

dr. Jeroen Koning

psychiater, biomedisch wetenschapper
(Health Technology Assessment), Altrecht
Academisch Angstcentrum

Robin Kok

psycholoog, aio e-mental health, visiting
fellow Australian National University, aio
ZonMw doelmatigheidsonderzoek, afdeling
Klinische Psychologie, VU Amsterdam

ONDERZOEK NODIG NAAR KOSTENEFFECTIVITEIT E-HEALTH-BEHANDELINGEN

E-health in ggz niet per definitie doelmatig

Ggz-instellingen omarmen massaal e-health, om zorgkosten te besparen en betere zorg te leveren. Maar vooralsnog nemen de kosten alleen maar toe, terwijl het effect van e-health-behandelingen nog niet is bewezen, waarschuwen psychiater Jeroen Koning en psycholoog Robin Kok.

De implementatie van e-health-behandelingen in de ggz heeft de laatste jaren een enorme vlucht genomen, zonder dat er enig onderzoek is gedaan naar de kosten-effectiviteit. Inmiddels is driekwart van de Nederlandse ggz-instellingen actief bezig met e-health-projecten en worden er targets van minimaal 50 procent gesteld voor het percentage patiënten dat e-health ontvangt.^{1,2} Het is vanuit het perspectief van de beleidsmakers, zoals de overheid, ggz-instellingen, verzekeraars en ook GGZ Nederland wel begrijpelijk waarom de invoering van e-health-behandelingen prioriteit krijgt. In potentie zijn deze behandelingen kostenbesparend en zouden ze tot meer doelmatige zorg moeten leiden. Met name de variant 'blended e-health', waarbij een deel van reguliere (dure) face-to-facebehandeling vervangen wordt door (goedkope) onlinecontacten, lijkt veelbelovend.

GGZ Nederland ziet een belangrijke rol weggelegd voor e-health in het doelmatiger behandelen van de lichtere psychiatrische stoornissen via de eerste-lijnzorg en de basis-ggz. Minister

Schippers heeft de invoering van e-health ook verankerd in het (inmiddels opgezegde) Bestuurlijk Akkoord GGZ. Verzekeraars stimuleren op hun beurt weer het gebruik van onlinecontacten, door per onlinesessie een bonus uit te keren. De vraag is echter, of deze brede inzet van e-health nu ook daadwerkelijk tot de verwachte doelmatige zorg leidt.

Effectiviteit

Op basis van verschillende systematische reviews naar de werkzaamheid van e-health-interventies bij bijvoorbeeld angst- en depressieve stoornissen, zijn enkele belangrijke conclusies te trekken.³⁻¹⁰ Face-to-facecontacten zijn effectiever dan ongebeide onlinecontacten, begeide onlinebehandelingen kunnen even effectief zijn als face-to-facecontacten, en ongebeide onlinecontacten weer effectiever dan geen contact. Echter, de Cochrane-review naar de effectiviteit van onlinebehandeling van angststoornissen benoemt ook enkele beperkingen, die met name voor de specialistische ggz relevant zijn.⁸

De meeste studies naar e-health-behan-



deling zijn uitgevoerd bij gemotiveerde patiënten met relatief lichte psychiatrische problematiek in de eerste lijn en zonder ernstige comorbiditeit. Daarnaast is het onderzoek veelal uitgevoerd in Engelstalige landen, bij voornamelijk hoger opgeleide en blanke vrouwen van middelbare leeftijd. Het is de vraag in hoeverre deze populatie representatief is

voor de populatie die we dagelijks in de specialistische ggz behandelen. Verder is nog niet precies bekend welke factoren de acceptatie of therapietrouw van e-health-behandelingen positief dan wel negatief beïnvloeden. Patiënten lijken in ieder geval minder af te haken als er enige mate van contact is met een behandelaar.¹¹ De ggz neemt dus een voorschot met

de implementatie van e-health bij de doelgroep met ernstige psychiatrische problematiek waarvoor de evidentie nog niet bekend is.

Over de veronderstelde evidentie van e-health schreven Ruwaard en Kok al eerder.^{12,13} Zij stellen terecht dat het een-op-een overzetten van evidencebased behandelprotocollen naar een inter-

Het is niet bekend welke factoren de therapietrouw van e-health-behandelingen beïnvloeden.



GETTY IMAGES

E-health kan de klinische strategie versterken, maar ook juist verzwakken

actieve website geen garantie is dat de kwaliteit daarmee ook gewaarborgd blijft. E-health verbindt informatietechnologie met klinische psychologie en vereist de kennis en integratie van beide. E-health kan de klinische strategie versterken, maar ook juist verzwakken.^{12,13} Hetzelfde principe geldt bij medicatie; wanneer aanbiedingsvorm, toedieningsfrequentie, of smaak verandert, wordt ook de effectiviteit beïnvloed.

Verzekerde zorg

Zorginstituut Nederland (voorheen het College voor Zorgverzekeringen) beschouwt e-health gewoon als een andere aanbiedingsvorm van bestaande zorg. Als patiënten het willen gebruiken, zorgaanbieders het willen toepassen en zorgverzekeraars het willen vergoeden is het dus verzekerde zorg.¹⁴ In tegenstelling tot medicatie worden er echter voor e-health geen specifieke effectiviteits- en kwaliteitscriteria gehanteerd. Hiermee lijkt het alsof er in de ggz met twee maten wordt gemeten, want een vergelijkbare implementatie van niet-gevalideerde medicatie zou ondenkbaar zijn. Nieuwe psychofarmaca zijn onderhevig aan strenge regelgeving. Eerst wordt de veiligheid onderzocht, dan de doeltreffendheid en tot slot de meerwaarde ten aanzien van vergelijkbare middelen en indicatiegebieden. Pas dan besluit het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) of de fabrikant het medicijn op de markt mag brengen of niet. Voor e-health gelden opvallend genoeg andere regels, waarschijnlijk vanwege de veronderstelde effectiviteit en minder stringente eisen. Tot op heden is er slechts één officieel e-mental-health-keurmerk op de markt: onlinehulpstempel.nl. Dit keurmerk is het resultaat van samenwer-

king van het Trimbos-instituut met ggz-instellingen, in opdracht van het ministerie van VWS. Sinds de oprichting van dit keurmerk in 2012 zijn er pas twee e-health-interventies – pratenonline.nl en alcoholenik.nl – goedgekeurd. Om een e-health-behandeling in aanmerking te laten komen voor verzekerde zorg is geen keurmerk nodig.

Specialistische ggz

De gespecialiseerde ggz-instellingen, waarin de patiënten met de meest complexe geestelijke problematiek zowel intern als poliklinisch worden behandeld, voelen de meeste druk om goedkopere zorg te gaan leveren en hebben de laatste jaren veel te maken gekregen met e-health-interventies. In de praktijk blijken e-health-behandelingen in de specialistische ggz voornamelijk nog boven op de reguliere face-to-facebehandelingen te komen, in plaats van delen van de behandeling te vervangen zoals beoogd. Hieronder twee gangbare praktijkvoorbeelden van de inzet van e-health in de specialistische ggz. Ten eerste zijn er de volledig online begeleide zelfhulp-e-health-programma's die ontwikkeld en getest zijn voor patiënten met relatief lichte problematiek, die vroeger gebruik zouden maken van een zelfhulpboek. Deze vrij rigide variant is als zodanig minder geschikt voor de meer complexe psychiatrische problematiek in

de specialistische ggz-instellingen. In de praktijk vullen behandelaren hun meer flexibele reguliere face-to-facebehandelingen aan met onderdelen uit de eerder beschreven e-health-modules zoals: leren slapen en mindfulness, of verlenen ze patiënten toegang tot een virtuele bibliotheek, waar patiënten 'alles wat mogelijk relevant is' kunnen inzien. Met de beste bedoelingen doen behandelaren dan toch 'iets' met e-health, en neemt de behandelintensiteit – evenals de kosten – feitelijk toe.

Ten tweede worden er door diverse afzonderlijke ggz-instellingen in samenwerking met e-health-leveranciers zelf *blended* behandelingen ontwikkeld, die meestal zijn gebaseerd op bestaande psychotherapieën. De gedachte achter de *blended* e-health-vorm is dat face-to-facecontacten afgewisseld worden met onlinecontacten, meer aansluiten bij de dagelijkse werkwijze van de meer specialistische ggz, waar patiënten eerder afhaken als er helemaal geen face-to-facecontact is. De aanname is dat deze *blended* vorm de voordelen van zowel online- als face-to-facecontacten combineert, echter, de daadwerkelijke kosteneffectiviteit hiervan is nog niet onderzocht maar blijft verondersteld.

Toenemende kosten

Ook het daadwerkelijk substitueren van face-to-facecontacten blijkt in de praktijk bijna ondoenlijk zonder adequate implementatiebegeleiding vanuit het management. De behandelingen blijven zoals ze waren, en men slaagt er nauwelijks in het aantal face-to-facecontacten te verminderen. Als e-health-leveranciers daarnaast ook nog extra toepassingen gaan aanbieden en patiënten en behandelaren gaan stimuleren actief te worden op een 'Face-

Men slaagt er nauwelijks in het aantal face-to-facecontacten te verminderen

NIEUWBOUW

Onze nieuwbouw is klaar. Met het resultaat ben ik in mijn nopjes. Neem bijvoorbeeld de verloskamers. De verlosafdeling had in de oudbouw welgeteld één douche. Nu heeft elke verloskamer, ik bedoel kraamsuite, een eigen badkamer. En niet alleen het mooie gebouw stemt mij tot vreugde. We hadden een aanbesteding op de bodem van de bouwmarkt en lenen het geld tijdens een historisch dieptepunt van de rentestand. Hoeveel bestuurlijke wijsheid hieraan te pas is gekomen laat ik graag in het midden.

Zo'n bouwtraject kent natuurlijk ook hobbels. Eén zo'n hobbel zat in de betonnen vloer – toen bleek dat een eigenwijze onderaannemer een verkeerd zand-betonmengsel had gebruikt. Na veel technisch onderzoek was de conclusie dat dit mengsel toch een voldoende sterke vloer zou opleveren. Het alternatief was de drillboor geweest om de vers gestorte vloeren te ontmantelen. In een gebouw dat vastzit aan een kliniek die 7x24 uur in bedrijf is. Geen fijn vooruitzicht. Ik heb er een trofee aan overgehouden: een stuk beton dat uit de vloer gezaagd is om het op vergruizen te kunnen testen. Het pronkt nu op mijn kamer als een stuk moderne kunst. Een andere hobbel is de eigenwijsheid van gebruikers. Over inrichting en uitstraling van zo'n nieuw gebouw is natuurlijk nagedacht. Gebruikers zijn daarin actief betrokken. Maar ja, er is ook nog zoiets als de professionele autonomie. En zo werd daags na de ingebruikname een staflid gesignaleerd met zijn hobbyboormachine in de aanslag. Hij had behoefte aan een eigen schroefhaakje in de systeemwand. Het bezorgde mijn facilitair manager bijkans een be-roerte. Maar daarvoor kon hij dan wel meteen worden opgevangen in een bijzonder mooie nieuwbouwmgeving.

Hugo Keuzenkamp

SUCCEFACTOREN VOOR *BLENDED CARE*

Een eetstoornis-app of een angst-game, het zijn mooie gadgets waarmee patiënten zelf klachten kunnen bijhouden, naast de reguliere gesprekken met de behandelaar. Er wordt veel geïnvesteerd in deze '*blended care*', maar we weten vaak niet of patiënten er echt mee geholpen zijn, zoals Jeroen Koning en Robin Kok beschrijven. De vakgroep Centre for eHealth and wellbeing research van de Universiteit Twente heeft gelukkig al wel veel succes- en faalfactoren uitgepuzzeld voor '*blended care*'. Deze factoren staan op een rijtje in het '*Fit for blended care*'-instrument, dat gratis te downloaden is van de website van de Universiteit Twente. Aan de hand van vragenlijsten kan de behandelaar beter inschatten of de '*blended care*' bij de betreffende patiënt zal aanslaan, en wat er eventueel nog aan extra ondersteuning nodig is. De behandelaar kan met de vragenlijst bijvoorbeeld uitzoeken of de internetvaardigheden van de patiënt afdoende zijn voor de behandeling. Ook kan hij kijken of er geen contra-indicaties zijn voor *blended care*, zoals een dreigende crisis door ernstige psychotische klachten. **Redactie Medisch Contact**

book-achtige gezondheidszorgcommunity' zullen de zorggerelateerde kosten alleen maar verder toenemen, en wordt voorbijgegaan aan de primaire ggz-taak om evidencebased zorg te leveren. Kortom, reguliere behandelingen worden dus 'opgetuigd' met een grote diversiteit aan mogelijk relevante en irrelevante e-health-modules of toepassingen. Naast de hierboven genoemde toegenomen zorgkosten, moet daarbij ook nog rekening gehouden worden met de ontwikkel- en jaarlijkse licentiekosten van de verschillende e-health-platformleveranciers. Niet verwonderlijk dat tot op heden geen publicaties te vinden zijn waaruit blijkt dat er kosten zijn bespaard op de behandeling. Degelijke budget-impactanalyses zijn noodzakelijk om een goed overwogen beslissing te kunnen nemen over het al dan niet invoeren van nieuwe interventies als *blended e-health*.¹⁵

Onderbouwen

E-health heeft alles in zich om een aanwinst te zijn voor de ggz, maar dan moet de kosteneffectiviteit ervan uiteraard wel onderzocht worden. Der-

gelijk onderzoek lijkt misschien (te) tijdrovend, maar is de enige manier om de gemaakte claim van doelmatigheid van e-health te kunnen onderbouwen. Naast de hiervoor noodzakelijke *randomized controlled trials* zouden we op de kortere termijn ook naar mogelijkheden van de inmiddels verplichte *routine outcome measurements* (ROM)-data kunnen kijken. Het is technisch gezien mogelijk om ROM-data te koppelen aan de e-healthgerelateerde zorgkosten en deze te vergelijken met vergelijkbare ggz-instellingen die reguliere zorg leveren.^{12 13}

De ggz moet garant kunnen staan voor doelmatige, evidencebased zorg, met e-health waar mogelijk – maar niet als doel op zich. ■

contact

j.koning@altrecht.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en het dossier E-health vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.