

eHealth

1. Inleiding

1.1. Algemeen

Binnen de zorg wordt er in toenemende mate gebruik gemaakt van informatie- en communicatietechnologie (ICT). Het toepassen van ICT in de zorg wordt ook wel eHealth genoemd. Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is er steeds meer interesse voor en behoefte aan de inzet van eHealth.

Definitie van eHealth in de ggz:

Het gebruik van informatie- en communicatietechnologie om mensen met psychische klachten en/of aandoeningen te informeren en/of te ondersteunen met betrekking tot hun psychische gezondheid om zo het herstelproces en daarmee hun kwaliteit van leven te verbeteren.

Het aanbod aan eHealth in de ggz is enorm en ontwikkelt zich razendsnel. Er zijn eHealth-toepassingen beschikbaar voor verschillende doelgroepen en voor verschillende fasen van het zorgproces. Grofweg zijn er drie werkwijzen bij eHealth:

- Zonder begeleiding van een zorgverlener. Bijvoorbeeld het opzoeken van informatie op een website of het volgen van een zelfhulpmodule.
- Met begeleiding van een zorgverlener die de patiënt niet persoonlijk kent. Bijvoorbeeld het volgen van een online module (met online begeleiding) voor een bepaalde stoornis of klacht waar je je als patiënt zelf voor kunt aanmelden.
- Met begeleiding van een zorgverlener die de patiënt wel persoonlijk kent. Bijvoorbeeld het volgen van een behandelmodule via een platform, met online of face-to-face begeleiding.

1.1.1. Visie op eHealth

Deze module gaat over de inzet van eHealth gericht op (het verbeteren van) het welbevinden van de patiënt en zijn/haar naasten tijdens alle fasen van het zorgproces. Het *Referentiemodel voor internetzorg toepassingen* kan worden gebruikt om eHealth-toepassingen en hun functie in te delen, zie Figuur.

Bron: Epping, P., Krijgsman, J., de Jong-Fintelman, M., van Holland, R. & Wouda, J. (2012). Referentie Systeemfuncties Model (RSM) voor eHealth toepassingen voor patiënten. Den Haag: Nictiz.

Dit referentiemodel biedt een overzicht van functies van eHealth. De specifieke invulling per blok wordt aan de gebruiker van het model overgelaten. Dit referentiemodel dient als hulpmiddel te worden beschouwd bij het lezen van deze generieke module.



In de blokken 'Gezondheid en gedrag' en 'Zorg en ziekte' is aangegeven voor welke doelen eHealth kan worden ingezet in de verschillende fasen van het zorgproces. Dit wordt verder uitgewerkt in [Vroege onderkenning en preventie, Diagnostiek, Monitoring, Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie](#) en [Herstel, participatie, re-integratie en langdurige en chronische ggz](#).

In het blok 'Ondersteuning' staat beschreven op welke wijzen het zorgproces wordt ondersteund door middel van technologie. De aspecten zorggids en aanschaf komen aan bod in [Visie op eHealth en het keuzeproces](#). Zorgkwaliteit komt aan bod in [Kwaliteitsindicatoren](#).

Het blok 'Systeemkwaliteiten' heeft betrekking op de kwaliteit van eHealth-toepassingen. Zie hiervoor [Keuzeondersteunende informatie](#).

Deze generieke module gaat over de inzet van eHealth gericht op (het verbeteren van) de gezondheid van de patiënt. De volgende functies van het referentiemodel (figuur) worden buiten beschouwing gelaten:

- het elektronisch patiëntendossier (EPD)
- zorgplanning
- zorgverlenersdossier

Het is essentieel dat de wensen en behoeften van de patiënt centraal worden gesteld. Hierbij spelen zelfmanagement en zelfredzaamheid een rol. Hierbij kan de patiënt desgewenst naasten inschakelen ter ondersteuning (zie ook [Patiëntenperspectief](#)). De focus verschuift van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag. De inzet van eHealth kan hierbij helpen, doordat patiënten zelfstandiger met hun gezondheid bezig zijn, mogelijk al bij eerste verschijnselen van psychische klachten.

Een ontwikkeling die hieraan bijdraagt is de opkomst van consumenten-eHealth. Dit zijn toepassingen die direct gericht zijn op de patiënt, zonder tussenkomst van een zorgverlener. Denk bijvoorbeeld aan websites met educatie, tools voor zelf-diagnostiek en zelfhulpmodules. Momenteel wordt eHealth vooral via zorgverleners ingezet in het kader van een behandeling. Het gebruik van consumenten-eHealth gebeurt slechts op beperkte schaal. De verwachting is dat niet alleen steeds meer zorgverleners gebruik gaan maken van eHealth, maar dat ook het gebruik van consumenten-eHealth sterk toeneemt.

Bron: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2015). Consumenten-eHealth. Den Haag: Raad voor de volksgezondheid & Zorg.

Het uitgangspunt van deze module is dat de in te zetten eHealth-toepassing(en) evidence-based of practice-based zijn. Hierbij is het belangrijk om voor ogen te houden dat eHealth geen doel op zich is, maar een middel dat ingezet kan worden om patiënten en naasten te informeren en te ondersteunen.

1.2. Doelstelling

Het doel van deze module is om zorgverleners te helpen om eHealth in de praktijk verantwoord te (gaan) gebruiken. Er wordt keuzeondersteunende informatie geboden, op basis waarvan zorgverleners de gevolgen van de inzet van eHealth op hun praktijkvoering beter kunnen inschatten. Dit bevordert zinvol gebruik en verdere implementatie, waardoor zorgverleners, patiënten en naasten kunnen profiteren van de extra mogelijkheden die eHealth creëert. Hierbij staat de herstellvraag van de patiënt altijd centraal.

De generieke module kan ingepast worden in stoornisspecifieke zorgstandaarden. Hierbij wordt aanbevolen om kritisch te kijken welke elementen uit onderhavige module relevant zijn in een bepaalde context en/of voor een bepaalde stoornis. Er zijn enkele generieke modules en zorgstandaarden waarin expliciet aandacht is besteed aan eHealth voor de betreffende groep patiënten.

1.3. Doelgroepen

Deze module is opgesteld voor zorgverleners die werkzaam zijn binnen de ggz en die zorg bieden aan mensen met psychische klachten of een psychische aandoening. Het gaat hierbij om:

- maatschappelijke ondersteuning
- beschermd en begeleid wonen
- jeugdzorg
- ouderenzorg
- huisartsenzorg
- generalistische basis ggz
- gespecialiseerde ggz

De module is tevens geschreven voor de managers van ggz-instellingen, algemene ziekenhuizen en universitair medische centra, zorgverzekeraars en eHealth-leveranciers.

Ook is een publieksversie van deze module geschreven. Deze beschrijft welke zorg patiënten en naasten mogen verwachten en geeft eveneens handvatten ter ondersteuning bij het maken van keuzes.

Deze generieke module wordt vergezeld van een:

- publieksversie voor patiënten en naasten
- samenvatting
- onderhoudsplan
- implementatieplan

1.4. Uitgangspunten

De inhoud van deze generieke module is gebaseerd op de uitgangsvragen (zie achtergronddocument [Uitgangsvragen](#)). De antwoorden op de uitgangsvragen zijn verkregen door systematisch literatuuronderzoek in PubMed, gepubliceerde praktijkkennis, telefonische interviews, focusgroepen en een vragenlijst die is afgenomen bij patiënten en naasten ('achterbanraadpleging').

De resultaten van deze onderzoeken zijn gerapporteerd aan de onderhoudsgroep en aangevuld met practice-based informatie en expertise. Zie achtergronddocument [Verantwoording](#).

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is bij eHealth waar een hulpverlener bij is betrokken onverkort van toepassing.

Zorgprofessionals verschillen in hun gebruik van de term patiënt of cliënt als het gaat om zorggebruikers of hulpverleners. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz heeft gekozen voor de term 'patiënt'. Daarom wordt in de generieke module de term patiënt gebruikt.

1.4.1. Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidsstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

2. Patiëntenperspectief

2.1. Inleiding

Gezondheid gaat in wezen over veerkracht en vitaliteit, een leven te kunnen leiden binnen de grenzen van de mogelijkheden en ondanks ziekten en zorgen. Het gaat om persoonlijke wensen en keuzes over doelen in het leven. Zorg gericht op herstel en behoud van gezondheid stelt de wensen en de behoeften van het individu centraal en richt de focus op zelfmanagement in de context van het systeem. Het is zorg op basis van de menselijke maat met als motto: *Zie de mens, niet het etiket*.

Om bouwstenen voor zorg vanuit patiënten- en naastenperspectief te concretiseren heeft het *Landelijk Platform GGz het visiestuk Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel en de Basisset Kwaliteitscriteria GGz vanuit cliënten- en familieperspectief* opgesteld. Het visiestuk en de basisset vormen, samen met de uitkomsten van de achterbanraadpleging, de

basis voor Patiëntenperspectief.

Allereerst worden algemene uitgangspunten voor zorg vanuit het perspectief van patiënten en naasten uiteengezet, waarbij vier domeinen van kwaliteit worden onderscheiden. Vervolgens wordt ingegaan op specifieke aandachtspunten voor het gebruik van eHealth in het zorgproces, geordend naar de vier domeinen van kwaliteit.

Wanneer in Patiëntenperspectief overigens wordt gesproken van 'patiënt', heeft dit meestal ook betrekking op mensen die officieel nog geen patiënt binnen de ggz zijn, maar bijvoorbeeld in de huisartsenzorg bezig zijn met preventie.

2.2. Algemene uitgangspunten

Het doel van de gezondheidszorg is het bevorderen, behouden en herstellen van de gezondheid van patiënten. Mensen zoeken hulp bij psychische klachten omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid of zich belemmerd voelen in hun functioneren. Gezondheid is geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Huber, MAS. (2014). 'Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food' (proefschrift Maastricht University).

De nadruk ligt op het stimuleren van de eigen kracht en de eigen regie. Het gaat om de veerkracht en de vitaliteit van mensen, zodat ze weer in staat worden gesteld om zo veel mogelijk eigenstandig hun leven te leiden.

Het concept van gezondheid sluit aan bij het patiëntenperspectief, waarbij probleemgericht en contextgericht zorg wordt verleend. Het gaat om het functioneren van de patiënt in zijn of haar context. Iedereen moet (leren) leven met zijn of haar (on)mogelijkheden, kwetsbaarheden en weerbaarheden en omgaan met de stressoren in het leven. Het onderkennen van de omgang met de stressoren achter de problemen en het bevorderen van veerkracht en vitaliteit vormen de focus van de behandeling. Het streven binnen een behandeling is het verminderen van lijdensdruk, het vergroten van zelfstandigheid en het verbeteren van het functioneren op de volgende levensgebieden: naasten/relaties, opleiding/werk, vrije tijd. Dit kan leiden tot een afname van de ziektelast en een toename van de kwaliteit van leven. De patiënt kan hierbij desgewenst naasten inschakelen om te helpen en te ondersteunen. De rol van de naasten is hierbij essentieel.

Het verhaal van mensen met psychische problemen is vaak een verhaal over een leven, inclusief het leven van naasten, dat door de problemen (gedeeltelijk) in beslag wordt genomen. Herstel gaat over het hervinden van de ruimte om voluit te leven en het hernemen van de regie op het leven op basis van persoonlijke krachten, wensen en behoeften. Herstel kan dus worden gezien als het proces om jezelf weer gezond te voelen. Het gaat om de zoektocht naar de balans tussen draagkracht en draaglast, opdat het individu zijn kwetsbaarheden leert te accepteren en weet te integreren met zijn/haar weerbaarheden. Uiteindelijk gaat het om een mens die zo veel als mogelijk weer kan functioneren in zijn/haar leefomgeving en kan deelnemen aan de samenleving.

De relatie tussen patiënt, naasten en zorgverlener is cruciaal voor het verlenen van zorg en het herstelproces. Gezamenlijk proberen ze antwoorden op de zorg/hulpvraag van de patiënt te vinden. Ze hebben elkaar nodig bij de zoektocht naar gepaste zorg. Tijdens de zoektocht wordt in vier etappes een aantal vragen gesteld, namelijk **diagnose** (wat is je probleem en hoe is het gekomen), **indicatie** (wat wil je bereiken en wat pakken we aan), **therapie** (wat voeren we uit en wat is het resultaat) en **evaluatie** (wat is ons oordeel en hoe gaan we verder). De etappes verlopen gedeeltelijk parallel en iteratief en de antwoorden moeten aansluiten bij het persoonlijke verhaal van de patiënt in zijn/haar relationele en maatschappelijke context.

Het begrip kwaliteit van zorg wordt omschreven als de mate van overeenkomst tussen de criteria van wense-lijke zorg en de praktijk van feitelijke zorg.

Bron: Donabedian, 1980.

Het is belangrijk te beseffen dat er een verschil kan bestaan in de kwaliteitsperceptie van patiënt, naasten en zorgverlener. Indien de patiënt iets anders verwacht dan de zorgverlener beoogt, kunnen de kwaliteitsoordelen tussen patiënt en zorgverlener uiteenlopen. Het is noodzakelijk om helderheid te verkrijgen over de verwachtingen van de patiënt en diens naasten en de bedoelingen van de zorgverlener ten aanzien van de behandeling (gezamenlijke besluitvorming). Verder is het belangrijk om aandacht te hebben voor de kwaliteit van de relatie naast de kwaliteit van de interventie. Het concept van kwaliteit is uitgewerkt in vier domeinen, zie onderstaande tabel.

Focus van zorg (uitkomst)	<i>Kwaliteit van leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op voor hun relevante levensgebieden. <i>Herstel van vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
Vorm van zorg (relaties)	<i>Patiënt centraal:</i> het gaat om het persoonlijke verhaal van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt. <i>Zorg in triade:</i> naasten worden zo mogelijk betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
Inhoud van zorg (proces)	<i>Adequate zorg:</i> er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk. <i>Integrale zorg:</i> er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.
Eisen aan zorg (structuur)	<i>Professionele zorg:</i> er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten en adequate richtlijnen. <i>Transparante zorg:</i> er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

2.3. Specifieke aandachtspunten

Het gebruik van eHealth kan de autonomie en de regie van patiënten en naasten versterken. De kracht van eHealth ligt onder meer in:

- 24/7 beschikbaarheid van de eHealth-toepassing
- informatie op maat
- feedbackmogelijkheden
- actief betrekken van patiënten en naasten
- gelegenheid tot monitoren
- delen van informatie
- flexibele schaalbaarheid
- verdieping van de behandeling
- leren te ontspannen d.m.v. oefeningen
- mogelijkheid tot asynchroon contact
- mogelijkheid tot anonimiteit

Indien adequaat toegepast kan eHealth als persoonlijk worden beleefd doordat er, aanvullend op de bestaande therapeutische relatie, ook online een goede werkrelatie ontstaat tussen zorgverlener en patiënt. We streven ernaar dat het gebruik van verantwoorde eHealth-toepassingen onderdeel wordt van de reguliere zorg. De rol van de zorgverleners is hierbij van belang; als zij het enthousiast (gaan) gebruiken en uitdragen zal de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van eHealth voor patiënten en naasten toenemen.

In de volgende paragrafen worden de vier domeinen van kwaliteit van zorg specifiek voor eHealth uitgewerkt.

2.3.1. Focus van zorg (kwaliteit van leven en herstel van vitaliteit)

Het gebruik van eHealth is vooral gericht op het bevorderen van het zelfmanagement en de zelfredzaamheid van de patiënt. Zo kan de patiënt met inachtneming van diens wensen, behoeften en mogelijkheden zo veel mogelijk onafhankelijk van zorgverleners verder leven en deelnemen aan zijn/haar leefomgeving en de samenleving.

- Wensen vanuit patiënten- en naastenperspectief
- Werk mee aan het digitaliseren van het zorgproces.
- Werk mee aan de ontwikkeling van toepassingen voor preventie, monitoren en oefenen door event/experience sampling (het meten van klachten en/of gedrag in de natuurlijke omgeving van de patiënt) en serious gaming (het doen van een computerspel of online spel met een educatief doel).

2.3.2. Vorm van zorg (patiënt centraal en zorg in triade)

Het persoonlijke verhaal van de patiënt vormt het startpunt voor de zorg en de patiënt behoudt zo veel mogelijk de regie over de zorg. Geef informatie en uitleg over de wijze waarop eHealth kan bijdragen aan het herstelproces en weeg de voor- en nadelen af, zodat de patiënt, in samenspraak met de zorgverlener, een weloverwogen keus voor één of meer vormen van zorg kan maken (face-to-face, digitaal, blended (een combinatie van voorgaande twee), zelfhulp). Houdt bij de uitleg rekening met het kennisniveau, de vaardigheden en de mogelijkheden van de patiënt. Kwetsbare groepen vragen vaak net iets meer geduld en eenvoud.

Wensen vanuit patiënten- en naastenperspectief

- Bied de patiënt option grids (keuzehulpen waarin bijvoorbeeld verschillende behandelopties worden uitgelegd; deze zijn in ontwikkeling).
- Zorg voor een regiefunctie voor de patiënt, door zelfredzaamheid en zelfmanagement te bevorderen. Dit kan o.a. door de patiënt digitale toegang tot het dossier te geven, zodat zorgverlener en patiënt over dezelfde informatie beschikken. Maak technisch mogelijk dat de patiënt opmerkingen kan maken bij het dossier en zaken kan aanvullen.
- Werk samen met de naasten bij de zorg en wijs de patiënt en zijn naasten op (digitale) informatiebronnen, (online) lotgenotencontact en behandelprogramma's.

2.3.3. Inhoud van zorg (adequate zorg en integrale zorg)

De zorgverlener verleent (digitale) zorg op maat, afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt en de mogelijkheden van de zorgverlener. Benut de mogelijkheden van eHealth in de triade om onafhankelijk van tijd en plaats samen te werken, rekening houdend met de [generieke module Samenwerking en ondersteuning van naasten van mensen met psychische problematiek](#).

Wensen vanuit patiënten- en naastenperspectief

- Maak gebruik van eHealth voor flexibilisering van het zorgproces en uitbreiding van het zorgaanbod (informatie delen, contactmogelijkheden, uitleg, huiswerkopdrachten).
- Deel gegevens tussen betrokkenen in het professionele en informele zorgnetwerk van de patiënt. De patiënt heeft hierbij de regie over het delen van informatie met zijn/haar netwerk.

2.3.4. Eisen aan zorg (professionele zorg en transparante zorg)

De zorgverlener voldoet aan de relevante competenties (zie [Competenties](#)) en beschikt over de adequate kwalificaties. Faciliteer het gebruik van eHealth door de werkprocessen aan te passen.

Wensen vanuit patiënten- en naastenperspectief

- Zorg voor een overzicht van eHealth-mogelijkheden op de website van instelling of praktijk.
- Zorg voor een adequate ICT-infrastructuur met een helpdesk voor zorgverleners, patiënten en naasten.
- Zorg ervoor dat zorgverleners de tijd en ruimte krijgen om met de eHealth-toepassing(en) te oefenen.
- Koppel de medische gegevens uit de eHealth-toepassingen, indien wenselijk en nuttig, aan het digitale dossier van de patiënt.
- Zorg voor (internet)veiligheid en vertrouwen ten aanzien van eHealth, maak afspraken over bijvoorbeeld reactietijd en bied zicht op het aanbod, de inhoud, de vorm en de kwaliteit van eHealth-toepassingen.

3. eHealth in de verschillende zorgfases

3.1. Inleiding

eHealth in de verschillende zorgfases geeft informatie om zorgverleners te helpen eHealth in de praktijk te (gaan) gebruiken of meer te gaan gebruiken. Eerst wordt beschreven welke typen eHealth-toepassingen beschikbaar zijn, gevolgd door een schets van de meerwaarde van eHealth en de mogelijke nadelen. Een [visie op het gebruik van eHealth](#) is belangrijk en gaat vooraf aan het maken van een keuze voor een eHealth-toepassing. Daarna wordt ingegaan op het keuzeprocess. Tenslotte volgen vijf paragrafen waarin per fase van het zorgproces de inzet van eHealth wordt beschreven.

3.1.1. Beschikbare eHealth-toepassingen

Er zijn vele eHealth-toepassingen beschikbaar en het aanbod blijft groeien. Het is daarom onmogelijk en onwenselijk om in deze generieke module een actueel totaaloverzicht van het online zorgaanbod te geven.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de verschillende typen eHealth-toepassingen:

- Websites: bijvoorbeeld om informatie over psychische klachten te verzamelen, een test te doen om klachten in kaart te brengen of een zelfhulpmodule/psycho-educatie te volgen. Ook zijn er mogelijkheden om een persoonlijk gezondheidsomgeving bij te houden.
- Webportalen/applicaties: platform van een eHealth-leverancier waarbinnen diverse elementen gebruikt kunnen worden. Denk aan vragenlijsten ten behoeve van diagnostiek en monitoring, psycho-educatie, zelfhulpmodules, beveiligd e-mailcontact, en behandelmodules.
- Apps: applicaties die op smartphone of tablet al dan niet gratis gedownload kunnen worden (ook wel mHealth genoemd). Er zijn bijvoorbeeld apps om de stemming of beweeggedrag bij te houden.
- Serious gaming: het gebruik van games met educatieve elementen, zodat mensen kennis opdoen en vaardigheden aanleren (om bijvoorbeeld beter met klachten om te kunnen gaan).
- Virtual reality: het simuleren van een omgeving via de computer. Dit kan bijvoorbeeld gebruikt worden om mensen met bepaalde angsten op een veilige manier bloot te stellen aan hun angsten om er zo beter mee om te leren gaan.
- Beeldbellen: communicatie op afstand tussen zorgverlener, patiënt en naaste via een beveiligde videoverbinding.
- Forums: platforms waar patiënten online met elkaar kunnen communiceren. Bijvoorbeeld de forums van patiënten- en familieorganisaties. Deze kunnen ook worden opengesteld voor naasten, zodat zij met lotgenoten ervaringen kunnen uitwisselen.
- Robotica: inzet van robots als ondersteunende voorziening. Bijvoorbeeld een sociale robot die mensen die beperkt zijn in de communicatie en interactie kan helpen om toch te reageren en communiceren.
- Domotica: elektronische voorzieningen in en om het huis om mensen te ondersteunen bij zorggerelateerde taken en om op afstand met een patiënt te kunnen communiceren.

Beroepsverenigingen ontwikkelen afzonderlijk overzichten van eHealth-toepassingen voor hun eigen vakgebied. Ook online zijn diverse overzichten van beschikbare eHealth-toepassingen te vinden:

- Digitale Zorg Gids

Doelgroep: patiënten en naasten

- Loket Gezond Leven

Doelgroep: zorgverleners

- Toolkit e-mental health in de huisartsenpraktijk

Doelgroep: zorgverleners

- eHealth jeugdnetwerk

Doelgroep: zorgverleners

- Digitale zorgkompas

Doelgroep: zorgverleners

3.1.2. Meerwaarde en mogelijke nadelen van eHealth

Uit de deskresearch, interviews, focusgroepen, achterbanraadpleging en besprekingen met de onderhoudsgroep is naar voren gekomen dat het inzetten van eHealth van meerwaarde kan zijn voor zorgverleners, patiënten en naasten. Met name voor de behandeling van depressie, angst en alcoholverslaving zijn eHealth-toepassingen beschikbaar waarvan bekend is dat ze leiden tot meer autonomie en zelfmanagement van de patiënt, een afname van psychische klachten en soms een kostenreductie.

Bron: Blankers, 2013; Bolier, 2014; De Graaf, 2009; Kramer, 2014; Lokkerbol, 2014; Noteboom, 2012; Smit, 2011; Richards, 2012; Riper, 2009; Ruwaard, 2012

Er is echter weinig wetenschappelijke informatie over de meerwaarde in de verschillende fases van het zorgproces en voor verschillende doelgroepen. De onderstaande voor- en nadelen zijn dan ook niet uitgesplitst per fase of doelgroep.

Over de meerwaarde van eHealth voor naasten en voor de samenwerking in de triade is minder informatie beschikbaar dan over de meerwaarde van eHealth voor zorgverleners en patiënten.

De volgende alinea's brengen de meerwaarde van eHealth voor zorgverleners, patiënten en naasten in kaart, evenals de mogelijke nadelen. De effecten voor specifieke aandoeningen zijn terug te vinden in de desbetreffende zorgstandaarden.

3.1.3. Meerwaarde en mogelijke nadelen van eHealth: zorgverlener

- Eigen tijd: flexibel contact, bedenktijd voor een reactie.
- Meer kennis/inzicht: beter inzicht in het functioneren van de patiënt in het dagelijks leven d.m.v. monitoring en tussentijdse communicatie.
- Actievere patiënt: de patiënt kan beter voorbereid en gemotiveerder naar het consult komen.
- Online communicatie kan verhelderend werken, doordat patiënten zaken opschrijven die ze niet zo snel zouden zeggen.
- Efficiëntere behandeling: behandeling kan intensiever zijn (doordat wat er tijdens een consult besproken wordt thuis geoefend, uitgewerkt en geautomatiseerd kan worden en vice versa) en gestructureerder verlopen. Hierdoor kan de behandeling soms korter.
- Efficiëntere consulten: doordat patiënten bijvoorbeeld thuis met psycho-educatie aan de slag gaan, kan in consulten meer tijd aan andere zaken besteed worden.

3.1.4. Meerwaarde en mogelijke nadelen van eHealth: patiënt

- Toegankelijkheid: laagdrempelige toegang tot informatie en zorgverleners, mogelijkheid tot anonimiteit.
- Meer regie: consulten voorbereiden, minder afhankelijk van zorgverlener.
- Praktische voordelen: minder reistijd (bij online consulten), aan de slag in eigen tijd en dingen na kunnen lezen, praktische zaken online regelen in plaats van face-to-face (bijvoorbeeld het aanvragen van een herhaalrecept).
- Meer kennis/inzicht: herkennen van klachten, inzicht in eigen functioneren.
- Generalisatie: door een oefenmodus en laagdrempelige mogelijkheid om netwerk te betrekken is generalisatie van behandeldoelen beter mogelijk.
- Efficiëntere behandeling: behandeling is intensiever, therapie en geen therapie gaan beter in elkaar over en de behandeling verloopt gestructureerder (hierdoor kan de behandeling soms korter).
- (H)erkenning door lotgenotencontact (laagdrempelig toegankelijk via eHealth).
- Klinische effecten: bijvoorbeeld vermindering van de klachten en betere kwaliteit van leven (zie achtergronddocument Rapportage deskresearch).

3.1.5. Meerwaarde en mogelijke nadelen van eHealth: naasten

- Praktische voordelen: aan de slag als het uitkomt, praktische zaken online regelen in plaats van face-to-face.
- Meer betrokkenheid, kennis en inzicht door snellere uitwisseling van informatie. Bijvoorbeeld de patiënt kunnen 'volgen' zodat bij problemen snel gehandeld kan worden.
- (H)erkenning door lotgenotencontact.
- Beter staande blijven: je kunt jezelf meer centraal zetten (door het gebruik van eHealth voor naasten).

Het gebruik van eHealth kan ook nadelen hebben:

- Online communicatie is zeker in het begin lastiger en minder eenduidig dan face-to-face communicatie, mogelijk door een gemis aan non-verbale communicatie. Dit kan leiden tot miscommunicatie tussen zorgverlener, patiënt en/of naasten.
- Onduidelijkheid over financiering van eHealth, mede vanwege de overgangsfase naar (meer) digitale zorg.
- Er kan medicalisering optreden (dat patiënten teveel met hun klachten of stoornis bezig zijn doordat eHealth altijd toegankelijk is).
- De beveiliging van systemen (en daarmee de vertrouwelijkheid/privacy van patiëntgegevens) vergt grote en continue investeringen.
- De zorgverlener moet er absoluut op kunnen vertrouwen dat patiënt is wie hij zegt dat hij is. De zorgverlener moet er eveneens op kunnen vertrouwen dat patiënt vrijelijk contact opneemt en niet onder druk staat van een derde.
- Negatieve ervaringen belemmeren een nieuwe poging om eHealth te gebruiken (bijvoorbeeld technische problemen of teleurstelling over het eHealth-aanbod).

3.1.6. Concrete adviezen

- Het gebruik van eHealth kan bij iedere patiënt overwogen worden, aangezien er voldoende aanwijzingen zijn dat de inzet ervan meerwaarde heeft voor zorgverleners en

patiënten.

- Bekijk en analyseer de situatie en mogelijkheden van de individuele patiënt en zijn/haar naasten m.b.t. eHealth (zie ook competenties). Bepaal op basis hiervan in overleg met de patiënt hoe de behandeling en begeleiding het beste vormgegeven kan worden (face-to-face, blended, digitaal, zelfhulp).
- Investeer waar nodig en mogelijk in toepassingen om naasten te helpen hun rol beter in te vullen, dan wel te verlichten.

3.1.7. Visie op eHealth en het keuzeproces

Visie op eHealth

Het maken van keuzes op het gebied van eHealth mag gerust een proces genoemd worden. Het vraagt tijd, aandacht en investeringen en is vaak dynamisch.

Voordat de keuze voor een eHealth-toepassing of uitbreiding hiervan gemaakt wordt, is het zaak om als organisatie of als zorgverlener in kaart te brengen wat je precies wilt doen en bereiken met het gebruik van eHealth.

Het gaat om het ontwikkelen van een eigen **visie** over eHealth en het inventariseren van verbeterpunten in het zorgproces. Hierbij is er aandacht voor de volgende aspecten:

- Wat moet het gebruik van eHealth zorgverlener, patiënt en naaste opleveren?
- Wat wil je de patiënt bieden met eHealth/waar vraagt de patiënt om? (bijvoorbeeld communicatie, psycho-educatie, behandelmodules, dagboekfunctie, vragenlijsten, etc.)
- Voor welke patiëntencategorie (diagnose) wil je eHealth (gaan) inzetten?
- Wat is voorwaardelijk nodig om eHealth in te zetten? Denk hierbij ook aan het belang van implementatie en de energie die implementatie vergt voor draagvlak, training, inbedding en eventueel ontwikkeling van op maat gemaakte modules nodig.

Nadat bovenstaande aspecten in kaart zijn gebracht, kan gekeken worden welke **criteria** een rol spelen, zoals benodigde investeringen en veiligheid. Vervolgens kunnen de criteria worden geprioriteerd en kan worden uitgezocht welk eHealth-platform of welke eHealth-toepassing het beste aansluit bij deze wensen/eisen. Zie hiervoor ook [Keuzeondersteunende informatie](#).

In ggz-instellingen en zorggroepen worden keuzes over het algemeen door het management gemaakt, al dan niet in samenspraak met zorgverleners. Vrijgevestigde praktijkhouders daarentegen maken meestal zelf het keuzeproces door. Het is een behoorlijke investering om uit te zoeken welke toepassingen beschikbaar zijn, waar die te vinden zijn, wat de ervaringen zijn van gebruikers en welke informatie over wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar is. Nog niet alle eHealth-toepassingen zijn op elkaar afgestemd en/of voldoen aan alle wensen die leven. Dit betekent dat de **keuze** vaak een compromis is.

Concrete adviezen

- Werk in het keuzeproces samen met collega's en/of instellingen. Wissel ervaringen uit en bespreek overwegingen en hou hierbij de geheimhouding van patiëntgegevens in acht.
- Het kan nuttig zijn om patiënten en naasten hierbij te betrekken, eventueel via een patiënten- en familierraad.

3.1.8. Keuzeondersteunende informatie

In de onderstaande blokken zijn criteria beschreven die helpen bij het maken van een keuze voor het gebruik van eHealth. Dit overzicht is geïnspireerd op de checklist uit de toolkit e-mental health in de huisartsenpraktijk en op de beoordelingsvragenlijst waarmee het Onlinehulpstempel online interventies beoordeelt,

Bron: Beiden Trimbos-instituut.

aangevuld met suggesties van leden van de onderhoudsgroep en experts. Alhoewel de vragenlijst van het Onlinehulpstempel niet is ontwikkeld als keuzehulp, bevat deze veel aspecten die relevant zijn bij het maken van een keuze.

Bij alle criteria zijn ter illustratie vragen toegevoegd. Deze beschrijven welke aspecten meegenomen kunnen worden in de overwegingen. Iedereen is vrij om te bepalen welke criteria in een specifieke context het zwaarst wegen. Het is vaak niet nodig en zelfs onmogelijk om alle vragen zelf te beantwoorden. Leveranciers, zorgverleners en patiënten zijn relevante informatiebronnen bij het keuzeproces. De criteria en de bijbehorende vragen kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden ter voorbereiding op een gesprek met een eHealth-leverancier.

In onderstaande blokken wordt gesproken van een eHealth-toepassing. Hiermee worden alle mogelijke vormen van eHealth bedoeld. De criteria kunnen dus gebruikt worden om een platform van een eHealth-leverancier te beoordelen, maar ook een mobiele app of een game. Mogelijk zijn niet alle criteria voor alle toepassingen even relevant.

3.1.9. Criterium: Functionaliteit

- Voor welke klacht(en) of stoornis(sen) is de eHealth-toepassing bedoeld?
- Kun je de toepassing gebruiken voor een specifieke fase van het zorgproces of is het faseoverstijgend?
- Kun je patiënten gedeeltes van programma's (modules) toesturen?
- Kun je berichten en documenten uitwisselen?
- Welke tools zijn er? (bijvoorbeeld dagboekfunctie, stemmingsmeter, klachtenvragenlijst, invulformulieren die je zelf kunt toevoegen, apps)
- Is (beveiligde) online communicatie met de patiënt mogelijk, bijvoorbeeld in de vorm van chatten, videobellen of mailen?
- Wat is het doel van de toepassing? (Draagt het bij aan het bevorderen van het herstel en daarmee de kwaliteit van leven van de patiënt?)
- Wordt de zorgverlener geïnformeerd over de oefeningen en op welke wijze?
- Is er sprake van signalering (bij niet uitvoeren, bij gedrags- of stemmingsveranderingen)?
- Is de toepassing alleen passief lezen/video kijken of ook doen/oefenen, bijvoorbeeld een game?

3.1.10. Criterium: Blended (wordt eHealth ingezet met (blended) of zonder (niet-blended) face-to-face begeleiding?)

- Kunnen patiënten tussen de sessies door opdrachten of oefeningen doen en daarop feedback krijgen m.b.v. online formulieren?
- Kunnen patiënten zelf aan de slag met een kort programma, waarbij je als zorgverlener betrokken bent (feedback geven)?
- Kun je (extra) zelfhulpmodules aanbieden?
- Is er mogelijkheid zelf sessies toe te voegen of te verwijderen, of delen van modules?

3.1.11. Criterium: Gebruiksvriendelijkheid

- Kunnen gebruikers de toepassing ook anoniem gebruiken (al is dat niet in alle gevallen wenselijk)?
- Is de toepassing in samenwerking met de eindgebruikers (patiënten, naasten en zorgverleners) ontwikkeld?
- Helpt de grafische vormgeving bij gebruik?
- Is de toepassing makkelijk te (leren) gebruiken?
- Wordt het programma als (tijds)efficiënt ervaren door zorgverleners?
- Past het systeem bij de capaciteiten en wensen van een gebruiker?
- Is het plezierig om de toepassing te gebruiken?

- Wat zijn de sterke en zwakke punten van het systeem?
- Wat kan een zorgverlener wel en niet in het systeem? Hebben zij bijvoorbeeld de mogelijkheid om modules op eigen manier en volgorde patiëntgericht in te kunnen zetten?
- Wordt er rekening gehouden met de beperkingen (bijvoorbeeld laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden) en individuele voorkeuren? Denk aan visuele ondersteuning middels video's/plaatjes, spraakondersteuning door voorleesmogelijkheid, tekeningen of schematische samenvattingen, contrast, prikkels en overgang van instructie naar opdracht? Zie ook: Pharos.
- Is er ondersteuning voor patiënten en naasten als er technische belemmeringen zijn?

3.1.12. Criterium: Empowerment

- Richt de toepassing zich op elementen van empowerment, zoals kennis, motivatie, vaardigheden, eigen regie?
- Is er aandacht voor de verwerking van het verlies van gezondheid en de consequenties hiervan?

3.1.13. Criterium: Combineerbaarheid

- Kan de toepassing parallel gebruikt worden met andere eHealth-toepassingen, zodat meerdere klachten tegelijk aangepakt kunnen worden?

3.1.14. Criterium: Wetenschappelijke toetsing

- Wat is er bekend over de effectiviteit van de interventie?
- Is de eHealth-toepassing voorzien van een keurmerk?
- Wat zijn de ervaringen van vakgenoten en/of patiënten met de toepassing?
- Bereikt de toepassing waar deze voor is bedoeld?
- Is de toepassing gebaseerd op bewezen effectieve (geprotocolleerde) behandelvormen en principes, zoals beschreven in de standaarden van uw beroepsvereniging?
- Hoe groot is het percentage patiënten dat een programma afmaakt? En wat zijn de redenen dat mensen het niet afmaken? En wat is de relatie met het verminderen van klachten?
- Indien het gaat om een vragenlijst als hulpmiddel voor het stellen van een diagnose: zijn de score en het daaraan gekoppelde resultaat gebaseerd op valide afkappunten?

3.1.15. Criterium: Beveiliging

Voldoet de beveiliging aan de wettelijke normen en richtlijnen zoals beschreven in de NEN7510, NEN7512 en NEN7513?

NEN7510, NEN7512 en NEN7513?: Voor meer informatie over beveiliging zie ook Cyber Security Center en Autoriteit Persoonsgegevens.

Zie ook [Veiligheid en kwaliteitsbeleid](#).

- Bijvoorbeeld: Is het account van een gebruiker beveiligd met twee-staps authenticatie (bijvoorbeeld gebruikersnaam + wachtwoord en daarna een beveiligingscode via sms)?
- Bijvoorbeeld: Wordt bij privacygevoelige communicatie encryptie (coderen van gegevens) toegepast?
- Bijvoorbeeld: Is er een bewerkersovereenkomst tussen de zorgaanbieder en de leverancier?
- Bijvoorbeeld: Voldoet de toepassing aan het pakket van eisen voor Beveiliging EerstelijnsInformatiesystemen (BEIS)?

3.1.16. Criterium: Techniek

- Is er sprake van interoperabiliteit, gebaseerd op de internationale HL7/FHIR standaard? Met andere woorden, kunnen er patiënt specifieke gegevens uitgewisseld worden tussen eHealth-toepassingen onderling en tussen eHealth-toepassingen en andere informatiesystemen?
- Is de toepassing gebruiken op diverse apparaten zoals laptop, mobiele telefoon en tablet (portabiliteit)?
- Is de toepassing browser gebaseerd?
- Is de toepassing flexibel/zijn er makkelijk aanpassingen door te voeren? Kun je bijvoorbeeld als zorgverlener makkelijk informatie toevoegen?
- Is het mogelijk om op maat wensen te realiseren, bijvoorbeeld het digitaliseren van een bepaalde vragenlijst?
- Zijn er plannen voor kwaliteitsverbetering en innovatie door de leverancier?
- Hoe staat het met de bedrijfszekerheid van de leverancier? Hoeveel downtime (periode dat een systeem niet beschikbaar is) is toegestaan?
- Wat is de relatie met ROM/effectiviteitsmetingen?

3.1.17. Criterium: Kosten en financiering

- Wat zijn de aanschaf- en onderhoudskosten?
- Wordt er gerekend per gebruiker of geldt er een bedrag voor onbeperkt gebruik?
- Zijn er verdere kosten?
- Wat zijn de kosten voor de patiënt?
- Zijn er financieringsmogelijkheden (zorgverzekeraar)?
- Is er een service-level agreement (SLA) mogelijk waarin afspraken staan tussen leverancier en afnemer?

3.1.18. Criterium: Transparantie

- Is het duidelijk wie de ontwikkelaar is van de eHealth-toepassing?
- Is het bekend of er externe financiers zijn? Met andere woorden, kan er sprake zijn van belangenverstrengeling?
- Zijn de doelgroep en het doel duidelijk beschreven?
- Is duidelijk beschreven wie de persoonlijke gegevens en input van de eindgebruikers beheert en daarover beslist (waar blijven de gegevens als je de toepassing stopt/overstapt op een andere leverancier)?
- Is duidelijk beschreven wat er met de gegevens (al dan niet geanonimiseerd) gebeurt in onderzoek?

3.1.19. Criterium: Implementatie en begeleiding

- Biedt de leverancier begeleiding bij de implementatie aan en in welke vorm (b.v. e-learning, intervisie, training), wat houdt dit precies in en wat kost dat?
- Heeft de leverancier een helpdesk beschikbaar en wat is de reactietijd?
- Is het mogelijk om de toepassing gratis uit te proberen?

3.2. Vroege onderkenning en preventie eHealth

Dit is de fase waarin een patiënt klachten ervaart of waarin naasten vermoeden dat er iets met de patiënt aan de hand is.

3.2.1. Casus

Meneer de Bruin zegt tegen zijn vrouw: "Je bent nu al dagen niet meer van de bank gekomen, je kijkt glazig, je ziet er heel moe uit, als ik iets tegen je zeg, word je boos. Wat is er toch aan de hand met je? Zou je niet eens met iemand kunnen gaan praten?". Het antwoord van mevrouw de Bruin: "Lijkt mij niet nodig, ik heb nu buikpijn, mijn spieren doen pijn, alles is zwaar. Misschien is het griep, dus gewoon maar even afwachten lijkt mij beter".

Een week later zijn de klachten nog hetzelfde. Bovendien wordt de stemming er niet beter op. Meneer De Bruin: "Lieverd, ik vind het erg naar om zo door te gaan, ik ken je niet meer terug. Volgens mij is er iets aan de hand. Tegenwoordig hoef je niet direct naar de dokter, we kunnen ook op internet samen gaan zoeken". Mevrouw De Bruin gaat akkoord. Ze zoeken met als zoekwoorden:

- Ik word snel boos
- Ik wil hulp
- Ik slaap slecht

Ze komen terecht op websites als [113online](#) en [Thuisarts](#). Op deze sites komen ze woorden tegen als "neerslachtigheid", "depressie" en andere termen die ze niet goed begrijpen (*voorlichting*). Het lijkt erop dat het niet om een griepje gaat maar om iets anders (*zelfdiagnose*). Op [Thuisarts](#) vinden zij tips om depressieve klachten te verminderen (*educatie*), maar meneer De Bruin stelt ook voor om een afspraak bij de huisarts te maken.

Op de website van de huisarts staan de openingstijden en spreekuren, maar zij kunnen ook een e-consult doen (online een vraag stellen). Mevrouw voelt daar wel voor. "Via dat e-consult kunnen we aangeven wat er precies aan de hand is. En we kunnen ook online een afspraak maken". Via de beveiligde verbinding ontvangen meneer en mevrouw de Bruin alvast informatie en mevrouw De Bruin wordt gevraagd een digitaal intakeformulier in te vullen.

3.2.2. Toepassingen van eHealth

eHealth wordt in deze fase voor de volgende doeleinden gebruikt:

- Voorlichting: opzoeken van informatie over klachten, eventuele gezondheidsrisico's en mogelijke oplossingen/adviezen voor de klachten
- Zelfdiagnose: op basis van informatie zelf een inschatting maken van wat de klachten zouden kunnen betekenen
- Zelfhulp: zelf actief voorkomen dat de klachten verergeren/zorgen dat klachten verminderen
- Digitale aanmelding bij een instelling of zorgverlener
- Geïndiceerde preventie: op indicatie van de huisarts of POH-GGZ aan de slag gaan om te voorkomen dat klachten zich ontwikkelen tot een stoornis

Voorbeelden van eHealth-toepassingen voor "Vroege onderkenning en preventie"

- Websites met informatie over psychische klachten en/of over relevante zorgverleners of instellingen. Bijvoorbeeld [Thuisarts](#) of websites van zorgverleners en instellingen.
- Apps met informatie over psychische klachten.
- Games met educatieve elementen om beginnende klachten aan te pakken.

3.2.3. Rol van de zorgverlener

In deze fase is er meestal (nog) geen contact tussen patiënt en/of naaste en een zorgverlener over de klachten. Zorgverleners kunnen echter wel een rol spelen door op hun website informatie te geven over psychische klachten en een link op te nemen naar bijvoorbeeld [Thuisarts](#). Hiermee faciliteren zij het zoekproces van patiënten en naasten. In het geval van geïndiceerde preventie kunnen zorgverleners de patiënt en diens naaste(n) wijzen op relevante eHealth-toepassingen. Indien een zorgverlener ervoor kiest preventieve zelfhulpmodules op te nemen op zijn/haar website, is het wenselijk om aan te geven om bij twijfel contact te zoeken met een zorgverlener.

3.2.4. Wat levert het gebruik van eHealth op?

Het gebruik van eHealth in deze fase kan leiden tot meer inzicht in de klachten, wat van belang is voor de patiënt en ook voor diens naaste. Verergering van klachten kan worden voorkomen of het kan leiden tot vermindering van klachten. Zelfmanagement en autonomie zijn hier kenmerkend voor de rol van patiënt. Digitale aanmelding bespaart tijd, geld en moeite, nadat een voorinvestering in de website is gedaan door de zorgverlener.

3.3. Diagnostiek

In deze fase worden de klachten en symptomen van de patiënt samen met een zorgverlener in kaart gebracht om zo tot een diagnose te komen.

3.3.1. Casus

Tijdens het e-consult (*communicatie*) vraagt de huisarts wat er nog meer speelt behalve de lichamelijke klachten. Is er iets gebeurd dat stress kan hebben veroorzaakt of de stemming beïnvloedt? Is er eerder behandeling geweest? De huisarts kijkt in het digitale dossier van betrokken zorgverleners. Hij stelt voor dat mevrouw toch een afspraak maakt voor een gesprek.

Een paar dagen later bezoekt mevrouw De Bruin de huisarts. Deze doet medisch onderzoek waarbij niets wordt gevonden. De huisarts verwijst naar een POH-GGZ voor gesprekken.

Voor het consult vraagt de POH-GGZ aan mevrouw De Bruin om zelfstandig (zonder ondersteuning van een naaste) online een klachtenvragenlijst in te vullen (*hulpmiddel t.b.v. screening*). Tijdens het consult bespreken zij de klachten. De POH-GGZ vraagt mevrouw De Bruin om online een dagboekje bij te gaan houden van de belangrijkste klachten (*monitoring t.b.v. screening*). Ook stelt ze een zelfhulpmodule beschikbaar, zodat mevrouw De Bruin weer geactiveerd wordt en ze haar dagelijkse structuur kan verbeteren. Ze besluit voor een module te kiezen waarbij ze ziet wanneer mevrouw De Bruin opdrachten heeft gedaan en ingelogd is en ze het traject kan volgen. Ze maakt goede afspraken met mevrouw De Bruin over de wijze van communiceren, over wat ze wel en niet te zien krijgt en hoe vaak mevrouw De Bruin antwoord kan verwachten.

Op basis van de klachtenvragenlijst en het online dagboekje blijkt al snel sprake van (een vermoeden van) een DSM-diagnose en doorverwijzing naar een GZ-psycholoog/psychotherapeut/psychiater vindt plaats.

De aanmeldgegevens en afspraken worden digitaal doorgestuurd naar de gespecialiseerde zorgverlener. In het systeem zit een standaard intakeformulier, ROM-formulieren/klachtenvragenlijsten zijn direct toegankelijk en wat reeds bij de POH-GGZ is ingevuld, hoeft niet meer opnieuw door mevrouw De Bruin ingevuld te worden. Er vindt een gesprek plaats en de gegevens kunnen direct gekoppeld worden aan het behandelplan. Via beveiligde mail wordt mevrouw De Bruin op de hoogte gesteld van de nieuwe afspraken.

Met behulp van de digitaal ingevulde klachtenvragenlijsten (*hulpmiddel*) kan geautomatiseerd bepaald worden of sprake is van kortdurende of specialistische behandeling, hoe

lang deze ongeveer zal kunnen gaan duren en hoe deze eruit zal gaan zien. Daarnaast kunnen risico's getaxeerd worden. De zorgverlener kijkt daar zelf ook nog kritisch naar en bespreekt de behoeften van mevrouw de Bruin. Samen bespreken ze het traject van de behandeling van niet eerder erkende panieklachten. Hierbij worden ook slaapproblemen en stemmingswisselingen meegenomen. De zorgverlener vraagt of mevrouw De Bruin Ehealth ondersteuning in de behandeling op prijs stelt. Ook vraagt de zorgverlener of zij ondersteuning van naasten nodig heeft.

Mevrouw De Bruin vindt het prettig om te weten:

- Hoe lang en in welke frequentie ze aan haar klachten moet werken?
- Wat ze kan verwachten?
- Wat ze zelf thuis kan doen?
- Hoe ze contact kan leggen met de therapeut, als ze een afspraak af moet zeggen of als er een crisis is?

Daarover worden afspraken gemaakt.

3.3.2. Toepassingen van eHealth

eHealth kan in deze fase voor de volgende doeleinden worden gebruikt:

- Hulpmiddel voor het stellen van een diagnose
- Communicatie: bijvoorbeeld een e-consult of chat
- Voorlichting: informatie over wat de diagnose inhoudt
- Persoonlijk zorgplan (behandelplan): via eHealth kan door zorgverlener, patiënt en/of naaste(n) gewerkt worden aan het zorgplan

Voorbeelden van eHealth-toepassingen voor "Diagnostiek"

- Digitale versies van gevalideerde vragenlijsten (bijvoorbeeld VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL) of Symptom Questionnaire 48 (SQ48));
- Websites met informatie over de diverse psychische stoornissen
- Vragenlijst als onderdeel van een platform dat door de zorgverlener wordt aangeboden

3.3.3. Rol van de zorgverlener

In deze fase vindt het eerste (online) contact (of hernieuwde contact) tussen patiënt en een zorgverlener plaats over de klachten. Uitgangspunt is dat er sprake is van een bestaande zorgverlener-patiënt relatie (zij moeten elkaar kennen alvorens een online contact kan worden aangegaan). Zorgverleners geven patiënten en/of naasten voorlichting over de diagnose en adviseren over ondersteunende informatiebronnen. Tevens stellen zorgverleners samen met de patiënt het behandelplan op.

In deze fase vindt het eerste (online) contact (of hernieuwde contact) tussen patiënt en een zorgverlener plaats over de klachten. Uitgangspunt is dat er sprake is van een bestaande zorgverlener-patiënt relatie (zij moeten elkaar kennen alvorens een online contact kan worden aangegaan). Zorgverleners geven patiënten en/of naasten voorlichting over de diagnose en adviseren over ondersteunende informatiebronnen. Tevens stellen zorgverleners samen met de patiënt het behandelplan op. Zoals geformuleerd door Stichting e-hulp 2013 en ondersteund door de resultaten van deskresearch en interviews.

[Meer informatie](#)

Zorgverleners kunnen patiënten en naasten wijzen op een paar documenten met informatie over eHealth. Deze documenten kunnen patiënten en naasten helpen om een beeld te krijgen van wat eHealth is en wat zij eraan kunnen hebben.

- Brochure 'Aan de slag met digitale zorg, praktische tips van en voor mensen met psychische klachten en hun naasten'.
- Visie op digitale zorg vanuit patiënten- en naastenperspectief.
- Op het Youtube-kanaal Oh, dat is eHealth vertellen mensen in korte filmpjes waarvoor zij eHealth gebruiken.
- Interactieve factsheet 'Wat vinden patiënten belangrijk bij eHealth?'
- Samenwerking met naasten van de patiënt.

3.3.4. Wat levert het gebruik van eHealth op?

eHealth kan in deze fase bijdragen aan het stellen van een diagnose, doordat met bijvoorbeeld een online vragenlijst inzicht wordt verkregen in de klachten en symptomen van een patiënt. Verder kan eHealth leiden tot meer inzicht in wat de diagnose betekent en in hoe het persoonlijk zorgplan eruitziet. Tenslotte kan het de actieve betrokkenheid van de patiënt vergroten.

3.4. Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

Dit is de fase waarin de behandeling plaatsvindt. In een later stadium gaat het om begeleiding en terugvalpreventie.

3.4.1. Casus

Met mevrouw De Bruin is afgesproken dat de behandeling gericht is op de panieklachten, slaapproblemen en de stemmingswisselingen. Zij krijgt online informatie over de face-to-facetherapie; de zorgverlener stuurt daartoe een brochure op en een link naar een video met informatie. Mevrouw de Bruin wordt vervolgens gevraagd of zij de informatie heeft begrepen. Daarnaast krijgt de patiënt uitleg via modules en doet oefeningen (behandeling). Op crisismomenten maken patiënt en zorgverlener afspraken voor een videochat (*consult*).

Via dagboek-contact ziet de therapeut de voortgang van de behandeling en signaleert ook of er sprake is van dreigende crisis (*monitoring*). Hij vraagt te rapporteren op de klachten en daarnaast bijzonderheden te vermelden. Ze hebben daar samen een formulier voor gemaakt, maar ze hadden ook voor standaardformulieren kunnen kiezen. Ze hebben afgesproken wanneer de mail wordt gelezen en/of beantwoord, wie de mail leest en wat te doen bij technische vragen over het computerprogramma.

In het begin raakt mevrouw De Bruin een beetje in paniek als ze iets niet weet, maar de zorgverlener weet haar gerust te stellen. Juist daarom heeft hij het meteen aangeboden. Ze hoeft in het begin alleen maar te kijken in haar eigen tempo en zonder druk, in de sessies met de zorgverlener kijken ze hoe het gegaan is.

In de loop van het proces doorloopt mevrouw De Bruin op geleide van de zorgverlener modules (*behandeling*): over depressies, over angsten, over zelfbeeld, ze leert gedachten veranderen, ze leert met meer compassie naar zichzelf te zijn, leuke activiteiten in de dag te plannen, ze leert grenzen stellen en ze doet exposure activiteiten. Hierdoor verdwijnen de panieklachten.

De zorgverlener stelt ook een module voor, waarbij meneer De Bruin mee kan doen. Ook geeft de zorgverlener de mogelijkheid om in groepen contact te hebben met lotgenoten die aan de zelfde thema's werken (*communicatie*).

3.4.2. Toepassingen van eHealth

eHealth wordt in deze fase voor de volgende doeleinden gebruikt:

- Behandeling: dit kan blended zijn (combinatie van face-to-face contact en een online behandelmodule) of niet-blended (een online behandelmodule met online begeleiding van een zorgverlener of een zelfhulpmodule)
- Consult: gesprek op afstand tussen zorgverlener en patiënt en/of naaste
- Communicatie: bijvoorbeeld een forum voor lotgenotencontact
- Coaching en educatie: het begeleiden van patiënt/naaste tijdens de behandeling of op het gebied van terugvalpreventie door middel van advies en informatie
- (Zelf)monitoring: om de voortgang/effecten van de behandeling in kaart te brengen of het gedrag en de stemming van de patiënt te monitoren in het kader van terugvalpreventie. Zie ook monitoring.

Voorbeelden van eHealth-toepassingen voor "Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie"

- Websites met informatie over behandelingen en terugvalpreventie.
- eHealth-toepassing van een zorgverlener via welke behandelmodules, monitoring en coaching en educatie ingezet kunnen worden. Ook zijn er mogelijkheden tot communicatie, bijvoorbeeld via e-mail of chat.
- Serious gaming: een spel met behulp waarvan een patiënt bijvoorbeeld leert hoe hij/zij kan omgaan met bepaalde klachten.
- App om klachten te kunnen monitoren.

3.4.3. Rol van de zorgverlener

De rol van de zorgverlener is afhankelijk van de wensen van de patiënt en de overeengekomen behandelvorm. In het geval van een blended behandeling of een online behandeling met online begeleiding heeft de zorgverlener als taak om de behandeling te structureren en te monitoren en de patiënt te motiveren en te begeleiden (bijvoorbeeld door huiswerkopdrachten na te kijken en feedback te geven). In het geval van een zelfhulpmodule heeft de zorgverlener als taak om de voortgang te monitoren. Wanneer het gaat om terugvalpreventie, is de rol van de zorgverlener afhankelijk van de hoeveelheid hulp die een patiënt nodig heeft om een terugval te voorkomen. Voor sommige patiënten zal monitoren genoeg zijn, terwijl anderen actieve begeleiding nodig hebben.

Medewerkers van de Universiteit Twente hebben het [Fit for blended care](#) instrument ontwikkeld. Met dit instrument kunnen zorgverlener en patiënt gezamenlijk vaststellen op welke wijze een blended behandeling kan worden ingezet. Houdt hierbij ook rekening met eventuele laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Op de website [gezondheidsvaardigheden](#) is hierover meer informatie te vinden. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft een [toolkit](#) ontwikkeld over het omgaan met laaggeletterden.

3.4.4. Wat levert het gebruik van eHealth op?

Het gebruik van eHealth voor behandeling en begeleiding zorgt voor inzicht in het verloop van de behandeling en het kan bijdragen aan het zelfmanagement, de regie en het herstelproces van de patiënt. Bij terugvalpreventie kan eHealth helpen om patiënten en naasten te adviseren op het gebied van terugvalpreventie. Ook kan door middel van monitoring tijdig worden gesignaleerd dat er mogelijk een terugval plaats gaat vinden en kan vervolgens actie ondernomen worden om een terugval te voorkomen. Door middel van lotgenotencontact kunnen ervaringen en tips worden uitgewisseld.

3.5. Monitoring

Monitoring kan voorafgaan aan de behandeling en relevant zijn in de fase van [Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie](#) en in de fase van [Herstel, participatie, re-integratie en langdurige en chronische ggz](#).

3.5.1. Casus

De zorgverlener vraagt aan mevrouw De Bruin om haar stemming te monitoren gedurende een week. Ook adviseert de zorgverlener een app om slaap en beweging over de dag te monitoren en om de stemming bij te houden.

Thuis zien mevrouw en meneer De Bruin op basis van de gegevens in de app heel goed dat de stemming in de loop van de dag steeds wel wat verbetert. Zeker als ze goed geslapen heeft en op tijd op staat en wat gaat doen.

De zorgverlener en mevrouw De Bruin bekijken online de grafieken en bespreken deze gezamenlijk. Er zijn ook enkele onverklaarbare dagen. Samen bedenken ze hoe dit kan komen en ze voegen nieuwe maten toe aan het programma.

3.5.2. Toepassingen van eHealth

eHealth wordt in deze fase voor de volgende doeleinden gebruikt:

- (Zelf)monitoring: het verzamelen van gegevens over het gedrag en de stemming van de patiënt.
- Coaching en educatie: op basis van de resultaten van (zelf)monitoring kan de patiënt advies ontvangen (feedback) over zijn/haar gedrag en stemming.
- Communicatie: over de resultaten van monitoring.

Voorbeelden van eHealth-toepassingen voor Monitoring:

- Digitale versie van gevalideerde vragenlijsten (bijvoorbeeld 4DKL of SQ48; deze kunnen ook gebruikt worden voor ROM)
- App om klachten te monitoren
- eHealth-toepassing van een zorgverlener via welke bijvoorbeeld een dagboek bijgehouden kan worden en feedback en advies wordt gegeven op basis van de resultaten van monitoring

3.5.3. eHealth en de rol van de zorgverlener bij monitoring

Het is de taak van de zorgverlener om de gegevens die door middel van monitoring zijn verkregen, te bekijken. De zorgverlener geeft, conform de inhoud van het behandelplan, feedback, advies en handvatten aan de patiënt. Hiermee vervult hij/zij de rol van coach/begeleider.

3.5.4. Wat levert het gebruik van eHealth bij monitoring op?

Het gebruik van eHealth in deze fase zorgt ervoor dat zorgverlener, patiënt en eventueel naaste ook tussen consulten door inzicht krijgen in de gezondheidstoestand (gedrag en stemming) van de patiënt. Dit is aanvullend op het antwoord op de vraag hoe het de afgelopen week gegaan is. De aangereikte handvatten zorgen ervoor dat de patiënt beter in staat is om zelf in te grijpen als de klachten verergeren.

3.6. Herstel, participatie en re-integratie

Dit is de fase van het zorgproces waarin de patiënt in toenemende mate de draad weer oppakt; contacten met de zorgverlener zijn vaak minder frequent of worden beëindigd.

3.6.1. Casus

Door de face-to-face contacten en de online modules zijn de panieklachten, slaapproblemen en stemmingswisselingen van mevrouw De Bruin dusdanig afgenomen dat de behandeling kan worden afgerond. Om haar te ondersteunen bij het weer volledig gaan participeren in haar eigen omgeving, wijst de behandelaar mevrouw De Bruin op een aantal websites met informatie (*voorlichting*). Ook spreken ze af dat mevrouw De Bruin regelmatig haar panieklachten en stemming blijft monitoren met een app, zodat zij inzicht blijft houden in hoe het gaat (*monitoring*). Op termijn zullen zij nog een videoconsult houden om te bespreken hoe het gaat (*consult*).

3.6.2. Doelen waarvoor eHealth wordt ingezet

eHealth kan in deze fase voor de volgende doeleinden worden gebruikt:

- Voorlichting: informatie over de terugkeer naar de omgeving en de draad weer oppakken.
- Coaching en educatie: advies over hoe de participatie in de eigen leefomgeving het beste aangepakt kan worden en wat er eventueel verandert voor zowel patiënt als naaste (doordat de patiënt heeft geleerd om beter met de stoornis om te gaan).
- Consult: gesprek op afstand tussen zorgverlener en patiënt en/of naaste.
- Beeldbellen
- Chat
- Communicatie: bijvoorbeeld lotgenotencontact.
- Forum
- (Zelf)monitoring: om bijvoorbeeld het gedrag en de stemming van de patiënt te monitoren. Zie ook Monitoring.
- De naaste(n) inzicht geven in de veranderingen bij de patiënt aangezien hierdoor het gehele systeem wordt beïnvloed.

Voorbeelden van eHealth-toepassingen voor Herstel, participatie en re-integratie:

- Websites met informatie over het weer gaan participeren in de eigen omgeving.
- eHealth-toepassing van een zorgverlener via welke coaching en educatie wordt aangeboden.
- Serious gaming: spel met educatie elementen, om te leren omgaan met (nieuwe) situaties in de eigen omgeving.
- App: bijvoorbeeld om stemming en klachten te monitoren, of om informatie te lezen.

3.6.3. Rol van de zorgverlener

De rol van de zorgverlener wordt in deze fase bepaald door de hoeveelheid ondersteuning die een patiënt nodig heeft en de mate waarin zijn/haar naasten deze ondersteuning kunnen bieden. De zorgverlener geeft voorlichting, begeleidt eventueel patiënt en naaste(n) en monitort het gedrag en de stemming van de patiënt. Zorgverlener en patiënt maken afspraken over toegang tot de informatie die is vastgelegd gedurende de behandeling en het delen van de samenvatting hiervan met andere zorgverleners.

3.6.4. Wat levert het gebruik van eHealth op?

De patiënt heeft meer handvatten om zijn/haar leven weer op te pakken. De inzet van eHealth geeft patiënt en de naaste(n) inzicht in wat dit betekent en hoe hiermee om te gaan. Het monitoren van stemming en gedrag geeft inzicht in hoe het met de patiënt gaat. Lotgenotencontact helpt bij het uitwisselen van ervaringen en tips.

4. Organisatie van zorg

4.1. Algemeen

Om een succesvolle invoering van eHealth te realiseren, is het van belang dat zowel zorgverleners als patiënten eHealth kunnen en willen gebruiken en dit daadwerkelijk doen. Dit gebruik valt of staat met het op orde zijn van de bouwstenen zoals beschreven in het bijbehorende implementatieplan. Het samenspel tussen zorgverlener en patiënt en rekening houdend met de bouwstenen voor implementatie, bepaalt het succes van eHealth binnen de behandeling in een organisatie of praktijk.

4.2. Betrokken zorgverleners

Zorg voor mensen met psychische problematiek vindt plaats binnen de maatschappelijke ondersteuning, begeleidt en beschermd wonen, jeugdzorg, ouderenzorg, huisartsenzorg, de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz. Zorgverleners, werkzaam in deze sectoren kunnen in toenemende mate gebruik maken van eHealth. Twee aspecten spelen hierbij een rol:

- Bevoegdheden en competenties (zie ook Competenties). Wie bevoegd is om face-to-face behandelingen uit te voeren, is ook bevoegd om eHealth in te zetten. Dit betekent dat bijvoorbeeld een stagiair niet zomaar een chat-gesprek kan overnemen.
- Bekwaamheid: Voorbeelden zijn bekend van zorgorganisatie die de voorwaarde stellen dat een zorgverlener eerst een cursus heeft gevolgd voordat hij eHealth gebruikt. Ervaring met eHealth maakt meer en breder gebruik ervan mogelijk.

De rol van zorgverleners per fase van het zorgproces is beschreven in [Vroege onderkenning en preventie, Diagnostiek, Monitoring, Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie](#) en [Herstel, participatie, re-integratie en langdurige en chronische ggz](#).

4.3. Samenwerking

Samenwerking tussen zorgverleners is nodig binnen een organisatie/praktijk en ook tussen organisaties of praktijken van vrijgevestigden. In beide gevallen is het belangrijk dat zorgverleners de relevante informatie over een patiënt na verkregen toestemming kunnen uitwisselen. Soms zijn hiervoor datasets voor digitale gegevensuitwisseling vastgesteld. Gegevensuitwisseling met medebehandelaars gebeurt op basis van veronderstelde toestemming; in andere situaties is uitdrukkelijke toestemming van de patiënt nodig met inachtneming van de WGBO.

Verder is het belangrijk dat zorgverleners afspraken maken over wie welke informatie aan een patiënt geeft, op welk moment in het zorgproces en wie daarbij verantwoordelijk is voor de inzet van eHealth. Praktijken kunnen samenwerken op het gebied van financiën, bijvoorbeeld door samen eHealth aan te schaffen.

4.3.1. Concrete adviezen

- Gebruik interoperabele systemen op basis van Koppeltaal.

- Maak duidelijke afspraken over verantwoordelijkheid voor kwaliteit van de data en het beheer ervan. Op deze data is inzagerecht van toepassing.
- Werk samen met andere praktijken of organisaties om de inzet van eHealth financieel mogelijk te maken.

4.4. Competenties

eHealth op een verantwoorde manier inzetten vraagt om een [Visie](#) en het opdoen van ervaringen. Voor zorgverleners zijn de volgende competenties van belang:

Voor zorgverleners zijn de volgende competenties van belang: : Zoals geformuleerd door Stichting e-hulp 2013 en ondersteund door de resultaten van deskresearch en interviews.

[Meer informatie](#)

- Schriftelijke schrijfvaardigheid: redelijke tot goede schriftelijke uitdrukkingsvaardigheden en tixnelheid. De verslaglegging en communicatie zijn begrijpelijk voor de patiënt.
- ICT-vaardigheden: kennis van, interesse in en ervaring met computerwerk en internet. Het is belangrijk dat zorgverleners er (zelf-)vertrouwen in hebben dat zij eHealth verstandig gebruiken.
- Kennis: op de hoogte zijn van de mogelijkheden en beperkingen van eHealth, de relevante wetgeving en de door de eigen organisatie gemaakte keuzes in het bijzonder (visie). Zorgverleners zijn in staat om de inzet van eHealth te bepalen op basis van de (herstel)vraag van een individuele patiënt en zijn/haar internetvaardigheden, problematiek, wensen en omgeving.
- Neutrale of positieve grondhouding ten aanzien van online hulpverlening: de interesse en de intentie om de meerwaarde van eHealth te begrijpen en een gevoel van urgentie over de noodzaak van eHealth. Deze factoren dragen bij aan de motivatie om eHealth te gebruiken.
- Online communicatievaardigheden: structuur kunnen bieden in een online gesprek, de juiste gesprekstechnieken in kunnen zetten en kunnen compenseren voor een gebrek aan non-verbale signalen. De zorgverlener is zich ervan bewust dat geschreven taal anders over kan komen dan gesproken tekst, waardoor snel(ler) misverstanden kunnen ontstaan.
- Invulling geven aan veranderende regie: bepalen welke mate van regie op welk moment nodig is en hier adequaat naar handelen. Het is de taak van de zorgverlener om ervoor te zorgen dat de patiënt op een passende manier ondersteund wordt; het stimuleren van zelfmanagement staat hierbij centraal.
- Omgaan met transparantie: door het gebruik van eHealth wordt de zorgverlening transparanter (zowel de inhoud als het proces worden online bewaard en aspecten zijn eenvoudiger te meten). De zorgverlener kan hiermee omgaan en stelt zich open op. Hij is op de hoogte van de mogelijke nadelen van transparantie, zoals het onjuist omgaan met informatie uit de inhoud van eHealth.

Uiteraard hebben ook patiënten en naasten de juiste competenties nodig om eHealth te kunnen gebruiken. De competenties voor zorgverleners zijn in een bepaalde mate ook relevant voor patiënten en naasten. Aanvullend kunnen de volgende competenties gedefinieerd worden:

- Gezondheidsvaardigheden: in staat zijn om informatie over je gezondheid te vinden en te begrijpen.
- Taalvaardigheid: het beheersen van de Nederlandse taal.
- ICT-vaardigheden: basiskennis van internet en bijbehorende risico's.
- Motivatie/discipline: om zelfstandig een eHealth-module te doorlopen. Hoe gemotiveerder de patiënt daarvoor is, hoe beter het te verwachten resultaat is.
- Concentratie: om zelfstandig een eHealth-module te doorlopen, is een bepaalde mate van concentratie nodig.

Indien blijkt dat de vaardigheden onvoldoende zijn, sluit dan deze patiënten niet uit, maar vraag aan de naasten of zij in staat zijn om de patiënt te ondersteunen bij het gebruik van eHealth. Het is echter niet de bedoeling dat de patiënt de opdrachten samen met de naaste uitvoert of invult. Houdt verder rekening met de privacy van de patiënt.

4.5. Veiligheid en kwaliteitsbeleid

Bij het gebruik van eHealth wordt online privacygevoelige informatie uitgewisseld. Een goede beveiliging van ICT-systemen en berichtenuitwisseling is daarom essentieel. De normen voor informatiebeveiliging in de zorg zijn vastgelegd in de NEN7510. Op de website [Werken met NEN 7510](#) is praktische informatie te vinden over deze norm en hoe je eraan kunt voldoen. In aanvulling hierop beschrijft de [NEN7512](#) de afspraken die communicerende partijen zullen moeten maken over het uitwisselen van privacygevoelige gegevens. Tenslotte voorziet de [NEN7513](#) in richtlijnen voor het bijhouden van het elektronisch patiëntendossier. Er is ook een standaard voor elektronische berichtenuitwisseling in de zorg, [HL7](#). Neem bij de keuze voor een eHealth-toepassing ook veiligheidsaspecten mee in de overwegingen (zie ook [criterium: beveiliging](#)).

Werkwijzen in de zorg veranderen door het gebruik van eHealth. Er is minder face-to-face contact en meer interactie online. Onverkort is hier de Wet op de Geneeskundige behandelovereenkomst van toepassing. Het is denkbaar dat op een gegeven moment binnen de bestaande beroepscodes aandacht komt voor het gebruik van eHealth in de behandelrelatie.

Naast een andere manier van zorg verlenen, veranderen ook de rollen van de zorgverlener en de patiënt. De zorgverlener wordt meer een coach, terwijl de patiënt zelf meer verantwoordelijkheid neemt voor zijn/haar gezondheid en meer actief is betrokken bij het herstelproces. Ook de naasten van de patiënt kunnen een duidelijke rol vervullen met eHealth. Afspraken zijn nodig over de volgende drie onderwerpen:

- Verwachtingen

Wat is de reactietijd op gestelde vragen van een patiënt of diens naaste? Voor welke vragen kan de eHealth-toepassing niet gebruikt worden? (bijvoorbeeld in crisissituaties en voor het afzeggen van afspraken).

- Verantwoordelijkheden

Als patiënt en zorgverlener samen hebben besloten om eHealth in te zetten, dan spreken ze af daar samen ook echt voor te gaan. Dit betekent dat patiënten de benodigde opdrachten uitvoeren en dat zorgverleners de resultaten hiervan bekijken en zo nodig tijdens een face-to-face consult bespreken. De exacte afspraken zullen per situatie verschillen. Zorgverleners binnen één organisatie kunnen, indien relevant, onderling afstemmen wie welke informatie aan een patiënt geeft en wie er reageert op opdrachten of e-mails. Aanbevolen wordt dit ook naar de patiënt te communiceren.

- Veiligheid

Alle direct bij de behandeling betrokken zorgverleners mogen inzage hebben in de patiëntgegevens. Het is goed om met de patiënt te bespreken wie er bij zijn/haar gegevens kunnen en in hoeverre dit wel of niet anoniem is. Ook is het goed om informatie te geven over waar de gegevens worden opgeslagen, wie hier verantwoordelijk voor is en hoe de gegevens zijn beveiligd. Tenslotte is het goed om patiënten te wijzen op het belang van een sterk wachtwoord.

Organisaties kunnen met nascholing aandacht besteden aan de gewenste cultuuromslag die eHealth met zich meebrengt. Verder is het essentieel dat eHealth in de opleidingen voor zorgverleners wordt opgenomen. Op deze manier wordt de nieuwe generatie zorgverleners bekend met de mogelijkheden voor eHealth toepassingen in een behandeling en zijn op de hoogte van de meerwaarde en valkuilen van eHealth. Ook kunnen zij leren werken met bestaande eHealth-toepassingen.

eHealth valt onder het kwaliteitsbeleid van een organisatie of praktijk. Er kan beschreven worden welke doelen men wil bereiken met eHealth en beschrijf dit in het kwaliteitsstatuut. Verder is het aan te bevelen om in het kwaliteitsbeleid op te nemen langs welke route zorgverleners kunnen gaan voldoen aan de benodigde [Competenties](#). Een organisatie kan de ontwikkeling van deze competenties ondersteunen door bijvoorbeeld informatie te verschaffen en trainingen/cursussen aan te bieden of deelname hieraan mogelijk te maken.

Voor de ontwikkeling van een positieve grondhouding is intervisie belangrijk, omdat via deze weg juist ervaringsverhalen een rol spelen. Kleine praktijken, zoals vrijgevestigden en huisartsenpraktijken, kunnen samenwerking zoeken met andere praktijken, bijvoorbeeld binnen een zorggroep. Ook is in het Handboek online hulpverlening 'Met internet zorg en welzijn verbeteren.' bruikbare informatie te vinden om de kwaliteit van eHealth te maximaliseren. Delen van dit handboek zijn te raadplegen op het internet [E-hulp](#).

4.5.1. Concrete adviezen

- Voor veilig gebruik van eHealth is het belangrijk om te voldoen aan de volgende normen:
- informatiebeveiliging: NEN7510
- afspraken over gegevensuitwisseling: NEN7512
- bijhouden elektronisch patiëntendossier: NEN7513
- Check of de toepassing voldoet aan de HL7-standaard en de daarop gebaseerde Koppeltaal.
- Maak afspraken tussen zorgverlener, patiënt en naaste(n) over verwachtingen, verantwoordelijkheden en veiligheid.
- Laat eHealth (voor zowel patiënten als naasten) structureel onderdeel uitmaken van de reguliere opleiding en nascholing van zorgverleners.
- Neem eHealth op in het kwaliteitsstatuut van organisatie of praktijk en faciliteer (deelname aan) trainingen.

4.6. Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Er is weinig wetenschappelijk bewijs voor de kosteneffectiviteit van de inzet van eHealth. Het is goed denkbaar dat eHealth een bijdrage levert aan kosteneffectieve en doelmatige zorg, bijvoorbeeld doordat een deel van de face-to-face contacten vervangen kan worden door goedkopere online contacten, of doordat met het gebruik van eHealth de behandeling meer gestandaardiseerd dan wel geprotocolleerd verloopt. Hierbij wordt echter opgemerkt dat het proces van aanschaf en implementatie gepaard gaat met flinke investeringen (zie ook [Financiering](#)).

Voor doelmatige zorg is maatwerk belangrijk. eHealth-leveranciers spelen hier op in door het mogelijk te maken delen van modules aan een patiënt of naaste(n) aan te bieden, zelf onderdelen in te voegen of aandacht te besteden aan speciale technieken. Voor diverse behandelingen en/of zorgverleners zijn steeds meer toegespitste eHealth-toepassingen op de markt. Hierdoor kan de zorgverlener gericht een blended behandeling inzetten die aansluit bij de behoeften van de patiënt.

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

4.7. Financiering

4.7.1. Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

4.7.2. Specifiek

Zorgverzekeraars vergoeden zorg, al dan niet geleverd met behulp van eHealth. Er is geen specifieke financieringsstructuur voor eHealth, maar zorgverzekeraars stimuleren over het algemeen de inzet van eHealth door dit als voorwaarde dan wel vereiste in het contract op te nemen, gekoppeld aan een zelfde of hoger tarief (als men wel eHealth aanbiedt) of verlaagd tarief (als men geen eHealth aanbiedt). De vergoeding van eHealth volgt over het algemeen de vergoeding van reguliere zorg. Dit geldt echter niet voor preventieve activiteiten door huisartsen. Er is wel specifieke vergoeding voor eHealth gebruikt door huisartsen. Meer informatie hierover is online te vinden op de website [Toolkit e-mentale health in de huisartsenpraktijk](#).

Diverse partijen leveren een bijdrage aan de ontwikkeling en implementatie van eHealth. Te noemen zijn subsidiefonds en zorgverzekeraars (via Innovatiefonds).

Een deel van de kosten voor de aanschaf en implementatie van eHealth komt voor rekening van de organisatie of praktijk die de toepassing aanschaf. Denk bijvoorbeeld aan het investeren in oriëntatie en besluitvorming, techniek en training. Deze fase van teruglopende inkomsten en toegenomen uitgaven is een factor om rekening mee te houden. Een grote organisatie heeft meer middelen voor eHealth dan een kleine praktijk van een vrijgevestigde. Dit heeft tot gevolg dat er verschillen ontstaan tussen de zorgorganisaties en praktijken.

In onderstaand kader is te zien is te zien welke investeringen nodig zijn bij de aanschaf en implementatie van eHealth. Deze kosten zullen deels structureel op de begroting blijven staan.

4.7.3. Investerings voor de aanschaf en implementatie van eHealth

- Oriëntatie: verkenning van de mogelijkheden, zodat een keuze gemaakt kan worden (tijd).
- Techniek: aanschaf, personaliseren, gebruik, doorontwikkeling en onderhoud van een eHealth-platform of -toepassing, inclusief het realiseren van de juiste ICT-infrastructuur en beveiliging.
- Training: opleiding van zorgverleners zodat zij met eHealth kunnen werken. Tijd om te oefenen en gewend te raken.
- Implementatie: het realiseren van randvoorwaarden, communicatie, intervisie, de daadwerkelijke invoering van eHealth en de evaluatie daarvan.

De website [Zorg voor innoveren](#) biedt informatie over de [financiering van eHealth](#).

5. Kwaliteitsindicatoren

5.1. Algemeen

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ ontwikkelt een indicatorenset inclusief bijbehorende meetinstrumenten die van toepassing zijn op alle ggz standaarden.

5.2. Specifiek

Een blik op andere sectoren zoals het onderwijs, het openbaar vervoer en de reisbranche leert dat meer en meer oplossingen gezocht worden in technische hulpmiddelen. Ook in de zorg, inclusief de ggz, zullen meer patiënten, naasten en zorgverleners gebruik gaan maken van eHealth-toepassingen.

Met bestaande meetmethoden kan de kwaliteit van zorg worden gemeten, gebruik makend van ROM, patiënttevredenheidonderzoek en instrumenten om de informatiebeveiliging te bepalen (NEN7510). De inzet van eHealth valt onder het kwaliteitsbeleid van de instelling/praktijk.

Om te bepalen in hoeverre gewerkt wordt conform de aanbevelingen in deze generieke module kunnen organisaties en praktijken de volgende activiteiten uitvoeren:

- Het meten van de omvang van het gebruik van eHealth-toepassingen; inclusief het geven van feedback hierover aan zorgverleners.
- Het bepalen van scholingsaanbod om zich de nieuwe werkwijze eigen te maken.
- De mate waarin zorgverleners samen met patiënten 'aan het roer' staan om toepassingen in te voeren.

6. Achtergronddocumenten

6.1. Literatuur

Literatuur waarnaar in deze generieke module specifiek verwezen wordt

Blankers, M., Donker, T. & Riper, H. (2013). E-mental health in Nederland. Wetenschappelijke evidentie en uitdagingen voor de praktijk. *De Psycholoog*, 12-23.

Bolier, L., Maio, C., Smit, F., Westerhof, G.J., Haverman, M., Walburg, J.A. et al. (2014). Cost-effectiveness of online positive psychology: Randomized controlled trial. *Journal of Positive Psychology*, 9(5), 460-471.

Cresswell, K. & Sheikh, A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. *International Journal*

of Medical Informatics, 82, e73-e86.

De Graaf, L.E., Huibers, M.J., Riper, H., Gerhards, S.A. & Arntz, A. (2009). Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. *Journal of Affective Disorders*, 116, 227-231.

Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment . Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

Epping, P., Krijgsman, J., de Jong-Fintelman, M., van Holland, R. & Wouda, J. (2012). Referentie Systeemfuncties Model (RSM) voor eHealth toepassingen voor patiënten. Den Haag: Nictiz. Verkregen op 4 april 2016 van:

<https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Richtlijn/Referentie%20Systeemfuncties%20Model%20voor%20eHealth%20toepassingen%20voor%20pati%C3%ABnten%20versie%201.0.pdf>

Huber, M.A.S. (2014) 'Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food' (proefschrift Maastricht University)

Kramer, J., Conijn, B., Oijevaar, P. & Riper, H. (2014). Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5), e141.

Lokkerbol, J., Adema, D., Cuijpers, P., Reynolds, C.F., Schulz, R., Weehuizen, R. et al. (2014). Improving the cost-effectiveness of a healthcare system for depressive disorders by implementing telemedicine: a health economic modeling study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 253-262.

Notenboom, A., Blankers, I., Goudriaan, R. & Groot, W. (2012). E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? Den Haag: APE. Verkregen op 30 november 2015 van:

www.ape.nl/include/downloadFile.asp?id=286

Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027273581200027X>

Kramer, J., Conijn, B., Oijevaar, P. & Riper, H. (2014). Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5), e141.

Lokkerbol, J., Adema, D., Cuijpers, P., Reynolds, C.F., Schulz, R., Weehuizen, R. et al. (2014). Improving the cost-effectiveness of a healthcare system for depressive disorders by implementing telemedicine: a health economic modeling study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 253-262.

Notenboom, A., Blankers, I., Goudriaan, R. & Groot, W. (2012). E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? Den Haag: APE. Verkregen op 30 november 2015 van:

www.ape.nl/include/downloadFile.asp?id=286

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2015). Consumenten-eHealth. Den Haag: Raad voor de volksgezondheid & Zorg. Verkregen op 30 november 2015 van: http://www.raadvsv.nl/uploads/docs/Advies_Consumenten_eHealth.pdf

Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027273581200027X>

Smit, F., Lokkerbol, J., Riper, H., Majo, M.C., Boon, B. & Blankers, M. (2011). Modeling the cost-effectiveness of health care systems for alcohol use disorders: how implementation of eHealth interventions improves cost effectiveness. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3):e56.

Riper, H., en Kramer, J. (2009). Minder Drinken in de praktijk, proefimplementatie van een online zelfhulp site voor probleemdrinkers. Den Haag: ZonMw.

Ruwaard J. (2012). The efficacy and effectiveness of online CBT. Amsterdam: Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam. <http://blog.jruwaard.nl/wp-content/uploads/2013/01/Ruwaard-online-CBT.pdf>

Smit, F., Lokkerbol, J., Riper, H., Majo, M.C., Boon, B. & Blankers, M. (2011). Modelling the cost-effectiveness of health care systems for alcohol use disorders: how implementation of eHealth interventions improves cost effectiveness. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3):e56.

Toolkit e-mental health in de huisartsenpraktijk: <http://www.huisarts-emh.nl/>

Vragenlijst Onlinehulpstempel: <https://www.onlinehulpstempel.nl/files/vragenlijst.pdf>

Literatuur die ook ten grondslag ligt aan de generieke module

Artikelen PubMed search

Blankers, M., Koeter, M.W.J. & Schippers, G.M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3):330-341.

Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Westerhof, G.J., Riper, H., Walburg, J.A., Boon, B. & Bohlmeijer, E. (2013). An internet-based intervention to promote mental fitness for mildly

depressed adults: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(9):e200.

Christensen, H., Reynolds, J. & Griffiths, K.M. (2011). The use of e-health applications for anxiety and depression in young people: challenges and solutions. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(Suppl. 1): 58-62.

Cresswell, K. & Sheikh, A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. *International Journal of Medical Informatics*, 82, e73-e86.

Dominguez-Mayo, F.J., Escalona, M.J., Mejías, M., Aragón, G., García-García, J.A., Torres, J. & Enríquez, J.G. (2015). A strategic study about quality characteristics in e-Health systems based on a systematic literature review. *The Scientific World Journal*, volume 2015, Article ID 863591.

Hardiker, N.R. & Grant, M.J. (2011). Factors that influence public engagement with eHealth: A literature review. *International Journal of Medical Informatics*, 80:1-12.

Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H.M. & Cuijpers, P. (2012). Effects of internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 7(8):e43485.

Kok, R.N., van Straten, A., Beekman, A.T.F. & Cuijpers, P. (2014). Short-term effectiveness of web-based guided self-help for phobic outpatients: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(9):e226.

Kramer, J., Conijn, B., Ooijsvaar, P. & Riper, H. (2014). Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5):e141.

Li, J., Talaei-Khoe, A., Seale, H., Ray, P. & MacIntyre, C.R. (2013). Health care provider adoption of eHealth: Systematic literature review. *Journal of Medical Internet Research*, 2(1):e7.

Mair, F.S., May, C., O'Donnell, C., Finch, T., Sullivan, F. & Murray, E. (2012). Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90: 357-364.

Schwamm, L.H. (2014). Telehealth: Seven strategies to successfully implement disruptive technology and transform health care. *Health Affairs*, 33(2): 200-206.

Smeets, O., Martin Abello, K.M., Zijlstra-Vlasveld, M. & Boon, B. (2014). E-health in de GGZ: Hoe staat het daar nu mee? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158:A8589, 1-7. http://www.mentalsharedirect.nl/uploads/ntg2014_e-health.pdf.

Ter Huurne, E.D., de Haan, A.H., Postel, M.G., van der Palen, J., VanDerNagel, J.E.L. & DeJong, C.A.J. (2015). Web-based cognitive behavioral therapy for female patients with eating disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6):e152.

Van Gemert-Pijnen, J.E., Nijland, N., van Limburg, M., Ossebaard, H.C., Eysenbach, G. & Seydel, E. (2011). A holistic framework to improve the uptake and impact of eHealth technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4):e111.

Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M.C., Anema, J.R., Beekman, A.T.F., Brouwers, E.P.M., Emons, W.H.M., van Lomwel, A.G.C. & van der Feltz-Cornelis, C.M. (2015). Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: Results of a cluster randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5):e116.

Grijze literatuur

Blankers, M., Donker, T. & Riper, H. (2013). E-mental health in Nederland. Wetenschappelijke evidentie en uitdagingen voor de praktijk. *De Psycholoog*, 12-23.

Bolier, L., Maio, C., Smit, F., Westerhof, G.J., Haverman, M., Walburg, J.A. et al. (2014). Cost-effectiveness of online positive psychology: Randomized controlled trial. *Journal of Positive Psychology*, 9(5), 460-471.

Bremmer, F. (2014). Handreiking eHealth in de praktijk: Tips en handvatten voor implementatie van eHealth in de GGZ. Utrecht: GGZ. Verkregen op 30 november 2015 van:

<http://www.GGZnederland.nl/uploads/assets/Handreiking%20implementatie%20eHealth%20in%20de%20GGZ%20DEF.pdf>.

Burghouts, A., Beekers, N., Krijgsman, J., Ottenheim, S., Oost, K., Beenkens, F. & Jacobs, J. (2015). Trendboek Spelen met de zorg van morgen. Den Haag: Nictiz. Verkregen op 30 november 2015 van:

https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Boeken/Trendboek_Spelen_met_de_zorg_van_morgen.pdf

Burghouts, A. (2015). Veilig omgaan met eHealth – dit zeggen de experts. Den Haag: Nictiz. Verkregen op 30 november 2015 van:

https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/Veilig_omgaan_met_eHealth_dit_zeggen_de_experts.pdf

De Graaf, L.E., Huijbers, M.J., Riper, H., Gerhards, S.A. & Arntz, A. (2009). Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. *Journal of Affective Disorders*, 116, 227-231.

De Groot, J., Hermans, P.C. & de Lange, M. (2013). eHealth in de richtlijnen. Ede: VitaValley/Vital Innovators. Verkregen op 30 november 2015 van:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/kwaliteit/projecten/ehealth/ehealth/ehealth/zinl%3Aparagraaf%5B4%5D/zinl%3Adocuments/ehealth-in-de-richtlijnen-maart-2013/eHealth+in+de+richtlijnen+maart+2013.pdf>

Ekker, A., Burghouts, A., Hutink, H., Uitendaal, P., Golyardi, S. & Veereschild, S. (2013). Wet- en regelgeving in de zorg. Een overzicht voor ICT en eHealth. Den Haag: Nictiz. Verkregen op 30 november 2015 van:

<https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Boeken/Wet-%20en%20regelgeving%20in%20de%20zorg.pdf>

Grip op eHealth. (2014). Digitale Zorg: De visie op digitale zorg vanuit een gebruikersperspectief. Haarlem: Grip op eHealth. Verkregen op 30 november 2015 van:

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

Hilbers-Modderman, E.S.M. & de Bruijn, A.C.P. (2013). Domotica in de langdurige zorg – Inventarisatie van technieken en risico's. Bilthoven: RIVM. Verkregen op 5 april 2016 van:

http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp.209115&type=org&disposition=inline&ns_nc=1&ns_nc=1

Hooghiemstra, T.F.M. & Nouwt, S. (2014). Een juridische blik op trends in e-health. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158:A8423.

KNMG, NPCF & Zorgverzekeraars Nederland. (2012). Nationale Implementatie Agenda (NIA) eHealth. Verkregen op 30 november 2015 van:

<http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/116354/Nationale-Implementatie-Agenda-eHealth-NIA-2012.htm>

Krijgsman J, Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., de Jong, J., Moll, T. et al. (2015). Tussen vonk en vlam: eHealth-monitor 2015. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL. Verkregen op 30 november 2015 van:

http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/eHealth_monitor_2015.pdf

Krijgsman, J. & Klein Wolterink, G. (2012). Ordening in de wereld van eHealth. Den Haag: Nictiz. Verkregen op 30 november 2015 van:

<https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Whitepapers/Whitepaper%20Ordening%20in%20de%20wereld%20van%20eHealth.pdf>

Lokkerbol, J., Adema, D., Cuijpers, P., Reynolds, C.F., Schulz, R., Weehuizen, R. et al. (2014). Improving the cost-effectiveness of a healthcare system for depressive disorders by implementing telemedicine: a health economic modeling study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 253-262.

Merkur, S., Sassi, F. & McDaid, D. (2013). Promoting health, preventing disease: is there an economic case? Copenhagen: World Health Organization. Verkregen op 30 november 2015 van:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/235966/e96956.pdf.

Metselaar, S. (2013). Grip op ontwikkelingen in eHealth. Rapportage deskresearch. Verkregen op 30 november 2015 van:

<http://www.rescon.nl/wp-content/uploads/2013/10/rapportage-deskresearch-Grip-op-ontwikkelingen-in-eHealth-2013.pdf>

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (2009). Zelfmanagement 2.0. Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen. Utrecht: NPCF.

NETQHealthcare BV (2013). Hoe plukt u de vruchten van eHealth? Ontdek en benut de kansen voor de GGz. Utrecht: NETQHealthcare BV. Verkregen op 30 november 2015 van:

https://www.netqhealthcare.nl/wp-content/uploads/2013/09/Whitepaper-NETQ-e-Health-sept-2013-V3.0_online.pdf

Notenboom, A., Blankers, I., Goudriaan, R. & Groot, W. (2012). E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? Den Haag: APE. Verkregen op 30 november 2015 van:

www.ape.nl/include/downloadFile.asp?id=286.

Ossebaard, H.C., de Bruijn, A.C.P., van Gemert-Pijnen, J.E.W.C. & Geertsema, R.E. (2012). Risks related to the use of eHealth technologies. An exploratory study. Bilthoven: RIVM. Verkregen op 30 november 2015 van:

http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:203952&type=org&disposition=inline&ns_nc=1

Ossebaard, H.C. & Idzardi, K. (2013). Omggaan met de risico's van eHealth. Den Haag: Nictiz. Verkregen op 30 november 2015 van:

<https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Whitepapers/Whitepaper%20omgaan%20met%20risico%27s%20van%20eHealth.pdf>

Peeters, J., Wiegers, T., de Bie, J. & Friele, R. (2013). Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen! Utrecht: Nivel. Verkregen op 30 november 2015 van:

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Technologie-in-de-zorg-thuis.pdf>

Politiek, C. & Hoogendijk, R. (2014). Co-creatie eHealthboek. eHealth, technisch kunstje of pure veranderkunde? Verkregen op 30 november 2015 van:

http://www.zorginnovatieboek.nl/wp-content/uploads/Cocreatie_eHealthboek.pdf

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2015). Consumenten-eHealth. Den Haag: Raad voor de volksgezondheid & Zorg. Verkregen op 30 november 2015 van:

http://www.raadvsv.nl/uploads/docs/Advies_Consumenten_eHealth.pdf

Redmax (2015). Adoptie van eHealth binnen GGZ Nederland. Onderzoek naar de veranderingsbereidheid van zorgprofessionals. Rotterdam: Redmax. Verkregen op 30 november 2015 van:

<http://www.redmax.nl/wp-content/uploads/Adoptie-van-eHealth-binnen-GGZ-NL-instellingen-vs-vrijgevestigden.pdf>

Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027273581200027X>.

Riper, H. (2015). 15 jaar onderzoek naar eHealth. Verkregen op 30 november 2015 van <https://www.youtube.com/watch?v=qN00FKgXQUc> en <https://www.youtube.com/watch?v=itDOGVIHtsw>.

Riper, H., Van Ballegoijen, L., Kooistra, L. de Wit, J. & Donker, T. (2013). Preventie & eMental-Health: Preventie & eMentalhealth. Kennissynthese 2013: Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die bereikt en beklijft. Amsterdam: VU. Verkregen op 30 november 2015 van:

[http://www.regionaalkompas.nl/object_binary/017597_2013_GG_Kennissynthese_Preventie___eMental-health\[1\].pdf](http://www.regionaalkompas.nl/object_binary/017597_2013_GG_Kennissynthese_Preventie___eMental-health[1].pdf)

Riper, H., en Kramer, J. (2009). Minder Drinken in de praktijk, proefimplementatie van een online zelfhulp site voor probleemdrinkers. Den Haag: ZonMw.

Riper, H., Smit, F., van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J. & Mutsaers, K. (2007). E-mental health. High tech, high touch, high trust. Utrecht: Trimbos instituut. Verkregen op 30 november 2015 van:

<https://extranet.infopuntveiligheid.nl/Infopuntdocumenten/ICOM%20-%20Programmeringsstudie%20E-mental%20Health.pdf>

Ruwaard J. (2013). The efficacy and effectiveness of online CBT. Amsterdam: Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam. <http://blog.jruwaard.nl/wp-content/uploads/2013/01/Ruwaard-online-CBT.pdf>.

Schaart, E. (2015). eHealth in de openbare GGz: De mogelijkheden van e-mental health voor gemeenten bij de zorgvraag van allochtonen, migranten en jeugd en gezin in Inpreze. Diemen: Inpreze. Verkregen op 30 november 2015 van:

<http://www.inpreze.nl/sites/default/files/03162015%20eHealth%20document%20def.pdf>

Schippers E.I. & van Rijn, M.J. (2014). Kamerbrief e-health en zorgverbetering. Den Haag: Tweede Kamer, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verkregen op 30 november 2015 van:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering>

Smit, F., Lokkerbol, J., Riper, H., Majo, M.C., Boon, B. & Blankers, M. (2011). Modeling the cost-effectiveness of health care systems for alcohol use disorders: how implementation of eHealth interventions improves cost effectiveness. *Journal of Medical Internet Research*, 13(3):e56.

Thewissen, V. & Gunther, N. (2015). E-mental health: state of the art. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 41:374-392.

Van der Poel, A., Conijn, B., Abello, K.M., van Duivenboden, J. & Boon, B. (2015). Struikelblokken en succesfactoren. *DeEerstelijns*, 28-31.

Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E.T. & van Gemert-Pijnen, J.E. (2016). Mixing online and face-to-face therapy: How to benefit from blended care in mental health care. *JMIR Ment Health*, 3(1):e9.

Factsheets

GGz Nederland. Factsheet "E-mental health in the Netherlands".

Trimbos Instituut 'Toolkit e-mental health in de huisartsenpraktijk'. 5 stappen om te starten met e-mental health.

Trimbos Instituut 'Toolkit e-mental health in de huisartsenpraktijk'. Checklist 'Waar kan je op letten bij het kiezen van een e-mental health aanbieder in de huisartsenzorg'.

Trimbos Instituut 'Toolkit e-mental health in de huisartsenpraktijk'. Tips implementatie.

6.2. Uitgangsvragen

Bepalen gebruik eHealth

1. Welke gemeenschappelijke meerwaarde levert het inzetten van eHealth op?

- Welk onderscheid is te maken op basis van de zorgprocessen inclusief preventie en nazorg?
- Wat zijn de voor- en nadelen van de inzet van eHealth voor zorgverleners, patiënten en naasten?

2. Welke kennis en vaardigheden hebben patiënten en/of naasten nodig om eHealth te gebruiken?

- Welk onderscheid is te maken op basis van patiëntprofielen (bijvoorbeeld gebaseerd op type aandoening of zwaarte van de klachten)?
- Welk onderscheid is te maken op basis van type eHealth-toepassing (bijvoorbeeld gebaseerd op de functie of het medium)?
- Hoe kunnen de kennis en (internet)vaardigheden van patiënten en naasten vergroot worden?

Keuze eHealth-toepassing

3. Welke eHealth-toepassingen zijn er voor de verschillende zorgprocessen, inclusief preventie en nazorg?

- Aan welke kenmerken en voorwaarden dienen deze eHealth-toepassingen te voldoen?

4. Aan welke criteria moeten eHealth-toepassingen voldoen zodat zorgverleners, patiënten en naasten kunnen beoordelen of de toepassing geschikt en veilig in gebruik is?

- Hoe kunnen zorgverlener, patiënten en naasten kiezen welke eHealth-toepassing(en) het beste aansluit(en) bij de herstelvraag van de patiënt en zijn/haar naasten?

Goede zorgverlening met gebruik van eHealth

5. Welke kennis en vaardigheden heeft een zorgverlener nodig om de inzet van eHealth-toepassingen samen met de patiënt en zijn of haar naasten te onderzoeken en uit te voeren?

- Welke instrumenten, tools en informatie faciliteren dit proces?
- Is het relevant om onderscheid te maken tussen specifieke patiëntengroepen?

6. Over welke onderwerpen moeten afspraken gemaakt worden tussen zorgverlener, patiënten en naasten ten aanzien van het gebruik van eHealth-toepassingen?

- Welke afspraken zijn nodig over de verantwoordelijkheden van zorgverlener, patiënten en naasten?
- Welke afspraken zijn nodig over de veiligheid van eHealth-toepassingen, zodat zorgverlener, patiënten en naasten deze met vertrouwen kunnen gebruiken?

Inpassing in zorgpraktijk en omgeving

7. Aan welke randvoorwaarden hoort de omgeving inclusief het maatschappelijk steunsysteem en de zorgpraktijk te voldoen om eHealth te implementeren?

8. Hoe hoort de organisatie te worden ingericht zodat eHealth wordt ingepast in het werkproces?

6.3. Verantwoording (inclusief rapportages)

Deze Generieke module eHealth is ontwikkeld aan de hand van de Leidraad voor kwaliteitsstandaarden (AQUA). De uitgangsvragen, zoals geformuleerd door de onderhoudsgroep tijdens de vergadering van 7 december 2015, na raadpleging van de expertgroep. Deze zijn gedeeltelijk beantwoord op basis van wetenschappelijke literatuur en daarnaast is kennis op andere manieren verzameld en samengevat om tot volledige beantwoording ervan te kunnen komen. De rapportages van deze onderzoeksmethoden zijn bijgevoegd.

Er is systematisch een deskresearch uitgevoerd met behulp van PubMed en er is gepubliceerde praktijkkennis (grijze literatuur) verzameld via Google en via de leden van de expert- en onderhoudsgroep.

De telefonische interviews zijn afgenomen bij vrijgevestigde psychologen en therapeuten (n=4), psychotherapeuten/psychologen (n=3), managers FACT team/instelling (n=2), patiënten (n=2), naasten (n=2), een zorginkoper, een POHGGZ, een psychiater, een huisarts, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv'er) en een hoogleraar e-mental health. Alle respondenten hadden minimaal enige ervaring met het gebruik van eHealth. De ervaring was in de meeste gevallen gericht op één specifieke eHealth-toepassing en met name online behandelmodules. De werving verliep via de leden van de onderhoudsgroep en het projectteam.

Er zijn drie focusgroepen gehouden. Eén focusgroep is gehouden met zorgverleners en patiënten (n=5), waarin specifiek aandacht is besteed aan de mogelijkheden van eHealth per fase van het zorgproces. De tweede focusgroep (n=4) is gehouden bij een instelling met veel ervaring met het gebruik van eHealth, om in te kunnen zoomen op de succesfactoren en struikelblokken voor de inzet van eHealth. De derde en laatste focusgroep is gehouden met personen (n=5) die zich in een zorgorganisatie of bij een eHealth-leverancier bezighouden met de implementatie van eHealth. Ook de werving van deelnemers voor de focusgroepen verliep via de leden van de onderhoudsgroep en het projectteam, alsmede via de leden van de expertgroep.

Voor de achterbanraadpleging is een online vragenlijst uitgezet via contacten van de leden van de onderhoudsgroep, Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid (panel en nieuwsbrief) en sociale media. In totaal hebben 235 personen de vragenlijst ingevuld, waarvan 156 patiënten en 79 naasten.

De resultaten van deze onderzoeksmethoden zijn gebruikt om een eerste concept van de Generieke module eHealth te schrijven. Dit concept is voorgelegd aan en besproken met de onderhoudsgroep (januari - juli 2016). Hierna is het concept aangepast en gereed gemaakt voor de praktijktest (zomer 2016) op basis van de voorgestelde werkwijze van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Parallel hieraan is een leesronde met de leden van de expertgroep gehouden. Patiënten en naasten hebben in een focusgroep de tekst van de Generieke module en de publieksversie besproken en van commentaar voorzien. Vervolgens zijn alle commentaren verwerkt en is de aangepaste versie nogmaals voorgelegd aan de onderhoudsgroep, alvorens de commentaar- en autorisatiefase in te gaan. Uiteindelijk was consensus over de huidige tekst het resultaat.

De generieke module eHealth is in september 2016 voorgelegd aan alle relevante beroepsgroepen en koepelorganisaties voor consultatie. November 2016 is de autorisatieronde gestart volgens de vastgestelde procedures van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

De geschatte revisietermijn voor deze generieke module is 3 jaar.

6.4. Samenstelling werkgroep

Voor het ontwikkelen van deze module zijn een onderhoudsgroep en een expertgroep samengesteld. In de onderhoudsgroep waren de organisaties van alle beroepsgroepen die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met psychische problemen vertegenwoordigd, evenals vertegenwoordigers van Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid. De expertgroep bestond uit vertegenwoordigers van organisaties die binnen de ggz actief zijn op het gebied van eHealth.

Onderhoudsgroep

Onderhoudsgroep: Op het moment van publicatie is deze generieke module nog niet geautoriseerd door de LVVP. NVKG heeft afgezien van autorisatie.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriatr; daarom heeft deze standaard

de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Voorzitter: Gert Jan Kloens, psycholoog en seksuoloog, eigen praktijk

Organisatie	Vertegenwoordiger
GGz Nederland	Marty Dijkstra
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Hein van der Hulst
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Patty Lievense
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Paul Ulrich (tot 1 augustus 2016)
Landelijke Vereniging POH-GGz	Fanny Schilderinck
Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)	Wietske Tieskens
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	Bart van Pinxteren
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Suzan Möller
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)	Alexej Kuiper
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)	Peter Daansen
Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezintherapie (NVRG)	Paul Wolbrink
Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT)	Anna-Carina Ekelenkamp
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)	Nancy Majoor / Maikel van Tilburg
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Peter van Zuidam

Expertgroep (adviseurs)

Voorzitter: Jacqueline Neijenhuis, Neijenhuis projectbegeleiding en advies (projectleider)

Organisatie	Vertegenwoordiger
Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie	Joann Hinrichs
Digitalezorg.nl	Martijn Claus
e-Hulp	Michael Milo
GGz Nederland	Yvonne Moolenaar
Nictiz	Quintus Bosman
Pharos	Thea Duijnhoven
RIVM	Mattijs Lambooij
Trimbos Instituut	Odile Smeets

Deze groepen zijn ondersteund door een projectgroep bestaande uit Jacqueline Neijenhuis (Neijenhuis projectbegeleiding en advies, projectleider), Marloes Martens en Wilma Kuijpers (ResCon, wetenschappelijk onderzoekers).