dijk, 2012). Verder is het zo dat mensen die over minder internetvaardigheid beschikken (ouderen en lager opgeleiden) over het algemeen ook minder positief ten opzichte van e-mental health staan (Schalken et al., 2013).



## Beperking 2: Belangrijke informatie kan worden gemist

Een risico van het gebruik van e-mental health is dat non-verbale informatie minder goed gecommuniceerd kan worden. Wanneer een hulpverlener een chatgesprek voert met een cliënt, heeft hij geen zicht op gezichtsuitdrukkingen of de toon van het gezegde. Ook stemverheffingen of aarzelingen kunnen niet worden waargenomen. Om te voorkomen dat een hulpverlener hierdoor belangrijke informatie mist, dient hij altijd gestructureerd te werk te gaan en gespreksvaardigheden in te zetten op een manier die passend is bij het internet (Schalken et al., 2013).

## Beperking 3: Bij onvoldoende beveiliging ontstaan snel privacyrisico's

Een ander risico van het gebruik van e-mental health heeft te maken met veiligheid. Wanneer e-mental health wordt ingezet om diagnostiek of behandeling te ondersteunen wordt er gedurende het traject informatie over de cliënt opgeslagen. Wanneer er onvoldoende beveiliging wordt toegepast ontstaat het risico dat informatie over cliënten en behandelingen door kwaadwillenden kan worden achterhaald en op straat komt te liggen (Schalken et al., 2013). Vanwege dit risico is het extra belangrijk dat zowel aanbieders van e-health toepassingen als de gebruikers goede beveiligingsmaatregelen hanteren.

## Literatuur

De Beurs, E., & Emmelkamp, P. (2013). Routine Outcome Monitoring. In P. Emmelkamp & K. Hoogduin (Eds.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 69-91). Amsterdam: Boom uitgeverij.

Langewitz, W., Ackermann, S., Heierle, A., Hertwig, R., Ghanim, L., & Bingisser, R. (2015). Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure. *Patient Education and Counseling*, 98(6), 716–721. [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(15\)00072-5/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(15)00072-5/abstract)

Nugter, M. A., & Buwalda, V. J. (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 2, 111-120. <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/450/articles/9325>

Postel, M., Witting, M., & van Gemert-Pijnen, L. (2013). Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. *Directieve Therapie*, 33(3), 210–221.

Riper, H., Smit, F., van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K., & Wammes, A. (2007). E-mental health: high tech, high touch, high trust. *Programmeringsstudie e-mental health in opdracht van het ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos-instituut. <https://extranet.infopuntveiligheid.nl/Infopuntdocumenten/ICOM%20-%20Programmeringsstudie%20E-mental%20Health.pdf>

Riper, H., Van Ballegooijen, W., Kooistra, L., De Wit, J., & Donker, T. (2013). Preventie & eMental-health. Kennissynthese 2013. Den Haag: ZonMw. [http://www.zonmw.nl/uploads/tx\\_vipublicaties/2013\\_GG\\_Kennissynthese\\_Preventie\\_\\_\\_eMental-health.pdf](http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/2013_GG_Kennissynthese_Preventie___eMental-health.pdf)

Schalken, F. (2013). Wat is online hulpverlening? In F. Schalken (Ed.), *Handboek online hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Thewissen, V., & Gunther, N. (2015). E-mental health: state of the art. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 41(6), 374–392. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12485-015-0102-z>

Van Deursen, A., & van Dijk, J. (2012). *Tendrapport internetgebruik. Een Nederlands en Europees perspectief*. Enschede: Universiteit Twente. [https://www.utwente.nl/ctit/cfes/docs/rapporten/2012\\_Tendrapport\\_Internetgebruik.pdf](https://www.utwente.nl/ctit/cfes/docs/rapporten/2012_Tendrapport_Internetgebruik.pdf)

