

Minddistrict innoveert ggz-vragenlijst

Online therapie doeltreffender met extra meetmomenten

Minddistrict biedt sinds 2008 een digitaal platform voor ggz-behandelingen. Nieuw is een tool voor tussentijdse meetmomenten over de mentale toestand van de cliënt. Daardoor krijgt de therapeut een betrouwbaarder inzicht in het succes van de behandeling. En kan hij bijsturen, met meer eigen regie voor de cliënt.

Tekst Loek Kusiak

Beeld Ron Zwagemaker

Je kunt geen röntgenfoto maken van iemands gevoelsleven, van zijn mentale toestand. Cliëntgegevens voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) komen daarom uit vragenlijsten. Behalve onmisbaar voor een diagnose van een psychisch probleem vertellen vragenlijsten ook iets over het succes van een behandeling. Daarvoor is er *Routine Outcome Monitoring* (ROM): een methodiek waarbij de behandelaar aan het begin, halverwege en aan het eind van de behandeling vooruitgang of achteruitgang bij de cliënt vaststelt.

“Een nadeel van deze methode is dat het een momentopname is. De uitkomsten zijn niet per definitie representatief voor de gesteldheid van de cliënt. Dat biedt weinig mogelijkheden om in te spelen op veranderende behoeften van de cliënt. Met vragenlijsten meten hoe de therapie aanslaat vergt daarom een andere vormgeving.” Dat stellen

Jeanette Ploeger, ceo van e-healthaanbieder Minddistrict en Remy Lamers, verantwoordelijk voor productontwikkeling. De catalogus van Minddistrict met online tools omvat een diagnose op filtering en doelgroep en zestien zogeheten transdiagnostische thema's, waarbij meer dimensionaal naar stoornissen wordt gekeken. Binnen elk thema zijn er instrumenten als basismodules, dagboeken en videobellen.

Lamers: “Door gebruik te maken van de functionaliteit van ROM kunnen we frequentere, kleinere en gerichtere meetmomenten toevoegen in het behandelproces”

Online feedback

Digitale therapieën zijn volgens Ploeger even geschikt als (en voor sommige aandoeningen zelfs effectiever en minder duur dan) traditionele face-to-face-behandelmethoden. “Bij online therapie schrijft de cliënt over gevoelens en gedachten, bijvoorbeeld in een oefening of een dagboek. De therapeut geeft daarop feedback. Dat beklijft langer. Bovendien sta je niet zoals voor een face-to-face-therapie drie maanden op een wachtlijst. Voor online is de indicatie gemiddeld veertien dagen, maar vaak kan het sneller.”

De intake start direct met psycho-educatie en met doelen die de cliënt wil stellen. “Zo weet ook de therapeut vooraf al dat deze

nieuwe cliënt bijvoorbeeld worstelt met een verslaving, een depressie of angststoornis. De ggz ziet ook steeds meer angstpatiënten. Die zijn sowieso gemotiveerd. Ze ervaren een acuut probleem en zijn zeer geschikt voor online therapie.”

Gebruiksvriendelijker

Hulpverleners konden altijd al in Minddistrict vragenlijsten afnemen, bijvoorbeeld als beslisondersteuning in de eerstelijnszorg. Eind 2023 is Minddistrict in het eigen platform gestart met het vernieuwen van de vragenlijsten. Die zijn nu ook via de mobiele apps beschikbaar voor cliënten; dat is behalve gebruiksvriendelijker ook een eerste stap naar een datagestuurde behandeling.

“Door gebruik te maken van de functionaliteit van ROM”, legt Lamers uit, “kunnen we frequentere, kleinere en gerichtere meetmomenten toevoegen in het behandelproces. Deze methodiek noemen we *Ecological Momentary Assessment* en verbetert het inzicht in het dagelijks leven van de cliënt. De behandelaar kan nu het verloop van gedragspatronen sneller in kaart brengen. Die kan besluiten meer gepersonaliseerde zorg te bieden wanneer uit de dagboeken blijkt dat er een andere oorzaak van de klachten is dan eerder gediagnosticeerd.” Ploeger vult aan: “De cliënt krijgt ook meer grip op zijn behandeling dankzij de tussentijdse meetmomenten en het kunnen teruglezen van de informatie.”

Slaapprobleem

Lamers noemt slaapproblemen als voorbeeld. Iets waar zeer veel mensen mee kampen. “De cliënt denkt bijvoorbeeld

dat eindeloos piekeren de oorzaak van het slaapprobleem is. Dus daar gaat hij met de behandelaar aan werken terwijl er om de drie maanden een ROM-vragenlijst wordt ingevuld, de gangbare aanpak dus. Deze vragenlijsten zijn lang en monotoon om in te vullen. Door ook kortere, gerichte vragen te stellen in tussentijdse momenten van het behandeltraject krijg je betrouwbaardere gegevens. Via het cliëntdagboek kan het platform signaleren dat andere symptomen het slaapprobleem beïnvloeden, zoals alcohol of een eerder niet genoemde verslaving. Wat aanleiding kan zijn om de behandeling aan te passen.”

Intensiever traject

Voor de klassieke face-to-face-therapie van een depressie staan gemiddeld twintig gesprekken van een uur verdeeld over twintig weken. Ploeger: “We weten dat een cliënt zodra hij de spreekkamer na een sessie verlaat 80 procent weer vergeet. Die tijd kun je met *blended* therapie, dus een combinatie van offline en online contact, efficiënter benutten. Je doet twaalf gesprekken fysiek, of via videobellen circa een half uur, en spreidt die over een kortere tijd. Daar voeg je veertien online contacten van één kwartier aan toe. Met 26 contacten en minder tijd creëer je een intensiever en beter behandeltraject.”

Lamers: “Zeker bij iemand met weinig intrinsieke motivatie helpt het elkaar vaker te spreken. Cliënten zijn online opener en eerlijker over hun gevoelens. En vaak gaat het ook over leuke dingen in het leven.”

Hoewel de populariteit van online therapie, mede vanwege corona, is toegenomen, blijkt het nog een hobbel om zorgverleners te motiveren voor een digitale uitwerking van een effectieve behandeling. “Behandelaars moeten cliënten de mogelijkheid van online therapie aanbieden”, zegt Ploeger. “Ik hoor vaak dat zij dat zien als weer een toepassing erbij. Maar in de praktijk hebben én krijgen therapeuten weinig tijd om de online therapie goed in hun werkproces te integreren. Voor sommigen voelt e-health ook als een bedreiging. Alsof hun werk wordt overgenomen door de techniek. Je mist dan wel kansen om de zorg te verbeteren.”

Agenda slim beheren

Sinds 2022 valt de vergoeding voor e-healthcontacten die een behandelaar



Ploeger: “Voor een face-to-face-therapie sta je drie maanden op een wachtlijst. Voor online gemiddeld veertien dagen, maar vaak kan het sneller”

inzet als ‘directe tijd’ onder het nieuwe declaratiesysteem ZorgPrestatiemodel (ZPM). De vergoeding aan hulpverleners voor korte contacten is per minuut hoger dan voor lange contacten. Oftewel, voor een gesprek dat de behandelaar efficiënt, dus *to the point* met zijn cliënt inricht en dat dus korter duurt, staat ook een betere vergoeding.

Als de voordelen van e-health in meerdere opzichten zo evident zijn, welke voorwaarde voor een grote doorbraak ontbreekt dan nog? “Agendabeheer is een verandering die nog moeilijk te maken is”, constateert Ploeger. “De planning van de face-to-face-agenda ligt bij het secretariaat. Zodra je *blended* gaat werken, is het belangrijk blokken tijd te reserveren voor de online contacten en

het schrijven van feedback. Behandelaren als basispsychologen en specialistisch verpleegkundigen gaan daarmee flexibel aan de slag, maar psychiaters krijg je nog moeilijk mee.”

“Daarnaast vinden sommige bestuurders het lastig dat zorgverzekeraars hen erop wijzen dat *blended* zorg, zoals onderzoek aantoonde, doelmatiger en goedkoper is. ‘We committeren ons niet aan efficiëntie’, is de reactie. Die groep wordt gelukkig een minderheid. Van bestuurders hebben we visie op digitale zorg nodig, en doelstellingen. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) stuurt op transformatie van zorg, zoals digitalisering. Er is budget voor specifieke projecten en producten. Dat opent deuren naar meer interesse voor *blended* zorg.” |