

Verleiden met e-technology: van **serious gaming** tot social media

Het *e-mental health* aanbod breidt zich steeds verder uit. Er zijn inmiddels allerlei e-toepassingen op het gebied van psycho-educatie, preventie en behandeling voor verschillende patiëntengroepen. De grote vraag is hoe mensen te motiveren tot het gebruik van de e-technology voor het verbeteren van hun mentale gezondheid. Aan de hand van verschillende toepassingen geven we voorbeelden en geleerde lessen van het gebruik van e-technology in de praktijk van de GGZ.

Door: E. Fischer en P. van Splunteren

De afgelopen jaren zijn de mogelijkheden op het gebied van *e-health*, en *e-mental health* in het bijzonder snel gegroeid. De toepassingen van e-mental health zijn grofweg te verdelen in de categorieën:

- psycho-educatie, informatie over stoornis of klacht, algemeen of op maat;
- zelftesten, waarbij advies wordt gegeven, algemeen of op maat;
- lotgenotencontact;
- behandeling, met of zonder begeleiding.

Voor sommige stoornissen, zoals depressie en alcoholproblematiek, is een volledig aanbod beschikbaar voor het gehele zorgpad, dus van preventie tot behandeling en nazorg. Ook is er verschillend aanbod naar de mate van ernst van de klachten. Voor mensen met lichte klachten is er zelfhulpaanbod, waarmee de gebruiker zelfstandig aan de slag kan. Bij licht depressieve klachten is er bijvoorbeeld *kleurjeleven.nl*. Wanneer zelfhulp niet afdoende is, de klachten te ernstig zijn, of als er behoefte is aan meer begeleiding is er online behandelaanbod. Hierbij krijgt de gebruiker begeleiding van een behandelaar (bijvoorbeeld *alcoholdebaas.nl* of *interapy.nl*). E-mental health toepassingen kunnen ook worden gecombineerd met face-to-face aanbod, ter ondersteuning of als vervanger van bepaalde onderdelen. Dit heet 'blended care'. Dit biedt de voordelen van beide vormen van behande-

ling en wordt steeds vaker aangeboden door GGZ- en verslavingszorginstellingen (bijvoorbeeld *Beating The Blues*). Er is ook laagdrempelig aanbod voor de nazorg, zogenoemde terugvalpreventie (bijvoorbeeld *DepressieVRIJ*). De afgelopen jaren is er aandacht voor psychische problematiek die gepaard gaat met chronische lichamelijke aandoeningen. *Diabetergestemd.nl* is een online cursus die mensen met diabetes helpt hun somberheidsklachten aan te pakken. Voor borstkankerpatiënten is er *Robbin*, een app die mentale ondersteuning biedt (www.metrobbin.nl). Ook worden interventies ontwikkeld voor bijzondere doelgroepen. 'Mijnbehandelplan' is bijvoorbeeld ontwikkeld om de behandelmotivatie van tbs'ers te vergroten. Voor jongeren met ADHD is een online game gemaakt bedoeld om hen te ondersteunen in alledaagse situaties (www.adhd.nl) en voor mensen met psychotische kwetsbaarheid bestaat het platform *Eigen Regie* (www.eigen-regie.nl) waarmee mensen worden gestimuleerd meer eigen regie over de behandeling en alledaagse zaken te voeren.

Kwaliteit

De kwaliteit van het e-mental health aanbod hangt af van een aantal factoren (Fischer et al., 2010). Belangrijk is de gebruiksvriendelijkheid van de toepassing. Kan de gebruiker ermee overweg? Een ander belangrijk aspect is de veiligheid



Eva Fischer



Peter van Splunteren



van de toepassing. Gebruikers delen persoonlijke informatie over veelal gevoelige onderwerpen en daar moet op een zorgvuldige manier mee worden omgegaan. Een essentieel onderdeel van kwaliteit is de effectiviteit van een toepassing. Doet de toepassing wat zij belooft? En alhoewel onderzoek nog beperkt is kan eruit worden geconcludeerd dat verschillende e-mental health toepassingen, voor angst en depressie, probleemdrinken en ter bevordering van de kwaliteit van leven, bewezen effectief zijn in het voorkomen en behandelen van psychische klachten en verslavingsproblematiek (Spek et al., 2007; Riper et al., 2011; Bolier et al., 2013).

Om te beoordelen of e-mental health aanbod voldoet aan technische en zorginhoudelijke standaarden ontwikkelde het Trimbos-instituut in samenwerking met verschillende stakeholders het Onlinehulpstempel (www.onlinehulpstempel.nl).

Eigen regie en verantwoordelijkheid

Het lijkt evident dat het gebruik van e-mental health in de praktijk de mogelijkheden voor eigen regie en het nemen van verantwoordelijkheid voor de gezondheid stimuleert. In de literatuur worden voor het voeren van eigen regie vaak de volgende voorwaarden genoemd. Iemand moet in staat zijn tot:

1. inzicht in eigen gezondheid: weten over je aandoening, de oorzaken, de gevolgen voor je leven;
2. beslissingen nemen over hoe om te gaan met ziekte/aandoening: tijdig rust nemen, bewegen, bijvoorbeeld weten welke medicijnen je moet slikken en wanneer je naar de dokter moet;
3. monitoren van je gezondheidstoestand en zelfzorg: nagaan of bepaalde waarden nog goed zijn (bloeddruk, suikerspiegel enzovoort);
4. gebruik maken van steun uit sociale omgeving (familie en vrienden inschakelen voor boodschappen, samen eten);
5. inschakelen van zorg, waarbij de zorgverlener niet de baas is, maar coachend reageert, en helpt met herstel van het leven voor zover mogelijk (Blanson Henkemans, 2010).

Op al deze onderdelen kan e-mental health goede diensten bewijzen. De meeste toepassingen bieden gestructureerde informatie over de klachten en aandoeningen. De informatie is overzichtelijk geordend en de gebruiker kan deze op elk moment raadplegen. Ook ten aanzien van het nemen van weloverwogen beslissingen in het omgaan met de ziekte biedt e-mental health goede mogelijkheden. Op de toepassingen zitten vaak functies (reminders, tips, zoekfunctie) die de gebruiker ondersteunen bij het nemen van beslissingen. De toepassing kent ook vaak vragenlijsten waarmee de gebruiker kan monitoren hoe het met hem gaat. Hiermee houdt de gebruiker het eigen functioneren in de gaten. Voor de zorgverlener is deze informatie (mits met toestemming van de gebruiker) zinvol om het hulpaanbod op af te stemmen en in te grijpen als het niet goed gaat. In veel toepassingen is functionaliteit aanwezig om met gelijkgestemden te chatten en informatie uit te wisselen. De beschreven voorwaarden kunnen resulteren in een meer gelijkwaardige positie van de cliënt ten opzichte van de zorgverlener. De zorgverlener krijgt zo meer een positie van coach en ondersteuner en de regie van de zorg en het eigen leven komt in handen van de cliënt.

Zo bezien kan e-mental health een rol van betekenis spelen in het bevorderen van eigen regie en het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid. Beleidsmakers juichen de ontwikkeling van e-mental health ook toe, zij zien met name een ideaal middel om bezuinigingen door te voeren en te legitimeren. VWS en ook zorgverzekeraars willen het gebruik van e-mental health met name in de nieuw te vormen basis GGZ sterk bevorderen (Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ, 2011). In het bestuurlijk akkoord is een belangrijke plek ingeruimd voor de toepassing van e-mental health interventies.

Nu ook verzekeraars en de overheid het belang van e-mental health toepassingen inzien zijn er goede mogelijkheden voor een uitrol van de verschillende interventies. Er is wel een kanttekening. De toepassingen lijken vooral geschikt als aanvulling op bestaande zorg en

vooral bedoeld voor mensen met niet al te complexe problemen. Voor deze mensen biedt e-mental health een welkome uitbreiding van mogelijkheden voor psychische ondersteuning en kan het ten dele het face-to-face contact vervangen. Voor mensen met ernstige en complexe problemen mag e-mental-health zeker niet in de plaats komen van noodzakelijke zorg en professionele ondersteuning. Voor hen is contact met de behandelaar of zorgverlener noodzakelijk. Dit blijkt uit ervaringen met e-mental health projecten in de langdurige zorg (De Leeuw et al., 2012; Hulsbosch et al., 2011).

Ervaringen en lessen

Het aanbod groeit. Het aantal mensen met toegang tot (mobiel) internet groeit. Cijfers over het gebruik van e-mental health toepassingen zijn in Nederland niet of nauwelijks voorhanden. GGZ Nederland schat het gebruik van e-mental health tussen de 1 tot 5 procent van de cliënten (9000-45 000 cliënten) die geholpen worden en constateert dat de implementatie van e-mental health in de instellingen stagneert (GGZ Nederland, 2013). Uit een enquête van de patiëntenorganisaties blijkt dat mensen weinig ervaring hebben met digitale zorg, maar dat ze daar wel in geïnteresseerd zijn (Hein, 2012). Daarnaast scoren de e-mental health

toepassingen die onderzocht zijn stuk voor stuk hoog op klanttevredenheid. Maar toch lijkt het gebruik van e-mental health toepassingen in de praktijk achter te blijven bij de vaak hooggestemde verwachtingen. Ook maken veel patiënten die beginnen aan een online interventie deze niet af. Er zijn weinig tot geen cijfers beschikbaar over gebruik of onderzoek naar de factoren die hier een rol in spelen, maar de praktijk leert de nodige lessen.

- Betrek de eindgebruiker (behandelaar, cliënt) bij de ontwikkeling van de toepassing.
- Rondom de financiering van het e-mental health aanbod is veel onduidelijkheid, daarnaast ontbreken vaak financiële prikkels voor de aanbieder.
- Betrek de manager bij de implementatie en maak ruimte (tijd, middelen) voor de implementatie van het aanbod. Er is vaak sprake van koudwatervrees bij behandelaars omdat ze het aanbod niet kennen en er eerst mee moeten leren werken. Behandelaars hebben ook moeite met e-mental health omdat ze het niet als behandeling zien. Cliënten verwachten een face-to-face contact.
- Het eerstegeneratieaanbod was vaak nog een een-op-een vertaling van bestaande zorgpaden of programma's. Tegenwoordig wordt meer gebruik gemaakt van de toegevoegde waarde die technologie kan bieden. Zo zijn sommige toepassingen ook mobiel beschikbaar zodat de gebruiker on-the-go met de toepassing aan de slag kan. Daarnaast wordt meer gebruik gemaakt van *gamification*, social-media-integratie, personalisatie, feedback en andere elementen uit de *persuasive technology*.
- Zorg voor een vormgeving en een interactieontwerp die gebruikers aanspreken.

Wat is bekend

Het e-mental health aanbod blijft groeien. Op het hele zorgspectrum van preventie tot behandeling en terugpreventie zijn er voor verschillende doelgroepen e-mental health toepassingen voorhanden. Deze zijn er in allerlei vormen: zelfhulpprogramma's, games, apps, online therapie en *blended* therapievormen. In potentie biedt e-mental health de cliënt goede mogelijkheden voor het versterken van eigen verantwoordelijkheid en eigen regie over de zorg. De toepassing van het e-mental health aanbod in de praktijk van de psychische zorg blijft echter achter bij de verwachtingen. Verder is de therapietrouw bij gebruikers van e-toepassingen vaak een probleem.

Wat is nieuw

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar belemmerende factoren van het gebruik van e-mental health in de praktijk. Uit ervaringen met projecten in de praktijk komt naar voren dat de invoering in de praktijk niet systematisch wordt aangepakt. Zorgverleners hebben last van koudwatervrees en prefereren de huidige werkwijze boven de nieuwe. Cliënten hebben moeite om de behandeling af te maken en haken vaak af. Om dit knelpunt op te lossen wordt geëxperimenteerd met elementen uit de *persuasive technology*, zoals personalisatie, gaming en social support.

Wat kun je ermee

We bevelen kwaliteitsmedewerkers die bezig zijn met de ontwikkeling van e-mental health toepassingen aan vooral aandacht te geven aan zorgvuldige implementatie. Dat vraagt tijd en inspanning. Er is een keur aan leveranciers van goede producten en de kwaliteit van de producten zal gezien de technologische ontwikkelingen verder toenemen. Er is vooral aarzeling bij de zorgverleners over het nieuwe aanbod. Zorgverleners meenemen in het veranderproces is dan de uitdaging.

Persuasive technology

Een van de struikelblokken die regelmatig terugkomen is het probleem van de *adherence* (therapietrouw), of beter gezegd de *non-adherence* bij e-mental health interventies (Christensen et al., 2009). In onderzoek is vaak gekeken naar gebruikerskenmerken en de invloed daarvan op adherence, maar ook de manier waarop de technologie wordt ingezet speelt hier een rol in. Uit onderzoek blijkt dat het ontwerp van een toepassing de therapietrouw beïnvloedt (Kelders et al, 2012). Onderzoek naar de inzet van *persuasive technology* in e-mental health staat nog in de kinderschoenen, maar er komt wel meer aandacht voor. Het incorporeren van elementen uit de *persuasive technology* in een toepassing wordt gezien

als een manier om de motivatie en de adherence van de gebruiker te vergroten. En daarmee de effectiviteit en het bereik te verbeteren. Fogg definieert *persuasion* als ‘an attempt to shape, reinforce, or change behaviors, feeling, or thoughts about an issue, object or action’ (Fogg, 2003). Een voorbeeld van een e-mental health toepassing die gebaseerd is op elementen uit de persuasive technology is de Drugdancer (www.drugdancer.nl). Dit is een interactieve video die de gebruikers de mogelijkheid biedt om hypothetische keuzes te maken rondom alcohol- en drugsgebruik en de combinatie van beide. De interface van de toepassing is erg intuïtief en aantrekkelijk vormgegeven, gebruikers krijgen een visuele representatie van hun keuzes, wat de situatie herkenbaar en begrijpelijk maakt.

Andere elementen uit de persuasive technology zijn onder andere:

- personalisatie van de inhoud en vorm van de toepassing. Dat kan iets heel eenvoudigs zijn als het kunnen kiezen van je eigen profielfoto of achtergrondkleur. Maar het kan ook betekenen dat de toepassing op maat wordt aangeboden. Dat wil zeggen dat de toepassing wordt aangepast aan het klachtniveau, behoeftes, interesses en doelen van de gebruiker;
- *social support* en delen. Gebruik maken van sociale invloed is een belangrijke persuasive strategie. Gebruikers leren van elkaar en kunnen zichzelf met anderen vergelijken. Ook *social proof* kan worden ingezet, dit is het principe van ‘15 anderen geven aan dat ze baat hadden bij deze oefening’ of ‘anderen deden ook deze oefening’;
- gamification. Het inzetten van game-elementen in een non-game context kan een toepassing aantrekkelijker, plezieriger en *engaging* maken.

Te verwachten ontwikkelingen

Technologische innovatie gaat snel. Er zijn nu al apps in ontwikkeling die het gedrag van gebruikers monitoren op basis van hoe iemand zijn smartphone gebruikt. De gebruiker hoeft dan niks zelf in te voeren maar de telefoon weet waar je was, hoe actief je was, hoeveel je belde, met wie, hoe lang, de monotonie van je stem, hoeveel van je gemiste oproepen je terugbelde en kan op basis daarvan signaleren of een gebruiker mogelijk depressief is of een terugval heeft. Dit klinkt als toekomstmuziek, maar het zijn ontwikkelingen die nu uitvoerig worden getest en onderzocht.

Terwijl technologische innovaties steeds meer mogelijkheden bieden, het aanbod aan e-inter-

venties toeneemt en nog verder zal toenemen en effectstudies goede resultaten laten zien, blijft de doorbraak in de praktijk vooralsnog achterwege. Gezien het bescheiden percentage van het huidige gebruik zijn grote doorbraken in aantallen gebruikers niet te verwachten. Voor de korte termijn (tot 2018) is een realistische verwachting dat het aantal gebruikers zal verdubbelen naar ongeveer 5 procent van het aantal cliënten in behandeling. De belangrijkste randvoorwaarde daarvoor is veel aandacht en inspanning op het gebied van implementatie: voorlichting, training, intervisie en feedback. En daarnaast zijn er financiële prikkels nodig voor instellingen om te investeren in de benodigde hard- en software, waardoor het voor hen loont om e-mental health toepassingen in hun aanbod op te nemen.

Literatuur

- Blanson Henkemans, O. et al. (2010), Innovaties voor zelfmanagement: ontwikkelen van diensten en technologie voor een duurzame gezondheidszorg, *Tijdschrift voor sociale geneeskunde*, 88 (3), pp. 112-6.
- Bolier, L. et al. (2013), Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies, *BMC Public health*, 13 (1), p. 119.
- Christensen, H., Griffiths, K. en L. Farrer (2009), Adherence in internet interventions for anxiety and depression, *J Med Internet Res*; 11(2), p. 13.
- Fischer, E., Nabitz, U. en H. Riper (2010), *Kwaliteitsbeoordeling e-mental health de Keurkring*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Fogg, B.J. (2003), *Persuasive Technology: Using computers for what we think and do*, Morgan Kaufman Publishers, San Francisco.
- GGZ Nederland (2013), *Een analyse van de verwachte kosten en baten van EHealth*, Amersfoort.
- Hein, P. (2012), Actie meer P-health in de E-Health, Zorgbe-lang. Verkregen van: www.deeljezorg.nl.
- Hulschbosch, L., Tamis-ten Cate P., Nugter, A., Kroon, H. (2011), Zorg op afstand in de langdurende geestelijke gezondheidszorg. Een randomised controlled trial naar telezorg bij GGZ Noord-Holland-Noord, Trimbos-instituut/GGZ Noord-Holland-Noord, Utrecht/Heerhugowaard.
- Kelders, M. et al. (2012), Persuasive System Design Does Matter: A Systematic Review of Adherence to Web-Based Interventions, *J Med Internet Res*, 14 (6), p. 152.
- Leeuw, J.R.J. de, Splunteren, P. van en I. Boerema (2012), Personal control in rehabilitation: An internet platform for patients with schizophrenia and their caregivers, *Open Journal of Psychiatry*, 2, pp. 355-361.
- Riper, H. et al. (2011), Effectiveness of e-self-help interventions for curbing adult problem drinking: a meta-analysis, *J Med Internet Res*, 13 (2), p. 42.
- Spek, V. et al. (2007), Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis, *Psychol Med*, 37 (3), pp. 319-28.

Informatie over de auteurs

Eva Fischer werkt als projectleider E-mental health bij I.COM (Innovation Center of Mental Health and Technology) van het Trimbos-instituut.

Peter van Splunteren werkt als senior wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Zorginnovatie van het Trimbos-instituut.