

# MEER RENDEMENT MET E-MENTAL HEALTH



Sparrenheuvel 32, 3708 JE Zeist | (030) 2 270 500 | [info@mxi.nl](mailto:info@mxi.nl) | [www.mxi.nl](http://www.mxi.nl)

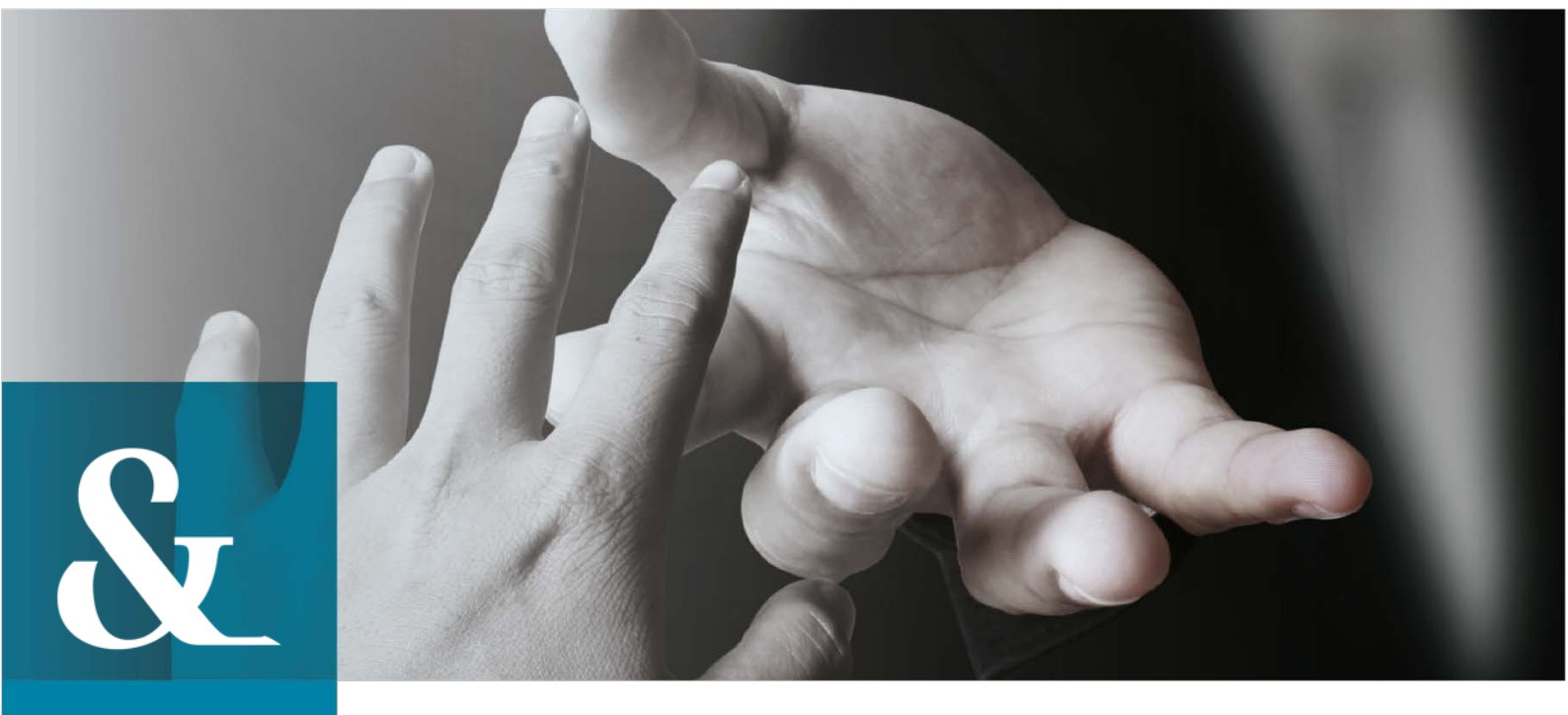
ICT in perspectief

**M&I**/Partners/

adviseurs voor management en informatie

**‘Er wordt nog te weinig  
rendement behaald met  
de inzet van online  
behandelplatformen in  
de GGZ.’**





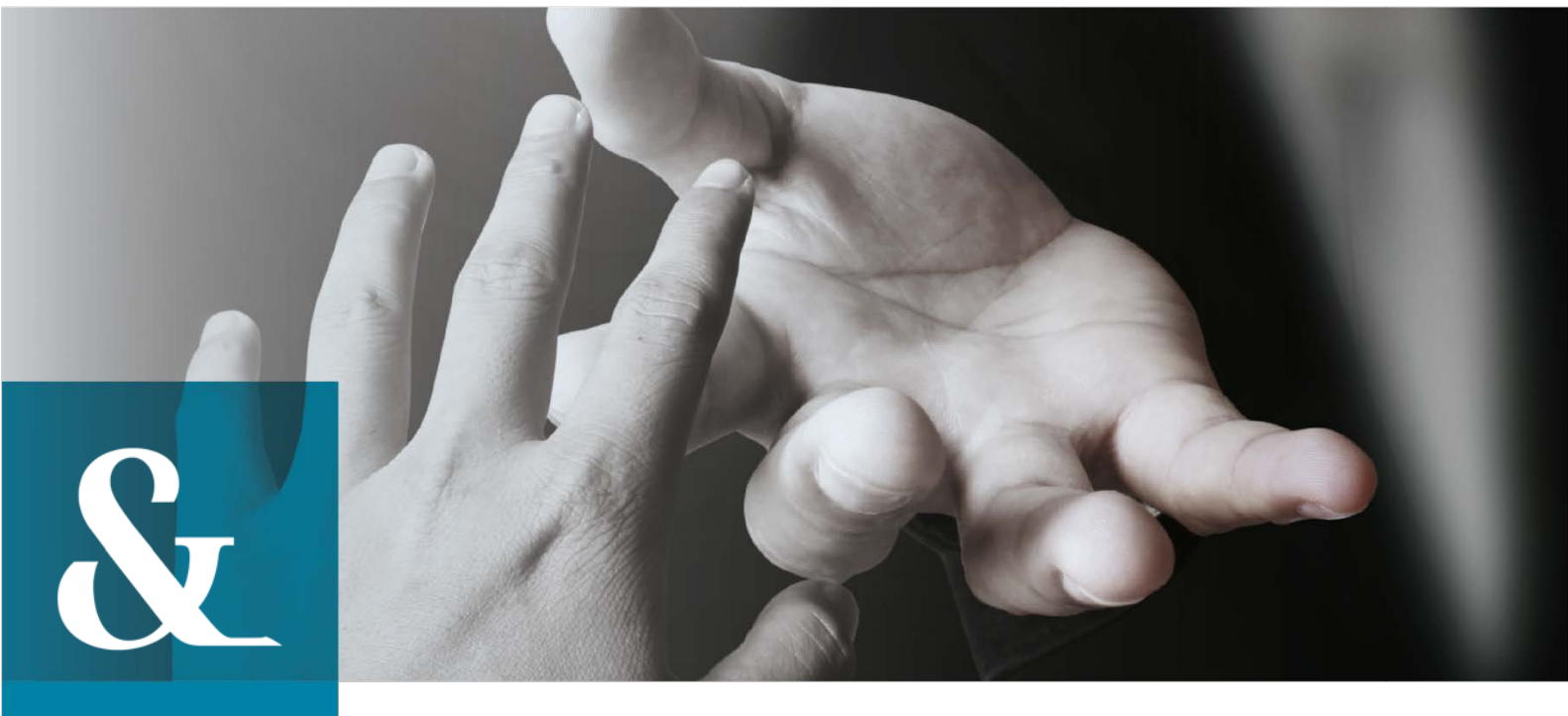
## INLEIDING

E-mental health heeft de potentie om de GGZ-zorg fors te veranderen. Digitale zorg is een standaard onderdeel van de strategische agenda van GGZ-instellingen, het wordt door zorgverzekeraars actief gestimuleerd in de vorm van hogere tarieven en ook de cliëntenvertegenwoordigers vragen actief om betrokken te worden bij de ontwikkeling van toepassingen.

Online behandelplatformen werden ongeveer vijf jaar geleden voor het eerst ingezet binnen de behandeling in GGZ-instellingen. Inmiddels heeft elke grote GGZ-instelling de beschikking over een zogeheten online behandelplatform. Online behandelplatformen zijn virtuele spreekkamers waarin de behandelaar oefeningen, behandelmodules, dagboeken en digitale vragenlijsten ter beschikking stelt aan de cliënt. Het platform biedt ook verschillende communicatiemogelijkheden zoals beveiligd berichtenverkeer, chatfunctionaliteit en videobellen.

Er is veel tijd en geld geïnvesteerd in de ontwikkeling van online platformen, de aanschaf en het trainen van medewerkers. Bij rondvraag blijkt echter dat het toepassen van e-mental health nog niet is ingeburgerd. Veel instellingen hebben moeite om op te schalen en de projectfase achter zich te laten.

Een duidelijk beeld van waar de GGZ-sector nu staat in de implementatie van e-mental health ontbreekt echter. Dit was de aanleiding voor M&I/Partners om een onderzoek te starten naar de stand van zaken op het gebied van online behandelplatformen in de GGZ.



## SAMENVATTING

### **Te weinig rendement**

Er wordt nog te weinig rendement behaald met de inzet van online behandelplatformen in de GGZ. Ongeveer de helft van alle GGZ-behandelaren beschikt over een behandelplatform, maar zij zetten het relatief weinig in hun behandelpraktijk in. Minder dan 1 op de 10 cliënten volgt daadwerkelijk een behandeling waarin e-health een onderdeel is, ook wel een blended behandeling genoemd. En dat terwijl instellingen gemiddeld al vier jaar over een online behandelplatform beschikken en verzekeraars de inzet belonen met hogere tarieven.

### **Integratie met het zorgproces ontbreekt**

GGZ-instellingen hebben moeite om nieuwe blended behandelprocessen te ontwikkelen, waarin de kracht van face-to-face contact en e-healthmogelijkheden goed op elkaar zijn afgestemd. Dit heeft twee gevolgen. Enerzijds ontstaat er onduidelijkheid bij behandelaren over de inzet van online behandelplatformen waardoor de inzet achterblijft. Anderzijds leidt het ontbreken van een geïntegreerd proces tot een stapeling van reguliere zorg en e-health, waardoor de totale zorg juist duurder wordt. Acht op de tien GGZ-instellingen geeft aan dat het belangrijk is om het nieuwe blended zorgproces vooraf uit te werken. zes op de tien instellingen heeft dit niet gedaan, drie op de tien instellingen heeft wel deels zogeheten blended zorgpaden uitgewerkt.

### **Meer ondersteuning van de behandelaar nodig**

De implementatie van e-mental health blijft volgens GGZ-instellingen achter doordat de behandelaar onvoldoende in staat is om het online behandelplatform in te zetten. Dat hangt samen met een gebrek aan tijd en geld voor de implementatie, maar ook door een gebrek aan vaardigheden bij de behandelaar. De onduidelijkheid over het blended zorgproces en een gebrekkige behoefte bij behandelaren wordt door GGZ-instellingen ook als belemmering benoemd.

**Kwaliteit van online behandelplatformen is voldoende**

De kwaliteit van de online behandelplatformen wordt door instellingen als voldoende beoordeeld en niet als belemmering voor de implementatie gezien. Het behandelplatform krijgt gemiddeld een zeven. De meest gebruikte functionaliteiten binnen de online platformen zijn behandelmodules, berichtenfunctionaliteit en dagboeken. Opvallend is dat chat, videobellen en apps nog vrijwel niet worden ingezet. Marktleiders zijn Minddistrict (14 klanten) en IPPZ (8 klanten). 86% van de GGZ-instellingen geeft aan niet te willen overstappen naar een andere leverancier.

**Meer rendement**

M&I/Partners identificeert drie verbeterrichtingen om meer rendement uit online behandelplatformen te halen. Het is belangrijk om de behandelaar beter te ondersteunen en meer verantwoordelijkheid te geven **(1)**. Bij de implementatie van e-health is het van belang om het zorgproces onder de loep te nemen en te komen tot de meest effectieve mix van face-to-face en digitale zorg **(2)**. Er zou meer gebruik gemaakt moeten worden van batenmanagement waarbij het effect voor de cliënt centraal staat en hier ook op wordt gestuurd **(3)**.

Dit moet leiden tot nieuwe blended zorgconcepten die worden gedragen door behandelaren. Door te sturen op de positieve effecten voor cliënten vormt kwaliteitsverbetering de basis voor implementatie en niet de mate van gebruik of doelmatigheid.

# INHOUDSOPGAVE

	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>ONDERZOEKSRESULTATEN</b>	<b>8</b>
1.1	Onderzoeksvragen	9
1.2	Gebruik e-mental healthtoepassingen	9
1.2.1	E-mental healthtoepassingen in brede zin	9
1.2.2	De innovatieagenda van GGZ-instellingen	10
1.3	Gebruik van online behandelplatformen	10
1.3.1	Mate van ervaring met het gebruik van het online behandelplatform	10
1.3.2	Gebruikte functionaliteiten in het online behandelplatform	11
1.3.3	Mate van toegang tot het online behandelplatform	11
1.4	De ervaren kwaliteit van online behandelplatformen	13
1.4.1	Online behandelplatform voldoende kwaliteit	13
1.4.2	GGZ-instellingen zijn klanttrouw	15
1.4.3	De kosten van een online behandelplatform	15
1.5	De implementatie van blended behandelen met een online behandelplatform	16
1.5.1	De belemmeringen voor opschaling	16
1.5.2	Verbeterpunten in de implementatie	17
1.5.3	Adviezen voor de implementatie	18
<b>2</b>	<b>TRENDS EN ONTWIKKELINGEN</b>	<b>19</b>
2.1	De fases van ontwikkeling	19
2.2	e-mental health en de cliënt	20
2.3	E-mental health en De behandelaar	20
2.4	E-mental health en de zorgverzekeraar	21
2.5	De e-mental health leverancier	21
2.6	Het e-mental health onderzoek	22
2.7	De ontwikkeling van E-mental health	22
2.7.1	De ontwikkelingen binnen de online behandelplatformen	22
2.7.2	Een nieuwe generatie e-mental health	23
<b>3</b>	<b>MEER RENDEMENT BEHALEN</b>	<b>24</b>
3.1	Inleiding	24
3.2	Help de behandelaar in het zadel	24
3.2.1	Een model voor gedragsbeïnvloeding	25
3.2.2	Sociale invloed	26
3.2.3	eSkills	26
3.3	Transformeer het zorgaanbod	26
3.4	Batenmanagement: stuur op effect	27
<b>4</b>	<b>OVER M&amp;I/PARTNERS</b>	<b>28</b>

4.1	WIJ laten uw e-mental health bloeien	28
4.1.1	De e-mental health rendementsscan	28
	Visie en strategie	28
	Verandermanagement	29
	Goed functionerende IT-Infrastructuur	29
	Batenmanagement: sturen op resultaat	29
	<b>Referenties</b>	<b>30</b>



# 1 ONDERZOEKSRESULTATEN

In het najaar van 2015 zijn digitale vragenlijsten aangeboden aan de grote, geïntegreerde GGZ-instellingen. Gespecialiseerde instellingen zoals de jeugd-GGZ, verslavingszorg en de forensische psychiatrie zijn buiten beschouwing gelaten. De vragenlijst is aangeboden aan in totaal 26 GGZ-instellingen, waarvan 22 hebben deelgenomen. Daarnaast zijn telefonische interviews gehouden.

De vragenlijsten zijn ingevuld door medewerkers die goed thuis zijn in de implementatie van online behandelplatformen. Daarbij kan gedacht worden aan e-health project- of programmamanagers, innovatiemanagers en informatiemanagers. De uitkomsten zijn deels gebaseerd op individuele expertmeningen en deels door verzamelde statistieken uit de GGZ-instelling. Het doel van het onderzoek is om een beeld te schetsen van waar de sector nu staat.

Jorne Grolleman, geassocieerd senior adviseur, voerde het onderzoek uit in samenwerking met Bart Groothuis, principal adviseur en Patrick van Eekeren, partner van M&I/Partners.

Wij danken de volgende instellingen voor hun deelname: Altrecht, Antes, Arkin, Dimence Groep, Eleos, GGNet, GGZ Centraal, GGZ Delfland, GGZ Drenthe, GGZ Friesland, GGZ Ingeest, GGZ Noord-Holland Noord, GGZ Oost Brabant, GGZ Westelijk Noord-Brabant, GGZE, Lentis, Mediant GGZ, Mondriaan, Parnassia Groep, Pro Persona, Reinier van Arkel en Yulius.



## 1.1 ONDERZOEKSVRAGEN

Het onderzoek richt zich op drie thema's.

### 1 Het gebruik van online behandelplatformen.

De inzet van verschillende toepassingen, de inzet van functionaliteiten binnen het online behandelplatform en de mate van toegang voor behandelaren en cliënten.

### 2 De ervaren kwaliteit van online behandelplatformen.

De belangrijkste voor- en nadelen op het gebied van inhoud, functionaliteit, gebruiksvriendelijkheid, kosten, technische kwaliteit en service van het door de instelling gebruikte platform.

### 3 De implementatie van blended behandelen

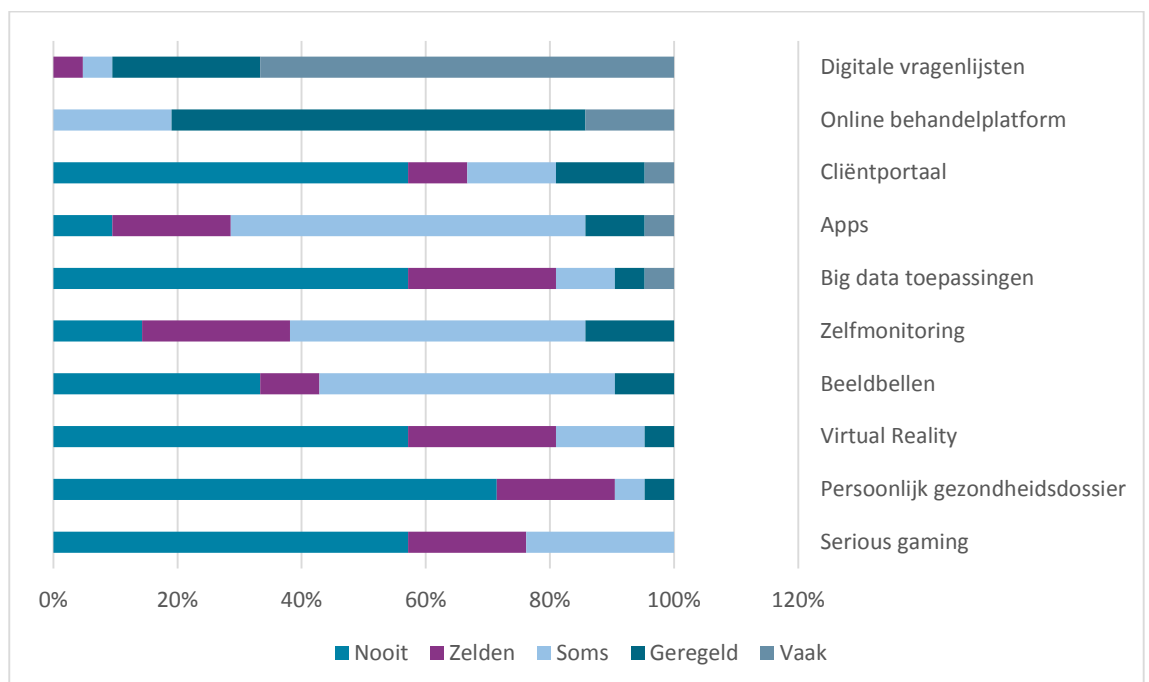
De belangrijkste implementatiebelemmeringen en de aanpak voor integratie van het behandelplatform in het zorgproces.

## 1.2 GEBRUIK E-MENTAL HEALTHTOEPASSINGEN

### 1.2.1 E-mental healthtoepassingen in brede zin

Digitale vragenlijsten voor diagnostiek, ROM-monitoring en het online behandelplatform worden het meest ingezet als het gaat om e-mental healthtoepassingen in brede zin. 67% van de instellingen zegt digitale vragenlijsten 'vaak' in te zetten en 24% zet deze 'geregeld' in. Voor online behandelplatformen geldt dat deze in 14% van de gevallen 'vaak' en in 67% 'geregeld' wordt ingezet. De inzet van innovaties als Big Data, virtual reality en het persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) worden in meer dan 80% van de gevallen nooit of zelden ingezet. Tussen de 57 en 67% van de instellingen zetten beeldbellen, apps en zelfmonitoring 'soms' of 'geregeld' in.

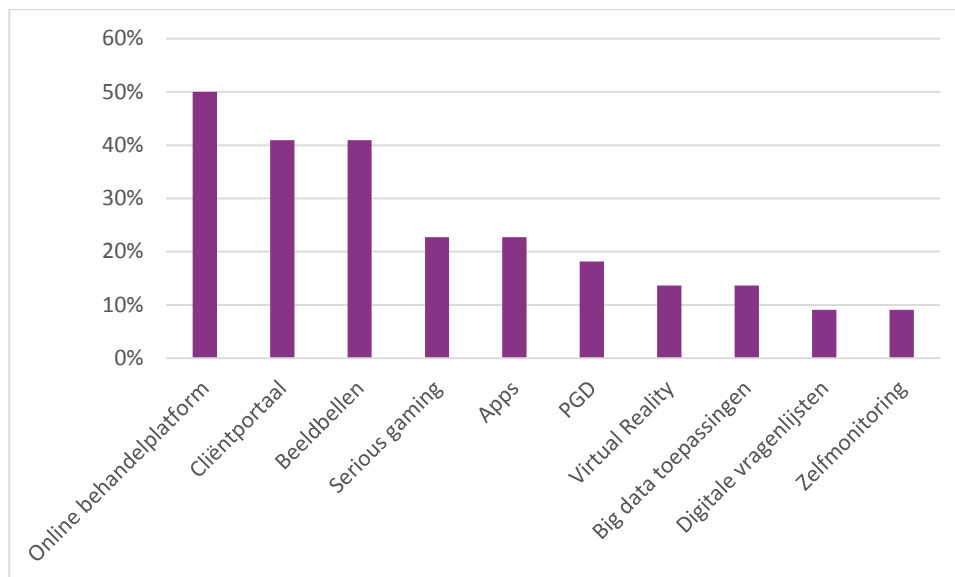
De inzet van een cliëntportaal geeft twee beelden. 19% van de instellingen zet deze 'vaak' of 'geregeld' in, met aan de andere kant 67% van de instellingen die een cliëntportaal nooit of zelden aanbiedt.



**Figuur 1: E-mental healthtoepassingen op volgorde van gebruik binnen instellingen (hoog-laag)**

### 1.2.2 De innovatieagenda van GGZ-instellingen

De implementatie van het online behandelplatform (50%), een cliëntportaal (41%) en het beeldbellen (41%) heeft in de komende twee jaar de hoogste prioriteit voor GGZ-instellingen. Deze worden op enige afstand gevolgd door serious gaming, apps en het persoonlijk gezondheidsdossier (PGD).



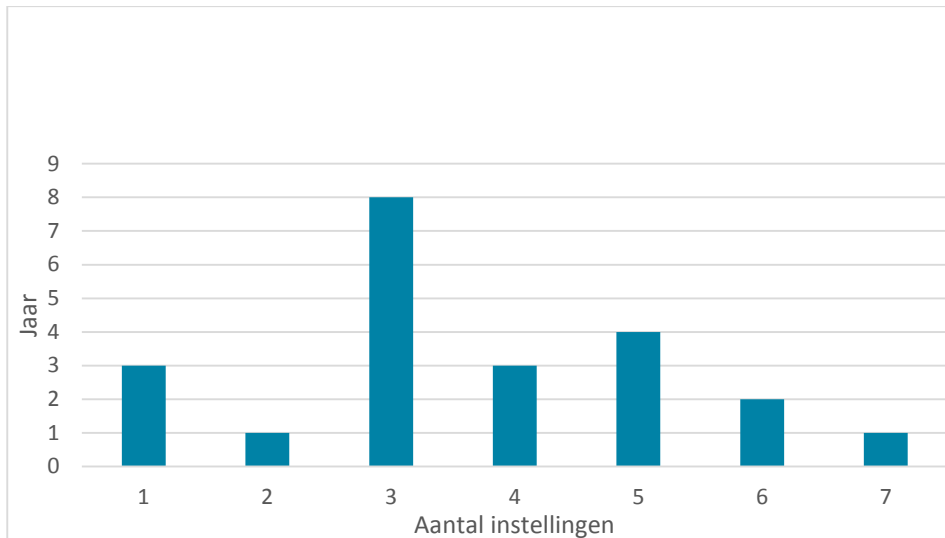
Figuur 2: De prioriteiten binnen de innovatieagenda in de komende twee jaar

## 1.3 GEBRUIK VAN ONLINE BEHANDELPLATFORMEN

Alle grote, geïntegreerde GGZ-instellingen maken gebruik van een online behandelplatform. Van de in totaal 26 instellingen (inclusief de vier instellingen die niet deelnamen aan het onderzoek) hebben 14 instellingen gekozen voor Minddistrict. IPPZ bedient 8 instellingen. NewHealth Collective is huisleverancier van de Parnassia Groep. Yulius heeft gekozen voor Jouw Omgeving als primair platform vanwege het relatief grote aandeel binnen de jeugd GGZ. Antes Groep maakt gebruik van Zorgaanbieders Online als platform en GGZ Westelijk Noord-Brabant heeft als enige instelling in eigen beheer een platform ontwikkeld. Het E-health warenhuis van NewHealth Collective wordt binnen vier instellingen als secundair platform gebruikt.

### 1.3.1 Mate van ervaring met het gebruik van het online behandelplatform

Gemiddeld werken GGZ-instellingen ongeveer vier jaar met een online behandelplatform. Er is een kleine groep van koplopers die rond 2010 zijn gestart. Daarnaast is er een kleine groep van instellingen die redelijk recent zijn gestart met het gebruik van een online behandelplatform. 68% van de instellingen heeft tussen de drie en vijf jaar ervaring.



**Figuur 3: Hoeveel jaar werkt de instelling al met het online behandelplatform?**

### 1.3.2 Gebruikte functionaliteiten in het online behandelplatform

Binnen 86% van de instellingen worden behandelmodules volgens de instelling 'geregeld' of 'vaak' ingezet. Verder zijn de berichtenmodule voor beveiligd berichtenverkeer (67%) en dagboeken (47%) functies die 'geregeld of vaak' worden ingezet.

Synchrone communicatie zoals chat en video worden weinig ingezet. Dit vraagt dat behandelaar en cliënt een tijdstip afspreken om elkaar online te ontmoeten en vraagt een nieuwe behandelapproach die deels afstapt van de traditionele periodieke sessie-aanpak.

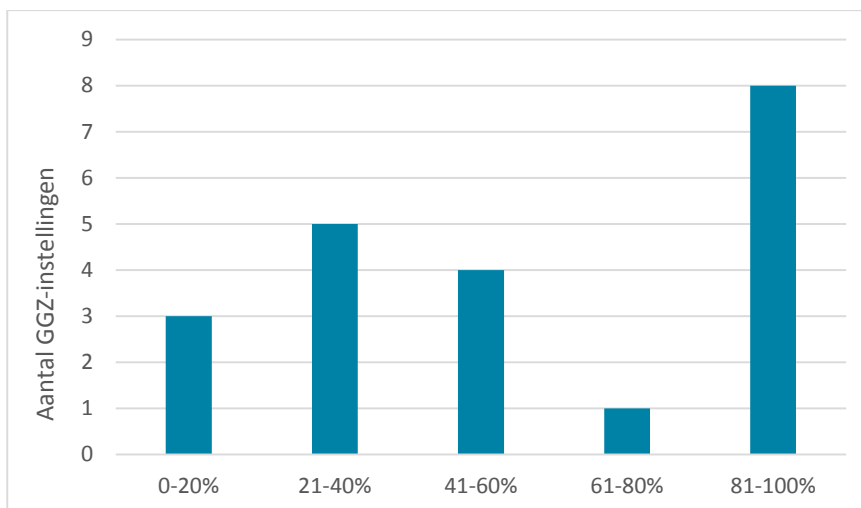
	Nooit	Zelden	Soms	Geregeld	Vaak
Behandelmodules	0%	0%	14%	29%	57%
Berichtenmodule	5%	0%	29%	43%	24%
Dagboeken	5%	10%	38%	24%	24%
Vragenlijsten	19%	24%	24%	10%	24%
Apps	29%	29%	29%	10%	5%
Chatfunctionaliteit	48%	33%	14%	5%	0%
Videocommunicatie	71%	0%	29%	0%	0%

### 1.3.3 Mate van toegang tot het online behandelplatform

De mate van toegang en het gebruik van het online behandelplatform door behandelaren en cliënten zijn uitgevraagd. Er zijn in de afgenomen vragenlijst geen strikte definities voor toegang en mate van gebruik gedefinieerd. De uitkomsten moeten worden opgevat als een indicatie en niet als exacte cijfers die kunnen worden gebruikt voor monitoring op de langere termijn of als een absoluut gegeven.

#### 1.3.3.1 Mate van toegang voor behandelaren

23% van de instellingen geven aan dat alle behandelaren in de organisatie de beschikking hebben over een online behandelplatform. Het gemiddeld percentage behandelaren dat is aangesloten op het online behandelplatform is 61%. Van de instellingen die niet alle behandelaren hebben aangesloten is de gemiddelde toegang 49%.

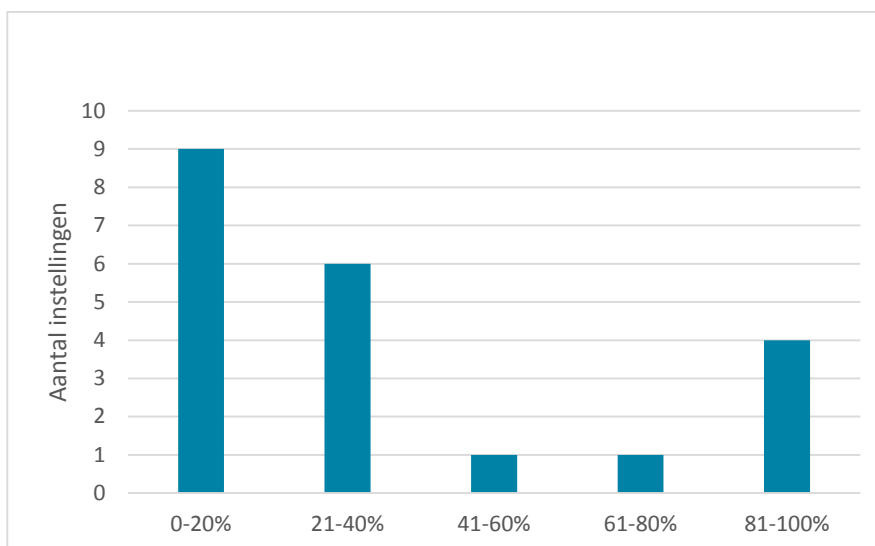


**Figuur 4: Mate van toegang voor behandelaren**

### 1.3.3.2 Mate van toegang voor cliënten

Er zijn vier GGZ-instellingen (18%) die aangeven het online behandelplatform standaard open te stellen voor alle cliënten. Dit gebeurt bij aanmelding zonder tussenkomst van een behandelaar. In deze situatie kan een cliënt al vragenlijsten invullen, een welkomstmodule volgen, informatie lezen en klachtgerichte zelfhulpmodules volgen in overbrugging naar de start van de behandeling.

Bij de overige instellingen wordt de toegang verleend doordat behandelaren op basis van een inhoudelijke keuze een account activeren. Gemiddeld heeft 38% van alle cliënten binnen een instelling toegang tot het online behandelplatform. Van de 18 instellingen die niet standaard toegang verlenen maar via een behandelaar aan cliënten heeft één op de vier cliënten toegang tot het online behandelplatform.



**Figuur 5: Mate van toegang voor cliënten**

### 1.3.3.3 Mate van actief gebruik door cliënten en behandelaren

In het onderzoek is uitgevraagd welk deel van de behandelaren en cliënten met toegang tot het behandelplatform het platform actief gebruiken.

In het onderzoek wordt door instellingen aangegeven dat ongeveer 27% van de behandelaren die toegang hebben tot het behandelplatform actief gebruiker is. Dat komt neer op 13% van alle behandelaren binnen de instelling.

Voor het aantal actieve cliënten is een gemiddeld percentage van 18% berekend. Dat komt neer op iets minder dan 7% actief gebruik gemeten over alle cliënten binnen een instelling.

#### 1.3.3.3.1 De definitie van actief gebruik

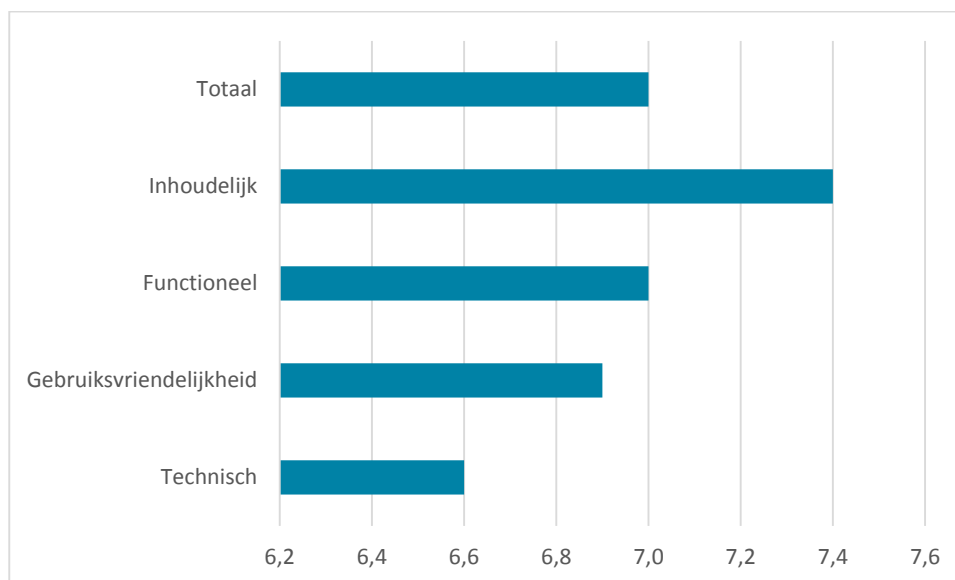
Er is in het onderzoek geen definitie voor actief gebruik geformuleerd. Bij navraag bij GGZ-instellingen is hierover geen consensus. Actief gebruik kan variëren van het activeren van een inlogaccount en de mate van inloggen. Het kan ook gaan om het percentage cliënten dat door de behandelaar wordt geactiveerd via het platform.

Deze uitkomsten moeten dus voorzichtig worden geïnterpreteerd. De conclusie is dat verder onderzoek nodig is op basis van een eenduidige definitie van actief gebruik.

## 1.4 DE ERVAREN KWALITEIT VAN ONLINE BEHANDELPLATFORMEN

### 1.4.1 Online behandelplatform voldoende kwaliteit

We kunnen concluderen dat de kwaliteit van de online behandelplatformen als voldoende wordt beschouwd. Er zijn geen onvoldoendes op de verschillende subschalen. De gemiddelde beoordeling voor behandelplatformen is een 7,0. Dit betreft een gemiddelde van verschillende platformen.



Figuur 6: Ervaren kwaliteit van online

#### 1.4.1.1 Inhoudelijke kwaliteit

De behandelinhoud van de platformen kan verschillen van herkomst. De leverancier biedt vaak een basis aan modules aan die instellingen zelf kunnen aanpassen en uitbreiden. Daarnaast kunnen instellingen de inhoud zelf ontwikkelen. De inhoud wordt met een 7,4 relatief goed beoordeeld.

Als voordeel wordt genoemd dat de inhoud is afgestemd op behandelrichtlijnen en daarmee gedegen is. De mogelijkheid om de inhoud aan te passen wordt ook als voordeel genoemd om de inhoud af te stemmen op de werkwijze binnen afdelingen. Als verbeterpunt wordt genoemd dat er voor bepaalde doelgroepen met name binnen de specialistische GGZ nog niet veel content beschikbaar is. Een andere wens is om meer gebruik te maken van interactieve elementen en video in plaats van tekst.

#### **1.4.1.2 Functionele kwaliteit**

De kwaliteit van de functionaliteiten binnen het platform wordt met een 7,0 beoordeeld. Instellingen geven aan dat er voldoende functionaliteit beschikbaar is. Een aantal keer wordt genoemd dat de cliënt geen mogelijkheid heeft om het netwerk van de cliënt (de omgeving) op een makkelijke manier toegang te geven tot de behandelomgeving.

#### **1.4.1.3 Gebruiksvriendelijkheid**

De gebruiksvriendelijkheid wordt beoordeeld met een 6,9. Er worden geen grote ergernissen genoemd door instellingen. Een verbeterpunt is met name de overzichtelijkheid van behandelmodules en bibliotheekonderdelen. Er worden soms te veel modules beschikbaar gesteld aan behandelaren in verschillende varianten. Er zijn ook instellingen die het aantal beschikbare modules bewust begrenzen voor behandelaren.

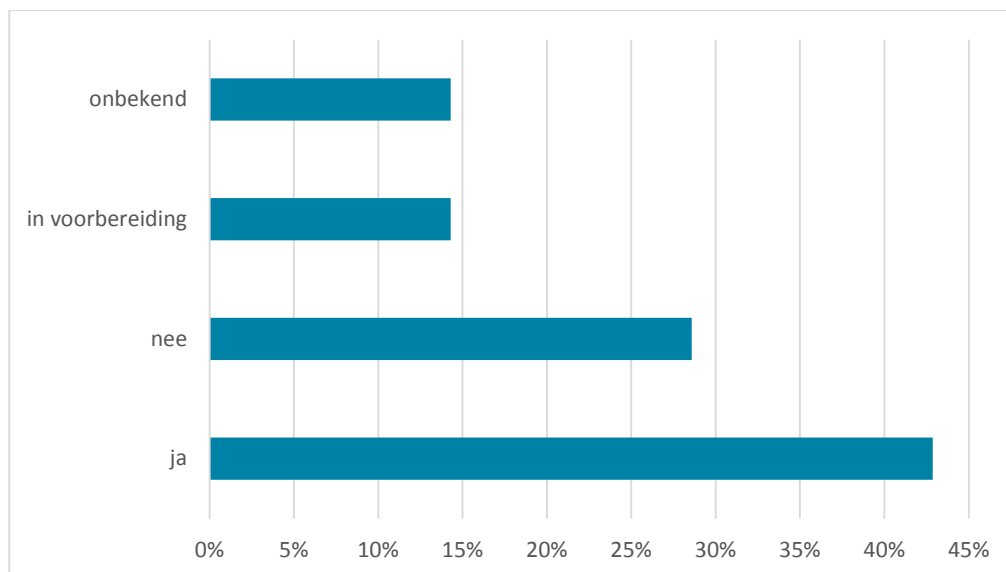
#### **1.4.1.4 Technische kwaliteit**

De technische kwaliteit van het online behandelplatform wordt met een 6,6 beoordeeld. Instellingen zijn positief over de stabiliteit en de beveiliging van het platform. Het grootste obstakel dat wordt genoemd is de beperkte mogelijkheid om het platform te koppelen aan het EPD.

#### **1.4.1.5 Koppeling met het EPD**

Een koppeling tussen het online behandelplatform en het EPD heeft verschillende voordelen. Het voorkomt dat behandelaren voortdurend in verschillende schermen werken, gegevens overtypen en het verbetert de informatievoorziening. Daarmee bevordert een EPD-koppeling het gebruik van een online behandelplatform.

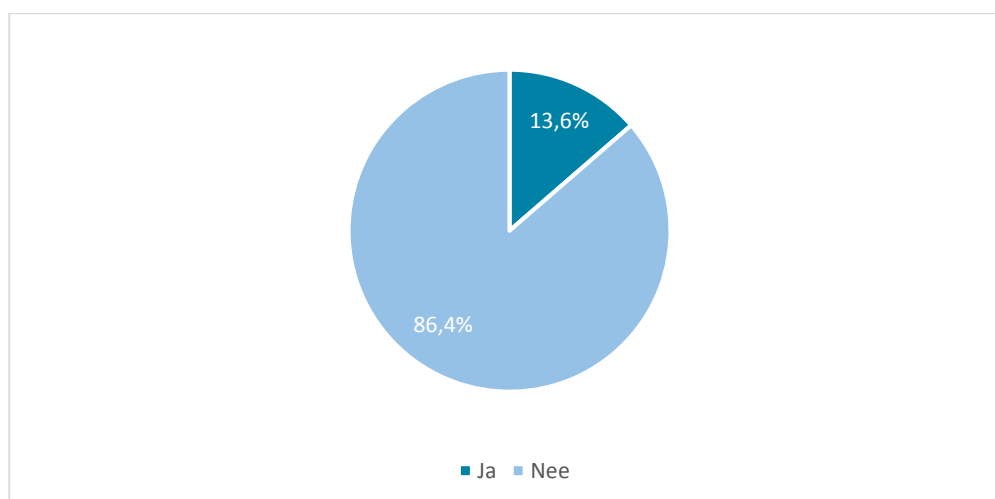
Binnen 43% van de instellingen is een EPD-koppeling beschikbaar. In dit geval is een koppeling gedefinieerd als een uitwisseling van informatie in minimaal één richting. In de meeste gevallen is dit een koppeling die het mogelijk maakt om vanuit het EPD een cliënt in het online behandelplatform aan te maken op basis van de gegevens die in het EPD bekend zijn. In mindere mate is dit een koppeling waarbij gegevens uit het behandelplatform in het EPD worden weggeschreven.



**Figuur 7: Is er een koppeling beschikbaar tussen het online behandelplatform en het EPD?**

#### 1.4.2 GGZ-instellingen zijn klanttrouw

Ruim 86% van de instellingen geeft aan geen overstap te overwegen naar een andere e-mental health leverancier. De markt lijkt stabiel.

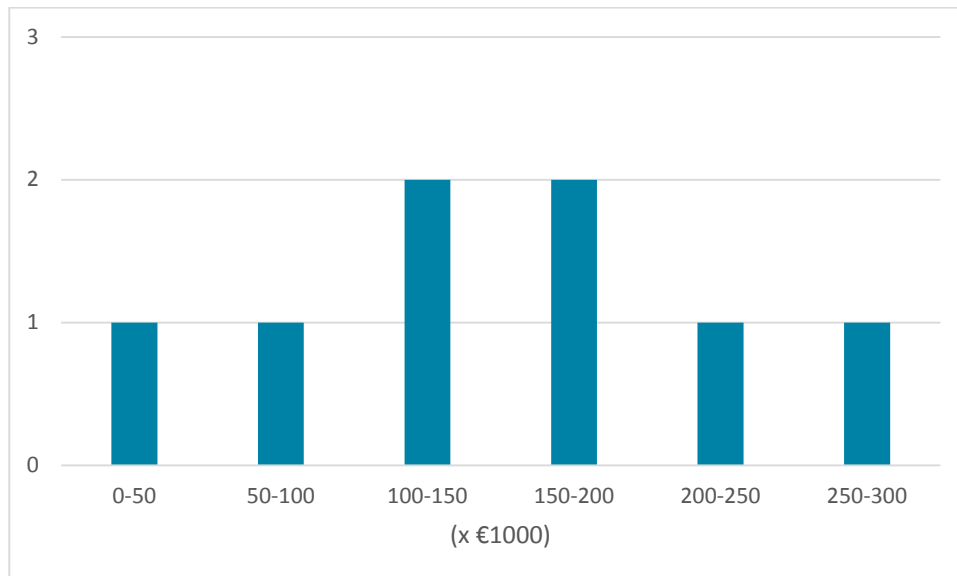


**Figuur 8: Overweging om over te stappen naar een ander behandelplatform?**

#### 1.4.3 De kosten van een online behandelplatform

Acht GGZ-instellingen hebben aangegeven welke out-of-pocket kosten (licentie, ontwikkelkosten) zij hebben gemaakt in 2015 voor het gebruik van het online behandelplatform. De gemiddelde kosten zijn 140 duizend euro per jaar. De kosten die de GGZ-instelling zelf maakt ten behoeve van de implementatie en het beheer en onderhoud zijn hierin niet meegenomen.

Er zijn verschillende licentiemodellen. Grote instellingen kunnen kiezen voor het 'afkopen' van de platformlicentie met een contract voor onbeperkt gebruik. Beginnende instellingen kiezen voor het betalen per cliënt of behandelaar en komen om die reden onder de 100 duizend euro uit. De instellingen die meer dan 200 duizend euro uitgegeven, hebben gekozen voor een vast bedrag per jaar met daarin een bedrag voor de doorontwikkeling en eventueel een extra licentie voor beeldbellen. Een grote GGZ-instelling die alle behandelaren toegang wil geven tot een online behandelplatform betaalt minimaal 150.000 euro per jaar aan licentiekosten.



Figuur 9: Out-of pocketkosten online behandelplatform (2015)

## 1.5 DE IMPLEMENTATIE VAN BLENDED BEHANDELEN MET EEN ONLINE BEHANDELPLATFORM

### 1.5.1 De belemmeringen voor opschaling

In het onderzoek werd gevraagd om tien potentiële belemmeringen te rangschikken voor de implementatie van blended behandelen van belangrijk (1) tot minder belangrijk (10). Het grootste obstakel is financieel van aard (1). Implementatie vraagt niet alleen implementatiecapaciteit maar ook dat behandelaren een deel van hun tijd reserveren voor het aanleren en verbeteren van de nieuwe behandelwijze. Dit gaat ten koste van de productiviteit die binnen veel instellingen juist onder druk staat. In het verlengde hiervan geven instellingen aan dat er los van de financiële mogelijkheden in de basis te weinig aandacht is voor e-health (4).

De behandelaar wordt als belangrijkste belemmering gezien. De behandelaar heeft geen behoefte aan online behandelmogelijkheden (2), heeft moeite om een nieuw zorgproces vorm te geven (3) en is onvoldoende digitaal vaardig (5).

#### Top 10 implementatiebelemmeringen

- 1 Er is te weinig tijd en geld voor implementatie gereserveerd.
- 2 De behandelaar heeft geen behoefte aan e-mental health.
- 3 Er is onduidelijkheid over het zorgproces van blended behandelen.
- 4 Er is te weinig aandacht binnen de organisatie voor e-health.
- 5 Onvoldoende digitale vaardigheden bij behandelaren.
- 6 De onbekendheid bij cliënten.
- 7 De cliënt heeft geen behoefte aan e-mental health.
- 8 Onvoldoende financieringsmogelijkheden.
- 9 De kwaliteit van behandelplatformen is onvoldoende (technisch, functioneel of inhoudelijk).
- 10 De technische infrastructuur is ongeschikt.

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.



### 1.5.2 Verbeterpunten in de implementatie

In het onderzoek is gevraagd om punten aan te geven die de meeste verbetering behoeven binnen de instelling. De volgende verbeterpunten werden door GGZ-instellingen benoemd:

- het beter borgen van e-health in het zorgproces door het definiëren van blended zorgpaden (5x);
- betere monitoring en aansturing vanuit management (2x);
- nieuwe verleidelijke, gebruiksvriendelijke e-health toepassingen ontwikkelen en aanbieden (2x);
- bekendheid en acceptatie bij cliënt vergroten (2x);
- meer inhoudelijke ambassadeurs (behandelaren) aanstellen die deels worden vrijgemaakt voor implementatie (2x);
- goede ondersteuning in het gebruik van online behandelplatformen op de werkplek (1x);
- slimmere, verleidelijke implementatiestrategieën (1x);
- betere omstandigheden: een reorganisatie is geen goede voedingsbodem voor innovatie (1x).

#### 1.5.2.1 Is het belangrijk om op voorhand een nieuw blended zorgproces uit te werken?

80% van de GGZ-instellingen geeft aan dat het erg belangrijk is om eerst een nieuw blended zorgproces uit te werken. De belangrijkste redenen die worden genoemd zijn.

- Het inzetten van een online behandelplatform verandert dusdanig het behandelproces dat je er niet aan ontkomt om een nieuw proces uit te werken. Dit helpt ook om voorbereidingen te treffen voor de implementatie. Het vraagt bijvoorbeeld andere communicatie bij de intake en een andere agendaplanning. Ook de registratie en bekostiging verschilt met de reguliere behandeling.
- Behandelaren hebben houvast nodig in de toepassing van het online behandelplatform. Een richtlijn ondersteunt bij de keuze voor het inzetten van behandelmodules en is essentieel in het laten landen van blended behandelen. Zonder richtlijn is e-health als los zand.
- Als behandelaren vrij worden gelaten in de wijze waarop het online behandelplatform wordt ingezet, wordt e-mental health alleen als aanvulling ingezet op bestaande behandeling. Dat is onwenselijk en levert een stapeling van zorgkosten op.

De redenen om geen nieuw zorgproces uit te werken zijn.

- Het is niet noodzakelijk voor een succesvolle implementatie om uit te werken hoe behandelaren het behandelplatform kunnen inzetten. Behandelaren kunnen juist door vrijheid te krijgen in de toepassing zoveel mogelijk maatwerk bieden. Het uitwerken van een standaard proces belemmert behandelaren juist in de toepassing.
- E-mental health moet complementair zijn aan de behandeling en geen doel op zich zijn.

#### 1.5.2.2 Aanwezigheid van een blended zorgpad

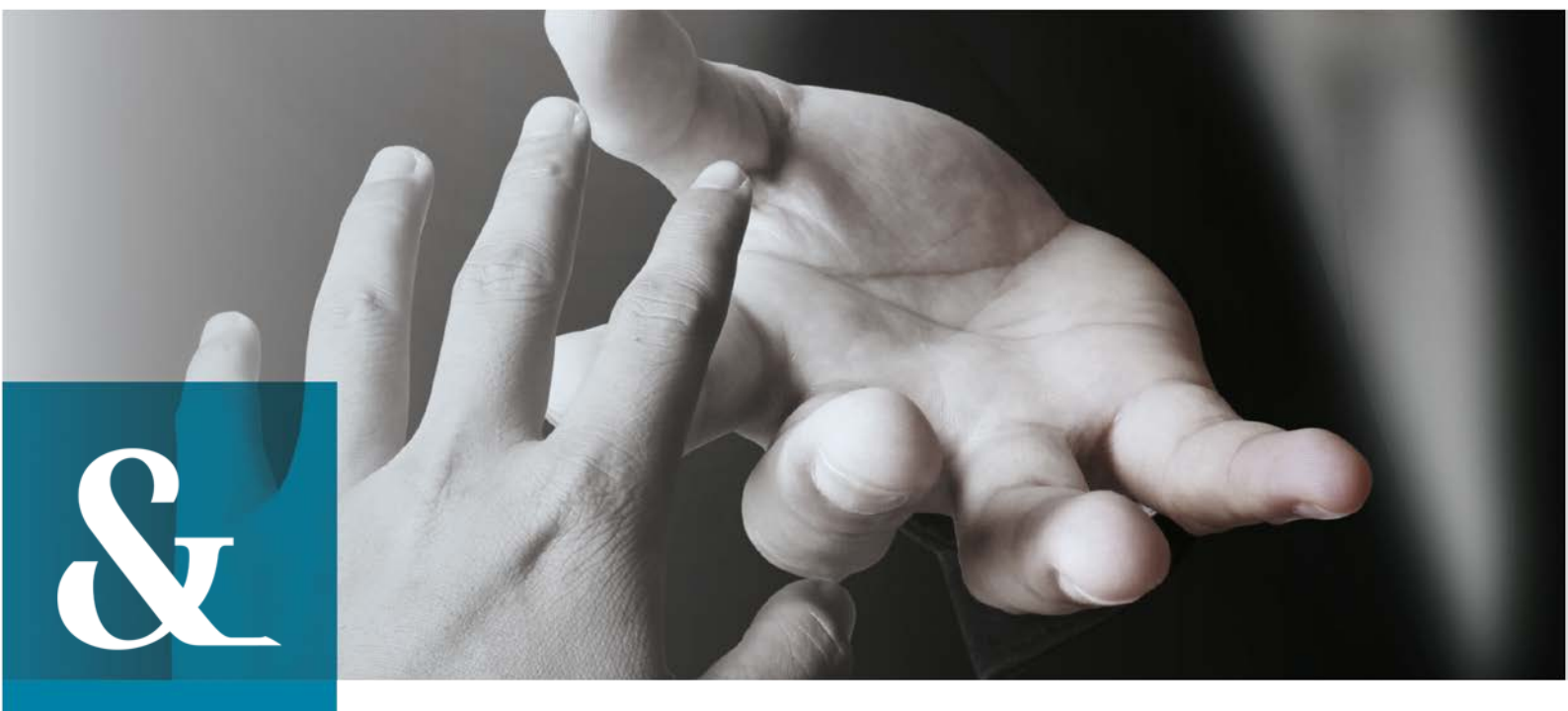
Het uitwerken van een blended zorgproces in de vorm van een protocol of als onderdeel van zorgpaden of een zorgprogramma is tijdrovend en vraagt consensus over de beste aanpak.

57% van de GGZ-instellingen geeft aan geen blended zorgpaden of een protocol in een andere vorm te hebben uitgewerkt. 30% van de instellingen beschikt hier wel over en 13% heeft dit deels uitgewerkt. Specifiek wordt door enkele instellingen genoemd dat het protocol inhoudt dat er e-health wordt aangeboden, tenzij er een goede reden is om dat niet te doen. Het vormt het uitgangspunt voor behandeling.

### 1.5.3 Adviezen voor de implementatie

In het onderzoek is ter afsluiting gevraagd om de belangrijkste geleerde lessen te delen als advies aan collega's uit het veld. De adviezen zijn.

- Werk vanuit een visie en stel de meerwaarde van blended behandelen voor de cliënt centraal. Benoem de implementatie als een procesverbetering.
- Kies voor het uitgangspunt dat een behandeling altijd blended is, tenzij er een zwaarwegende reden is.
- De behandelaar zou de drijvende kracht achter het succes van online behandelen moeten zijn. Maak behandelaars als projectleiders verantwoordelijk voor de implementatie binnen afdelingen.
- Zorg voor goede ondersteuning met tijd en aandacht vanuit het management voor de 'inhoudelijke trekkers'. Het is belangrijk dat managers zich ook committeren aan de implementatie.
- Laat programmaleiders en behandelaars vaststellen welke behandelinhoud en functionaliteiten passen bij de doelgroep van een afdeling en maak hierin een eerste schifting om het overzichtelijk te houden.
- Beschrijf het nieuwe zorgproces. Het is soms niet mogelijk om dit in detail te doen, maar kies altijd voor het opstellen van een minimaal draaiboek met uitgangspunten per behandel eenheid.
- Streef niet direct naar een 100% oplossing, maar begin klein en overzichtelijk. Bouw de inzet vanuit die succeservaring uit en evalueer voortdurend het proces. Individuele feedback verzamelen is essentieel voor het implementatieproces.



## 2 TRENDS EN ONTWIKKELINGEN

### 2.1 DE FASES VAN ONTWIKKELING

De ontwikkeling van e-mental health is in te delen in drie fases.

1. *Pionieren (2000-2010)*. De eerste tien jaar zijn samen te vatten als pionieren. In deze fase werd, met een eerste, eenvoudige generatie van online behandelmodules, met name de potentie en de effectiviteit van e-mental health onderzocht.
2. *Verbinden met de praktijk (2010-2015)*. De tweede fase is te omschrijven als het zoeken naar de verbinding met de behandelpraktijk. De eerste implementaties in deze fase leverden veel inzichten op over de rol, mogelijkheden en behoeften van behandelaren en cliënten. Iets waar in de eerste fase vrijwel geen aandacht voor was. Ook andere implementatievraagstukken zoals de financiering, de juridische en technische aspecten van e-healthbehandelingen in de GGZ kwamen aan het licht.
3. *Integreren en opschalen (2016 en verder)*. De derde fase is te omschrijven als opschalingsfase. De enthousiaste koplopers omarmen e-mental health inmiddels binnen de GGZ-instellingen. De groep 'volgers' moet nog sterk groeien om blended behandelen in de GGZ als standaard GGZ te beschouwen. Een deel van de groei kan ontstaan door de e-mental health toepassingen verder te verbeteren. In termen van gebruiksvriendelijkheid, beleving en personalisering, waardoor cliënt en behandelaar zich meer aangetrokken voelen tot de door de GGZ-instelling geboden mogelijkheden.

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de belangrijkste stakeholders in de toepassing van e-mental health: de cliënt, behandelaar, zorgverzekeraar, leverancier, onderzoeker en de technologische ontwikkelingen. Dit illustreert de voedingsbodem en de uitdagingen voor de verdere opschaling van online behandelplatformen.

## 2.2 E-MENTAL HEALTH EN DE CLIËNT

De eHealth-monitor van Nictiz<sup>i</sup> uit 2015 concludeert dat het nog geen storm loopt als het gaat om online behandeling. Van de ondervraagde zorggebruikers die contact hadden met een GGZ-hulpverlener heeft 12% een blended behandeling aangeboden gekregen en heeft 6% er daadwerkelijk voor gekozen. Een kwart van de GGZ-zorggebruikers geeft aan gebruik te willen maken van e-mental health. Een behandeling die volledig online plaatsvindt, is niet erg in trek: bijna drie kwart (72%) van de zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact hadden met een GGZ-hulpverlener zou hier geen gebruik van willen maken.

Statistieken van de grootste twee aanbieders van online behandelplatformen, IPPZ en Minddistrict, geven ook een indicatie over het gebruik<sup>ii</sup>. De aanbieders bedienden in 2015 285.000 cliënten. Dit is een stijging van 42,5%, ten opzichte van een jaar daarvoor. Uitgaande van een geschat marktaandeel van beide leveranciers in de eerste en tweede lijn van 75%, levert dit een totaal van 380.000 cliënten op dat in 2015 toegang kreeg tot een online behandelplatform. Hierbij is niet duidelijk of en in welke mate cliënten het platform gebruiken. De grote groei wordt mede verklaard door de financieringsmogelijkheden van e-mental health als onderdeel van de inzet van een praktijkondersteuner GGZ in de huisartsenzorg. Er wordt verwacht dat deze groei zich doorzet in de komende jaren.

### 1.1.1 Beperkte bekendheid van e-mental health onder burgers

De algemene bekendheid van e-mental health is in 2011 en 2013 onderzocht door GFK Health<sup>iii</sup>. Hieruit bleek dat slechts 3% van de bevolking 'goed' tot 'zeer goed' bekend is met e-mental health. De resultaten in 2011 en 2013 verschillen vrijwel niet. 76% van de bevolking had nog nooit van de mogelijkheden van online behandeling of zelfhulp gehoord. Het is te verwachten dat de bekendheid na 2013 is gestegen door toegenomen media-aandacht en de groei van de laagdrempelige inzet in de huisartsenzorg. Het is ook aannemelijk dat e-mental health nog relatief laag is.

### 1.1.2 De toenemende rol van cliëntenverenigingen

Sinds het najaar van 2013 is onder de naam 'Grip op eHealth' door vijftien cliënten- en familieorganisaties het initiatief genomen om het cliëntperspectief van e-mental health onder de aandacht te brengen. Hierbij is aan de hand van onderzoek een visie op digitale zorg ontwikkeld<sup>iv</sup>. De stelling van het samenwerkingsverband is dat cliënten nadrukkelijk betrokken moeten zijn bij de ontwikkeling van nieuwe toepassingen. Veel van de huidige e-mental healthtoepassingen zijn zonder expliciete betrokkenheid van de eindgebruiker ontwikkeld.

## 2.3 E-MENTAL HEALTH EN DE BEHANDELAAR

### 1.1.3 De inzet van e-mental health door psychiaters

In het kader van de eHealth-Monitor<sup>v</sup> zijn 69 psychiaters steekproefsgewijs bevestigd over de inzet en houding ten aanzien van e-mental health. 12% van de psychiaters geeft aan regelmatig of altijd een online hulpprogramma in te zetten. 54% van deze psychiaters heeft nog nooit enige vorm van online behandeling ingezet. Het volgen van een blended behandeling is bij 29% van de psychiaters mogelijk, 32% zou een dergelijke behandeling willen aanbieden en 12% geeft aan dit binnen een jaar mogelijk te maken. Deze uitkomsten werden ook in 2014 gevonden. De beperking van dit onderzoek is dat alleen psychiaters zijn bevestigd. Hiermee kunnen geen uitspraken worden gedaan over andere GGZ-hulpverleners.

#### 1.1.4 De inzet van e-mental health door behandelaren

Leverancier Minddistrict voerde samen met negen van haar klanten een onderzoek uit naar de implementatie van het Minddistrict platform<sup>vi</sup>. In totaal werden vragenlijsten afgenomen bij bijna 700 behandelaren, waarvan 50% wel gebruik maakt van een online behandelplatform en 50% niet. Een opvallende uitkomst is dat de e-healthbehandelaren gemiddeld vijf jaar jonger zijn dan de offline behandelaren. 62% van de e-healthbehandelaren behandelt minimaal 1 op de 10 cliënten met het online platform. 10% van de e-healthbehandelaren zet bij meer dan 75% van de cliënten e-health in.

Gebrek aan tijd (25%) en vaardigheden (25%) van de behandelaar zijn de belangrijkste redenen om niet te starten met online behandelen. Bepalend voor de mate van het gebruik is volgens 70% van de behandelaren het feit dat niet alle cliënten een online behandeling willen. 48% van de behandelaren geeft aan dat cliënten onvoldoende vaardig zijn.

## 2.4 E-MENTAL HEALTH EN DE ZORGVERZEKERAAR

Verzekeraars bevorderen via het inkoopbeleid actief de inzet van online behandelplatformen binnen de GGZ<sup>vii</sup>. De grote verzekeraars (CZ, Zilveren Kruis en VGZ) voeren een tariefpolitiek, waarbij de inzet van e-mental health voor GGZ-instellingen een hoger tarief betekent. Meer digitale zelfhulp en minder dure face-to-face therapie sessies zouden kunnen leiden tot lagere zorgkosten. Er is echter weinig aandacht voor de substitutie-effecten in het gesprek tussen verzekeraar en GGZ-aanbieder. En dat lijkt onterecht omdat veel GGZ-instellingen e-mental health als aanvulling op bestaande behandeling inzetten en geen doelmatigheid bereiken. Ook de kwaliteit van de implementatie en de effecten voor de cliënt ofwel verzekerde staan niet centraal. Verzekeraars sturen op het beschikbaar hebben van een online behandelplatform en op de inzet bij een bepaald percentage van de cliënten.

## 2.5 DE E-MENTAL HEALTH LEVERANCIER

De twee marktleiders (Minddistrict en IPPZ) laten onder andere met behulp van 'venture capital' in de laatste jaren een sterke groei zien in het aantal medewerkers. In de afgelopen jaren verdubbelde het aantal leveranciers van online behandelplatformen. Er zijn relatief veel kleine aanbieders. De verwachting is dat er in de komende jaren een 'shake out' plaatsvindt waarbij een beperkt aantal aanbieders overblijft. De combinatie van de gestage omzetgroei en de relatief grote investeringen om een e-healthplatform te onderhouden maakt het lastig voor kleine leveranciers om te overleven. In de huisartsenzorg is nog enige groeiruimte, maar bij GGZ-instellingen is er weinig ruimte voor nieuwe toetreders.

Leverancier	Producten
Boom	Het Curelink platform heeft als uitgangspunt het online aanbieden van behandelprotocollen in combinatie met behandelonderdelen zoals het KOP-model.
IPPZ	Het platform Karify wordt voortdurend verder ontwikkeld, legt de regie bij de cliënt en gaat uit van het delen van online zorginformatie in het netwerk van de cliënt.
Je Praktijk Online	Cliëntenlogin: een platform met basale e-healthfunctionaliteiten voor communicatie en het uitwisselen van bestanden en formulieren.
Jouw Omgeving	Het e-healthplatform Jouw Omgeving is gericht op jongeren met een sterke nadruk op vormgeving en gebruiksvriendelijkheid.
Mentalshare Direct	Een toolbox met evidence-based e-healthmodules grotendeels ontwikkeld door het Trimbos-instituut.

Minddistrict	Het Minddistrict platform is een uitgebreid platform met een zeer groot aanbod aan behandelmodules.
New Health Collective	Het eHealth warehouse is een compleet platform, ontstaan binnen de Parnassia Groep.
Serviant	Het Serviant platform is expliciet ontwikkeld uit het oogpunt van e-learning en biedt naast veel standaardfunctionaliteiten de mogelijkheid om zelf behandelingen te ontwikkelen.
TelePsy	TelePsy is een uitgebreide vragenlijstapplicatie voor triage en diagnostiek met e-healthmogelijkheden. Bevat veel educatieve video's en kleine behandelcomponenten, zoals dagboeken en oefeningen, voor therapie op maat.
Therapieland/Ksysos TeleGGZ	Het platform van Therapieland wordt met name in de huisartsenzorg ingezet. Maakt veel gebruik van video in plaats van tekst. Het platform kan worden ingezet in combinatie met de mogelijkheden van digitale consultatie en verwijzing van Ksysos TeleGGZ.
Zorgaanbieders Online	Een e-healthplatform ontwikkeld door Vital Health Software in samenwerking met verschillende GGZ-instellingen en Mentalshare Direct. De focus ligt op het zelf kunnen ontwikkelen van e-healthtoepassingen en de uitwisselbaarheid van data met andere systemen.

## 2.6 HET E-MENTAL HEALTH ONDERZOEK

E-mental healthonderzoek is in Nederland zeer uitgebreid en toonaangevend in de wereld. In vele studies is het effect van online zelfhulp met minimale begeleiding aangetoond. Het Trimbos-instituut en de Vrije Universiteit hebben hierin een belangrijke rol gespeeld onder leiding van Heleen Ripper en Pim Cuijpers. Duidelijk is dat online zelfhulp met minimale begeleiding voor de meest voorkomende psychische aandoeningen (angst, depressie en alcoholmisbruik) effectiever is dan niets doen. Daarnaast hebben onder andere Alfred Lange en later Jeroen Ruwaard door studies naar de effecten van Interapy een bijdrage geleverd aan de onderbouwing van geprotocolleerde behandeling via internet.

De effecten van blended behandelen, waarbij e-mental health als onderdeel van de reguliere zorg wordt aangeboden, lijkt in potentie effectiever. De acceptatie van cliënten is in de meeste gevallen groter dan bij online zelfhulp en behandeling. De hoge uitvalpercentages van online zelfhulp laten zien dat cliënten moeite hebben om hun motivatie vast te houden.

De aanname is dat blended behandelen het beste kan bieden van twee werelden. De goede informatie, educatie en communicatiemogelijkheden ter ondersteuning van de behandeling in combinatie met de persoonlijke aandacht en het maatwerk van de behandelaar. Er is nog geen bewijs voor de mate waarin blended behandelen even effectief is als reguliere behandeling. Deze vraag staat centraal in lopend onderzoek. Daarbij is bijzondere aandacht voor de kosten-effectiviteit. Kan de belofte dat blended behandelen doelmatig is en van goede kwaliteit worden waargemaakt? Het vormt op dit moment één van de meest cruciale onderzoeksvragen.

## 2.7 DE ONTWIKKELING VAN E-MENTAL HEALTH

### 2.7.1 De ontwikkelingen binnen de online behandelplatformen

De huidige online behandelplatformen zijn voor het grootste gedeelte gebaseerd op gedigitaliseerde behandelprotocollen. Deze zogeheten behandelmodules waren in eerste instantie uitgebreid en bevatten zeer veel tekst. De eerste generatie behandelmodules was daarmee niet erg toegankelijk. Een recente ontwikkeling is het toenemende gebruik van afbeeldingen, animaties en

video's in plaats van tekst. Daarnaast worden behandelmodules in steeds kleinere componenten, zoals oefeningen, dagboeken, vragenlijsten en psycho-educatie aangeboden. Hiermee kan een behandelaar meer op maat en meer gedoseerd behandelcomponenten aanbieden. De grote uitdaging ligt in het vasthouden van de motivatie van cliënten en het versterken van de discipline om digitaal huiswerk te maken. Iets wat uiteraard niet specifiek is voor online behandelplatformen. Een online omgeving biedt wel meer mogelijkheden om cliënten te verleiden, op te volgen en geïnteresseerd te houden door gebruik te maken van interactieve elementen.

Enkele leveranciers van online behandelplatformen biedt een app aan die functionaliteiten uit het platform zoals het invullen van een dagboek via de smartphone mogelijk maakt. Het is opvallend dat de huidige leveranciers niet investeren in apps die ook behandelinhoud zoals oefeningen en educatie in een nieuwe vorm via een app aanbieden.

De IT-aspecten van behandelplatformen worden steeds belangrijker. Er is een toenemende aandacht voor veilige communicatie als alternatief voor Whatsapp, Skype of FaceTime. Daarnaast is de stichting GGZ Koppeltaal opgericht die in samenwerking met de platformleveranciers een standaard ontwikkelt voor de uitwisseling van zorginformatie met andere deelsystemen zoals het EPD en cliëntportalen.

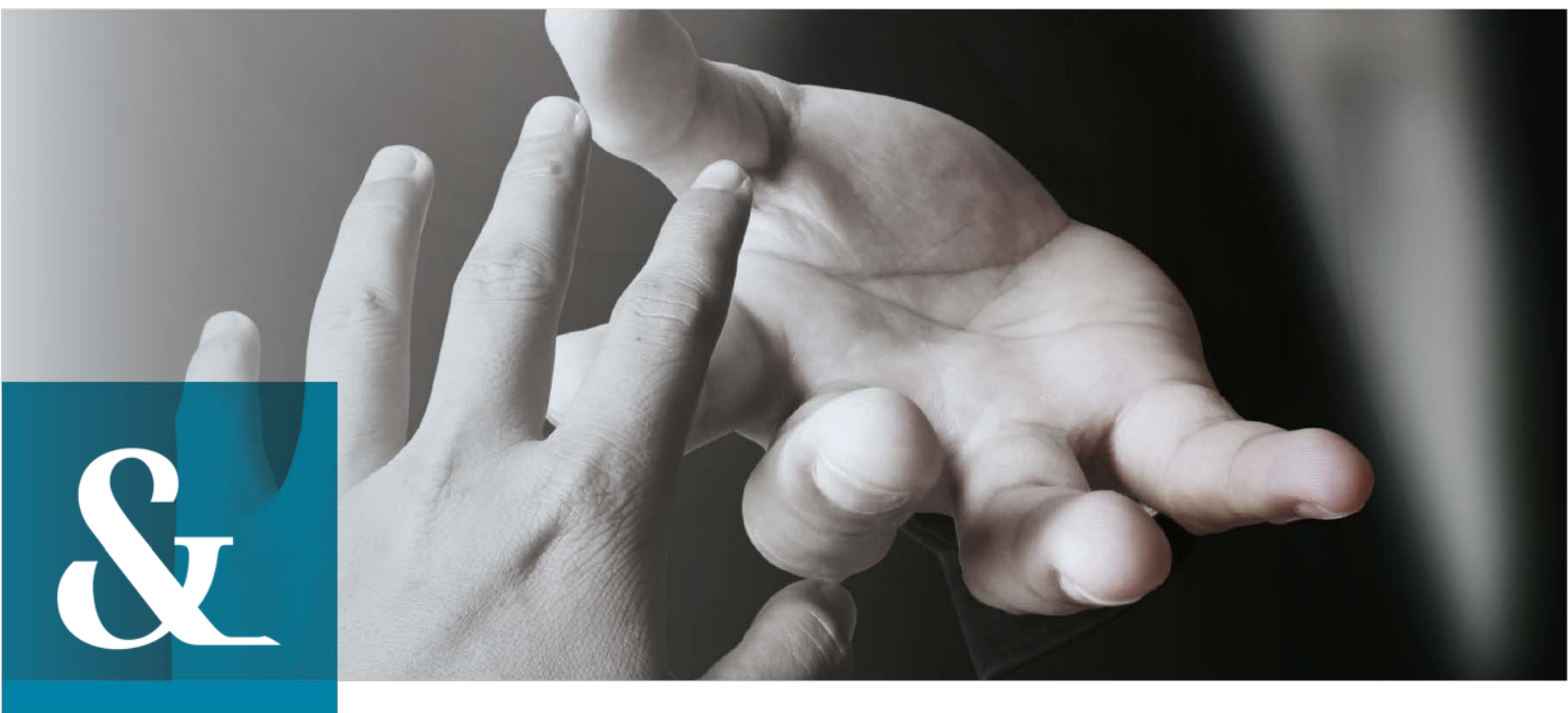
## **2.7.2 Een nieuwe generatie e-mental health**

Met het voortschrijden van de technologische mogelijkheden, ontstaan er voortdurend nieuwe behandelvormen die meer motivatie en beleving bieden voor cliënten. De inzet van behandelgames ook wel serious gaming genoemd kan een belangrijke bijdrage leveren aan de therapietrouw en kwaliteit van behandeling. De ontwikkelingen zijn veelbelovend en de noodzaak voor verder onderzoek groot. Dit kan in dezelfde mate gezegd worden voor de toepassing van Virtual Reality waarmee je in staat bent om als cliënt gedrag te oefenen in een veilige virtuele wereld.

### **2.7.2.1 Een persoonlijke GGZ met zelfmonitoring en big data**

Er wordt ook veel verwacht van het beter inspelen op de persoonlijke omstandigheden, kenmerken en voorkeuren met behulp van e-healthtechnologie in de GGZ. Met behulp van wearables en sensoren of slimme apps op je smartphone kan het gedrag van een cliënt beter in kaart worden gebracht. Een voorbeeld hiervan is het zogeheten experience sampling waarbij cliënten dagelijks via een app vragen beantwoorden die inzicht geven in hun situatie en de ontwikkeling van hun klachten. Dit maakt dat een cliënt zichzelf beter kan monitoren en verbetering of een terugval kan signaleren. Ook kan zelfmonitoring als onderdeel van de behandeling helpen bij het beoordelen van het effect van medicatie of het afbouwen ervan. Daarnaast kunnen met behulp van slimme apps ook behandeldoelen worden gemonitord. Hiermee ontstaat een verfijnde vorm van de huidige routine outcome monitoring waarmee echt op behandel-effect kan worden gestuurd tijdens de behandeling.

Een veelbelovende ontwikkeling is de toepassing van Big Data in de GGZ. Door op een slimme manier veel verschillende databronnen te combineren en analyseren kan de kwaliteit van de GGZ-zorg verder toenemen. Dit kan enerzijds een beter begrip opleveren van de werkzame bestanddelen van behandelingen en helpen bij het voorspellen van behandel-effecten op basis van specifieke cliëntkenmerken. Anderzijds biedt Big Data mogelijkheden op het gebied van preventie en vroegsignalering van psychische klachten. Data buiten de GGZ-context, zoals het internetgebruik, social mediagebruik, gegevens over het weer en de economie, kan in combinatie met dossiergegevens en persoonlijke gezondheidsdata via zelfmonitoring het ontstaan en verloop van psychische klachten voorspellen.



## 3 MEER RENDEMENT BEHALEN

### 3.1 INLEIDING

De conclusie van het onderzoek luidt dat er weinig rendement wordt behaald met online behandelplatformen in de GGZ. Deze conclusie geeft alle aanleiding om te komen tot verbetermaatregelen. Op basis van het onderzoek, literatuur, gesprekken met experts en onze ervaring op dit terrein komen wij tot drie aanbevelingen voor betere integratie en opschaling van online behandelplatformen.

- 1 Help de behandelaar in het zadel: meer aandacht en verantwoordelijkheid voor de behandelaar.
- 2 Transformeer het zorgaanbod: ga uit van een nieuw, geïntegreerd blended zorgproces in plaats van de stapeling van e-health op de traditionele zorg.
- 3 Batenmanagement: stuur op het effect van e-health voor de cliënt.

### 3.2 HELP DE BEHANDELAAR IN HET ZADEL

De behandelaar is de belangrijkste schakel in de keten van het opschalen van e-mental health. Bij de implementatie blijkt de behandelaar achter te blijven. Digitale vaardigheden ontbreken, er is weerstand om te veranderen en er heerst een onjuist beeld dat e-mental health niet passend is voor vaak kwetsbare GGZ-cliënten. In veel gevallen lijkt het op een kwestie van niet willen, maar als je verder kijkt is het vaak een kwestie van niet kunnen of durven.

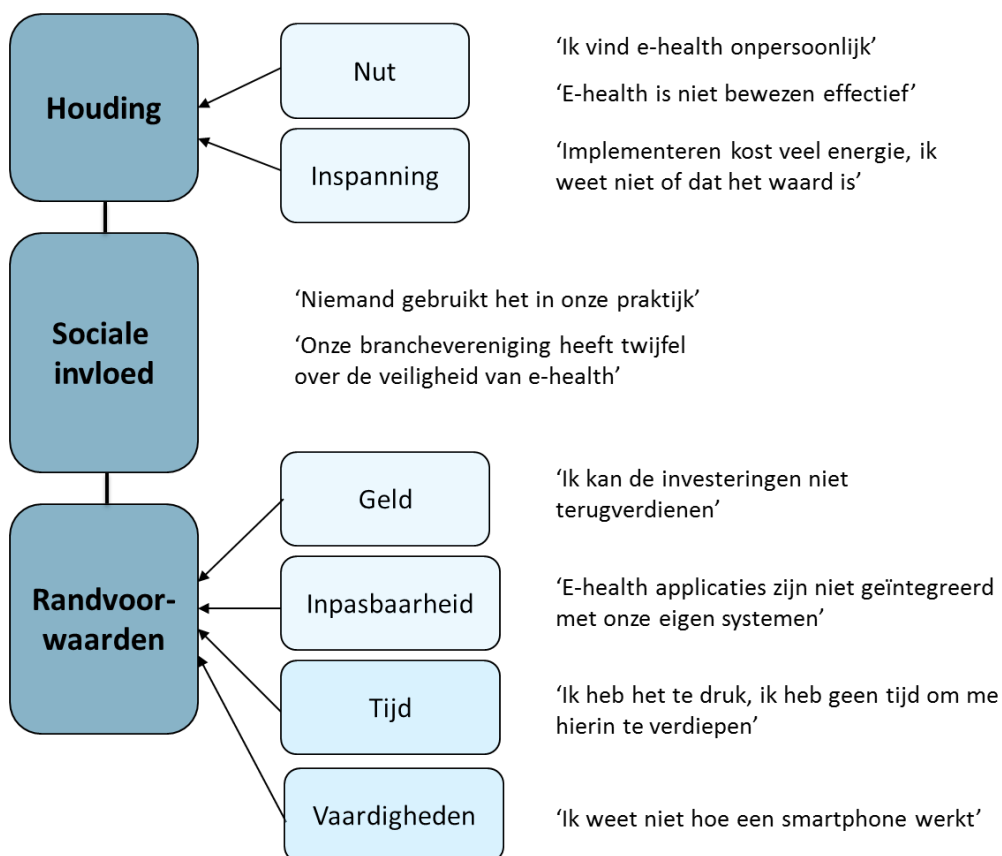
Er is een grote behoefte aan veranderkundige instrumenten binnen instellingen die behandelaren helpen om verantwoordelijkheid te nemen en het bestuur en management helpen om zich ondersteunend op te stellen. Hierbij geldt dat de combinatie van 'de wortel en de stok' in de aanpak het uitgangspunt moet zijn. Goede initiatieven en innovatieve behandelaren moeten worden beloond voor hun inzet. Behandelaren die achterblijven moeten ook worden aangesproken



op hun houding. Er zijn inmiddels voldoende aanwijzingen voor de positieve effecten van e-mental health en er zijn inmiddels voldoende succesverhalen die het niet meer rechtvaardigen om niet mee te willen werken aan de implementatie.

### 3.2.1 Een model voor gedragsbeïnvloeding

De implementatie van e-mental health is een gedragsverandering van de bovenste plank. Het onderstaande model, het UTAUT-model van Venkatesh<sup>viii</sup> kan als kapstok dienen voor het samenstellen van een mix van veranderkundige interventies. Het vormt een hulpmiddel bij implementatie om beter in te spelen op behoeften van zorgprofessionals, te anticiperen op negatieve reacties en daarmee voorkomen van mislukking. Het inspelen op alle gedragsfactoren in het model vergroot de kans op een positieve gedragsintentie die vervolgens tot het gewenste gedrag leidt.



#### 3.2.1.1 Houding: nut en inspanning

Het is evident dat er een meerwaarde moet zijn om succesvol te kunnen implementeren. Toch wordt dit niet altijd voldoende inzichtelijk gemaakt. Hier is een rol weggelegd voor onderzoek en voor patiëntervaringen. Een businesscase maken is een mooie stap, maar een patiënt die uit eigen ervaring vertelt wat de voor- en nadelen zijn, voorziet vaak meer in een behoefte. Systemen die niet gebruiksvriendelijk zijn, falen. Uiteindelijk gaat het om een afweging tussen het nut van een toepassing en de energie die het kost om ermee te leren werken. Niet alleen goedbedoelde passie dus als voorwaarde, maar met name eenvoudige toepassingen die direct nut opleveren voor patiënt én zorgverlener.

### 3.2.2 Sociale invloed

E-healthleveranciers met prachtige verhalen wekken argwaan, waar een directe collega met een nuttige app interesse wekt. De kracht van sociale invloed bij het invoeren van e-mental health is vrijwel altijd de belangrijkste sleutel naar succes. Het creëren van een succesverhaal en ambassadeurs uit eigen geledingen is een beproefde strategie om een nieuwe sociale norm te creëren die innovatie stimuleert.

#### 3.2.2.1 Randvoorwaarden

Waar houding en de sociale invloed vaak lastig te beïnvloeden zijn, zijn meer concrete randvoorwaarden aanwijsbaar en bij aanvang van een implementatie goed te signaleren en te realiseren. Hebben zorgprofessionals geen tijd voor het leren omgaan met de toepassing, gaan ze er in financiën op achteruit en zijn systemen omslachtig, dan is implementatie niet succesvol. Tijd is te maken, maar het moet wel duidelijk zijn hoeveel tijd iets kost (de inspanning). Aandacht voor gebruiksvriendelijkheid komt veelvuldig naar voren bij succesverhalen. Een koppeling met een EPD is hierin ook belangrijk.

### 3.2.3 eSkills

Een van de meest onderschatte behoeften van zorgprofessionals is scholing voor het aanleren van kennis en vaardigheden, e-skills. Waar we vaak redeneren in termen van 'niet willen', ligt er in de praktijk bijna altijd een 'niet kunnen' aan ten grondslag. Veel GGZ-medewerkers zijn niet voorbereid op een toekomst met ICT. In de opleidingen is er weinig aandacht voor e-health. Veel zorgprofessionals die betrokken zijn bij een e-healthproject geven aan onvoldoende kennis te hebben om hun rol goed te vervullen. Opleiden, het is de hoeksteen van e-health succes.

Onze vaststelling is dat innovaties in de zorg niet vanzelf aanslaan als patiënten enthousiast zijn en dat de attitude van vooraanstaande behandelaren in de organisatie kritische succesfactoren zijn bij de implementatie. De manier waarop behandelaren over de e-mental healthmogelijkheden met cliënten communiceren bepaalt het succes. Enthousiasme is besmettelijk én een succesformule voor de adoptie door cliënten.

## 3.3 TRANSFORMEER HET ZORGAANBOD

E-mental health heeft vanaf de introductie altijd in contrast gestaan met traditionele zorg. Hierdoor is er voor behandelaren een denkbeeldige kloof ontstaan tussen oude en nieuwe zorg die moeilijk te overbruggen is. Daarbij komt dat verzekeraars heel specifiek de inzet van behandelmodules middels tariefpolitiek stimuleren in plaats van te belonen voor betere kwaliteit waardoor innovatie een doel wordt en geen middel. E-mental health is daarmee verworpen tot de implementatie van een online behandelplatform waar een behandelaar niet om heeft gevraagd. Maar toch moet inzetten.

We zien in de praktijk dat er in de toepassing van een online behandelplatform veel vrijheidsgraden zijn voor behandelaren in de wijze waarop het platform wordt ingezet. Bij de invoering is er vaak onvoldoende interactie geweest met behandelaren om te komen tot een nieuwe werkwijze. Het resultaat daarvan is dat e-mental health als het wordt ingezet, als aanvulling op de bestaande behandeling wordt ingezet en dat de meerwaarde van e-mental health niet wordt benut. De belofte van hogere kwaliteit tegen lagere of gelijkblijvende kosten wordt zo niet ingelost.

### E-mental health als middel niet als doel

Om e-mental health succesvol in te voeren is het van belang om niet te sturen op de invoering van een behandelplatform, een cliëntenportaal of de inzet van apps, maar om te komen tot een kwalitatieve verbetering van het behandel aanbod.

Dat betekent dat je begint bij de behoefte van de cliënt en de behandelaar en van daaruit digitale tools inschakelt om deze doelen te realiseren. Dat houdt ook in dat je nadenkt over de transformatie van je zorgaanbod onder invloed van nieuwe technologische mogelijkheden en deze nieuwe werkwijze per behandelafdeling uitwerkt en invoert. Hierbij is het van belang om heel specifiek te segmenteren. Per doelgroep en behandelafdeling tref je andere behoeften aan. Toegepast op het online behandelplatform houdt dit in dat je andere tools inzet, een selectie maakt van behandelmodules of deze aanpast voor de doelgroep.

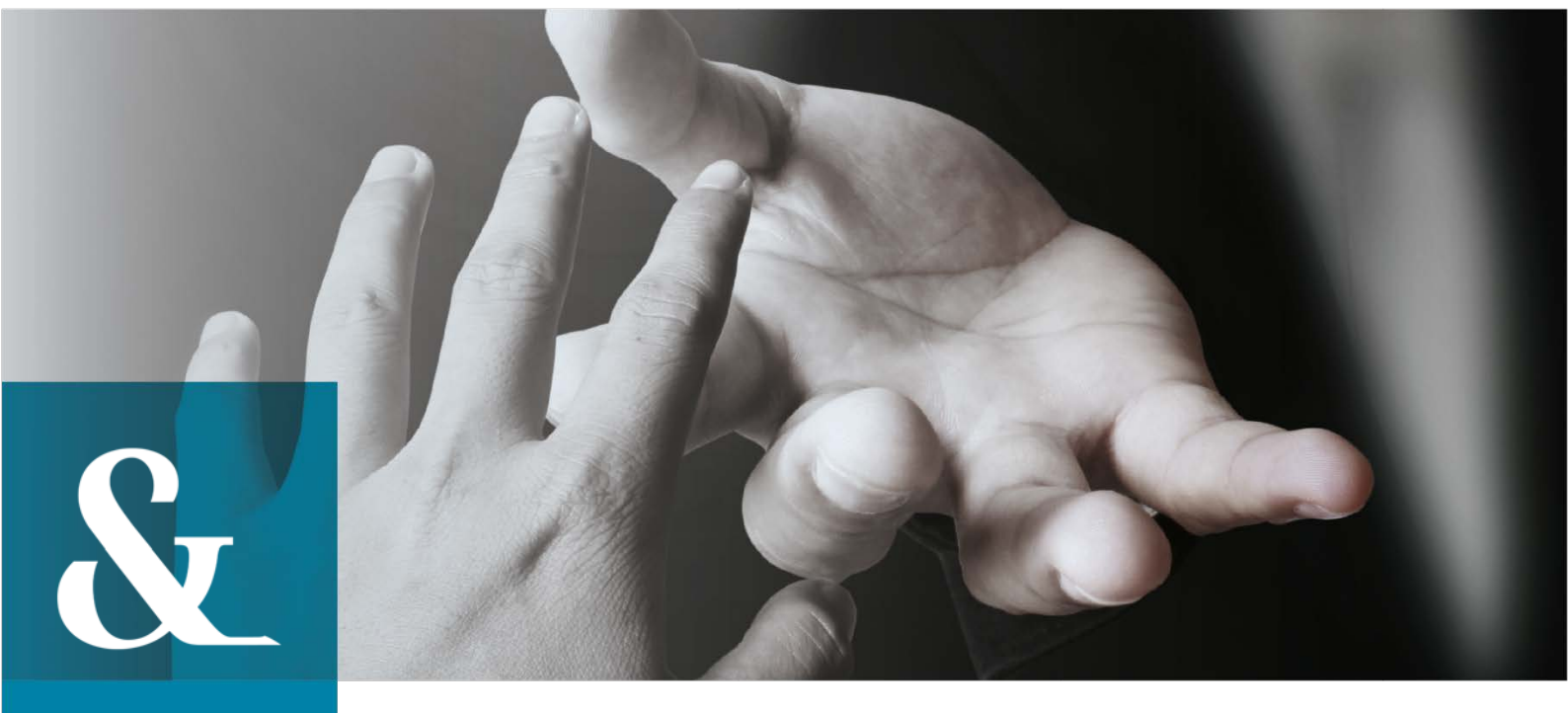
De meerwaarde van e-health komt tot haar recht in een omgeving waarin er ruimte is om het zorgaanbod transformeren. Dat betekent dat er sprake moet zijn van experimenteeruimte voor behandelaren in combinatie met een projectmanager die aanjaagt en ondersteunt. Op basis van een helder geformuleerde visie, die gedragen wordt door bestuur en (zorg)management. Veranderen en verbeteren moet leuk zijn en e-health moet ten dienste staan van de kwaliteit van de behandeling. Daarbij kan het uitgangspunt van doelmatigheid uiteraard niet ontbreken, maar die zal automatisch via kwaliteitsverbetering worden behaald. Het mag duidelijk zijn dat een deel van de achtergrond van e-mental health blijft dat er met hetzelfde budget meer cliënten moeten worden behandeld. Maar die realiteit is niet ondersteunend bij de implementatiestrategie is tot nu toe gebleken.

### 3.4 BATENMANAGEMENT: STUUR OP EFFECT

Als de opschaling van een innovatie stagneert, dan is de kans groot dat de focus op de implementatie verslapt en dat de beoogde resultaten niet worden bereikt. Een project dat te lang zonder resultaat voortsleept, wordt stuurloos en is niet meer in staat om effectief de aandacht en middelen te claimen die het verdient. Het wordt een project in de marge. Een belangrijk antwoord op het voorkomen van een dergelijke impasse is het toepassen van batenmanagement.

Batenmanagement is een methodiek die te omschrijven is als het sturen op effect waardoor de positieve opbrengsten van een project ook geïncasseerd worden. Veel organisaties maken een businesscase bij de besluitvorming van een nieuw systeem, maar gaan vervolgens over tot de orde van de dag. Na de aanschaf zijn de kosten een feit. De baten blijven vaak uit of worden onvoldoende nagestreefd. Sturen op de baten betekent dat je de baten eerst expliciet maakt en medewerkers verantwoordelijk maakt om deze baten te behalen. Het inrichten van stuurinstrumenten is een laatste stap om zicht te krijgen op de vorderingen.

Batenmanagement in de context van e-health in de GGZ betekent niet dat een behandelplatform invoert. Het betekent meerwaarde creëren voor de cliënt en zijn omgeving, de behandelaar en de organisatie. Deze meerwaarde is de drijver van het project en op die basis worden de implementatieactiviteiten gestuurd. Als het behandelteam streeft naar meer eigen regie bij cliënten en een hoger serviceniveau, moeten deze doelen ook meetbaar zijn en gemonitord worden. Wij zien in veel instellingen dat de effecten van online behandelen niet inzichtelijk worden gemaakt. Daarnaast beschikken veel instellingen niet over actuele gebruiksdata over de mate van gebruik door cliënten en specifieke afdelingen of individuele behandelaren.



## 4 OVER M&I/PARTNERS

M&I/Partners is een onafhankelijk adviesbureau, opgericht in 1985. We zijn ruim 80 professionals sterk, waarvan ruim 60 in eigen dienst. M&I/Partners begeleidt en adviseert haar klanten bij projecten op het snijvlak van management en ICT. Wij kiezen daarin voor opdrachten met maatschappelijke meerwaarde voor de publieke en semi-publieke sector.

### 4.1 WIJ LATEN UW E-MENTAL HEALTH BLOEIEN

Vanuit M&I/Partners zetten wij ons in om de opschaling van e-health in de GGZ te begeleiden. Hiervoor bieden wij een e-mental health rendementsscan aan waarmee we de verbeteringen in kaart brengen. Aan de hand van de scan krijgt u snel inzicht in uw situatie. Wij stellen maatregelen voor en helpen deze te realiseren.

#### 4.1.1 De e-mental health rendementsscan

Rendement uit de toepassing van e-mental health kan alleen succesvol zijn als het is gebouwd op vier solide pijlers.

- 1 Visie en strategie
- 2 Verandermanagement
- 3 Goed functionerende IT-infrastructuur
- 4 Batenmanagement: sturen op resultaat

#### Visie en strategie

Zoals met alle veranderingen staat of valt dit met een lonkend perspectief: Wat willen bereiken met de inzet van e-mental health? Waarom doen we het? Hoe past het in bestaande zorgprogramma's? Met een inspirerende visie en strategie wordt het zowel voor medewerkers als

cliënten veel duidelijker wat e-mental health op moet leveren. Zonder een duidelijke visie en strategie wordt een e-mental healthproject het zoveelste project dat zich voortsleept zonder dat duidelijk is wat er ‘klaar moet zijn als het klaar is’.

### **Verandermanagement**

Succesvol e-mental health inzetten is veel meer dan een e-mental healthplatform aanschaffen en het trainen van de behandelaren. Veel instellingen merken dat het gebruik na de aanschaf stagneert. De grootste uitdaging is met name veranderkundig van aard. Het vergt veranderkundige interventies om hulpverleners over te laten schakelen van hun vertrouwde palet aan interventies naar een geheel nieuwe manier van behandelen.

### **Goed functionerende IT-Infrastructuur**

IT is een cruciale component voor het slagen van e-mental healthopschaling. Immers, zonder probleemloze IT is het gebruik van een online behandelplatform door cliënten en behandelaren niet mogelijk. We zien vaak dat de IT-omgeving niet optimaal is ingericht om e-mental health te faciliteren. E-mental health moet naadloos passen in het applicatielandschap en ook koppelingen van en naar het EPD zijn belangrijk. Is de IT-beveiliging op orde? Zijn autorisaties goed geregeld? Al deze aspecten maken dat IT een groot afbreukrisico kan vormen als je het veronachtzaamt.

### **Batenmanagement: sturen op resultaat**

Op dit moment zien we dat instellingen grote investeringen hebben gedaan in e-mental health en hoge exploitatiekosten hebben. Tegelijkertijd zien we dat e-mental health nog lang niet de vlucht genomen heeft die men ervan had verwacht. Er wordt nog weinig gebruik gemaakt van goede stuurinformatie en onvoldoende gestuurd op de positieve uitkomsten die we verwachten. Een van de eerste stappen is samen het goed in kaart brengen van de doelen en opbrengsten en deze doelen ook structureel monitoren. Hierbij gaat batenmanagement het verschil maken. In hoeverre waarderen cliënten en behandelaren de toepassing? Ervaren cliënten meer eigen regie? Door continu te leren en bij te sturen op de belangrijkste baten, zijn de baten ook daadwerkelijk te incasseren.

Neem voor meer informatie contact op met Jorne Grolleman via [jorne.grolleman@mxi.nl](mailto:jorne.grolleman@mxi.nl) of 06 – 83 20 02 52.

# REFERENTIES

---

<sup>i</sup> <https://www.nictiz.nl/Paginas/eHealth-monitor-2015.aspx>

<sup>ii</sup> <http://www.ad.nl/ad/nl/1012/Nederland/article/detail/4215500/2015/12/29/Digitale-behandeling-razend-populair-in-Nederland.dhtml>

<sup>iii</sup> <http://www.smarthealth.nl/2014/03/27/e-mental-health-ehealth-nederland/>

<sup>iv</sup> <http://www.platformGGZ.nl/lpGGZ/download/e-health/visie-op-digitale-zorg-vanuit-een-gebruikersperspectief.pdf>

<sup>v</sup> <https://www.nictiz.nl/Paginas/eHealth-monitor-2015.aspx>

<sup>vi</sup> <http://www.minddistrict.com/professional/nl/blog-nl/minddistrict-en-gx-maken-implementatie-ehealth-makkelijk-met-toolkit/>

<sup>vii</sup> <http://www.smarthealth.nl/2015/08/13/blog-zorgverzekeraars-volharden-in-stimuleringspolitiek-voor-e-mental-health/>

<sup>viii</sup> Venkatesh, V.; Morris; Davis; Davis (2003), "User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View", MIS Quarterly 27 (3), pp. 425–478