

DISCUSSIE 1

- Probleem bij veel instellingen blijkt het niet kunnen delen en gebruiken van e-healthmodules van elkaar, omdat je van de meeste e-healthplatforms lid moet zijn, zoals Karify of Minddistrict. Organisaties zijn veelal lid van ofwel B8 (Karify) ofwel de Gx (Minddistrict). Er worden wel acties ondernomen om aanbieders te dwingen platformafhankelijke content te ontwikkelen; zo is de B8 bijvoorbeeld aan het onderzoeken of dat kan; het ontwikkelen hiervan is mogelijk door gezamenlijke inleg van geld. De aanbieders van de platforms hebben de expertise nodig, maar als instelling betaal je de platforms ook. Content wordt van de instellingen, zonder content hebben de platforms geen expertise, dus geen product. Zo ontwikkelt de ggz academy met in- en externe partijen e-learning modules voor de leden, die ze in hun eigen platform kunnen laten werken.

Wat er al bestaat is de coöperatie Mental Wealth (<http://mentalwealth.eu/>) ; hier zijn verschillende instellingen bij betrokken, bedoeld om kennis bij elkaar te brengen en apps/games te ontwikkelen en implementeren. Zij waren aanvankelijk aanjager van 'Koppeltaal': een gezamenlijke 'taal' om informatie tussen allerlei systemen in de ggz te kunnen uitwisselen.

- Nederland blijkt nog steeds koploper van Europa wat betreft e-health in de ggz. Amerika ontwikkelt veel apps, maar deze sluiten niet altijd goed aan bij de situatie in Nederland. We zijn koploper vooral in blinded behandelen, niet zozeer in de app-ontwikkeling. Amerika blijkt wel meer apps te hebben die gebruikersvriendelijk zijn en meer variatie hebben dan de apps in Nederland.
- Cliënten hebben wel interesse in meer e-health, maar behandelaars vaak terughoudend. *Hoe motiveer je een team om e-health meer toe te passen?*
 1. Technische problemen tackelen
 2. Als iets onvoldoende zorgvuldig wordt geïmplementeerd, haakt men af
 3. Content moet op orde zijn
 4. Generatiekloof?
 5. Niet teveel veranderingen tegelijk willen doorvoeren
 6. Training/scholing van team, oefenen met elkaar
 7. Soms voelt het als 'afstand', terwijl je met de doelgroep vooral bezig bent met een hechtingsrelatie opbouwen.
- Het publiceren van artikelen over (evidence van) e-health gaat ook motiverend werken; wie willen er mee publiceren?

Ook de inzet van gebruikers zelf kan bijdrage aan producten die de behoeftes vervullen. Meer integreren van modules in de behandeling. Zorgverzekeraar beaamt dit; stimuleren van behandelaars en managers wordt bovendien gezien als vereiste in GGz.

PRESENTATIES

Berjan (spv) en Lotte (cliënt) – Dimence: er was nog weinig deskundigheid in het team op het gebied van e-health en veel angst om dingen verkeerd te doen, vooral bij de oudere generatie. Er is vervolgens uitgebreid intern geoefend in het team met elkaar, en een soort helpdesk (jonge collega's) ingesteld.

Voordelen van gebruik van apps: meer overzicht, makkelijk bijhouden, krijg een herinnering, papier raakt vaak kwijt. Cliënt bracht vaak nieuwe apps in die handig zouden kunnen zijn.

Het management biedt een platform, het team geeft zelf invulling hieraan. Weerstand zat vooral in het niet weten en onzekerheid, maar dit verminderde door het oefenen en makkelijke beschikbare hulp (collega-helppdesk).

Discussie

PsyQ: heeft een ADHD platform waarbij trainingssessies opgezet worden waarin behandelaars en cliënten samen zitten. Dit is nu een pilot, maar wellicht kan die worden verbreed naar andere doelgroepen.

Vraag of het agendatechnisch ook wat oplevert; cliënt wil niet altijd minder behandelcontacten, hoe los je dit op als je ook e-health contacten hebt en dit moet voorbereiden? Het idee van werken met e-health is dat je sneller to the point kan komen door deze contacten op afstand. Je kunt starten met psychoeducatie als je moet wachten bijvoorbeeld, en als er al veel is ingevuld door de cliënt, weet je vooraf al een heleboel.

CARROUSEL

1. Aline Verhoeff (Eleos) – Innovatieve module gericht op religieuze coping
Module die de relatie tussen geloof en psychische klachten bekijkt. Is een RCT gedaan naar deze module; blijkt dat schadelijk effect van struggles op het gebied van coping buffert en positieve coping ondersteunt. Deze module is alleen begeleid aan te bieden en begeleider moet wel christelijk onderlegd zijn (kan ook pastoraal werker zijn). Onderzoek is alleen gedaan bij mensen met angst en depressieklachten.

2. Helga Pruiksma en Geja Boomsma (Lentis) – Module Schematherapie
Bedoeld was plm. 10% van de behandelvormen blended te krijgen, bij Lentis PSYQ persoonlijkheidsstoornissen is dat nu 3-4%. Dit vanwege onwennigheid, en knip en plakwerk onhandig. In Minddistrict is veel ontwikkeling geweest van modules bestemd voor behandeling As I klachten. Deze hebben meerwaarde, ook voor as II patiënten. Individuele behoeftes/klachten kunnen ermee worden behandeld – bij PP veel comorbiditeit – en tevens werkbaar als in een groep behandeld wordt. E-health modules werken dan autonomiebevorderend, inzetbaar in de toeleiding naar - of als een vervolgbehandeling op een as II behandelvorm. Ook een noodplan, geheten “expert van jezelf” is voor PP nuttig.

Nieuw ontwikkeld zijn 2 modules: Psychoeducatie PP – deze wordt op het effect onderzocht door onze KP psycholoog in het kader van een gerichte informed consent route t.b.v. patienten. Ook gloednieuw is de ehealth module Schematherapie. Samen met andere GX partners (GGZ Delfland, NHN, en Breburg) ontwikkeld, met aandacht voor modi en schemakennis. Focus op limiting reparenting en experientiele technieken. Release is begin juni.

3. Helga Aalders (Altrecht) – Schematherapie
Aangesloten bij Karify. Gericht op therapeutische relatie, integreren van f2f en e-health. Eerst technische problemen, zijn nu weer opgelost, maar blijven stimuleren van Karify om te blijven ontwikkelen.
Belangrijk om problemen zorgvuldig te inventariseren bij je team; klachten heel serieus nemen en laten zien dat je dit aanpakt.

Systemen op elkaar laten aansluiten (zoals EPD). In meerdere accounts moeten werken is niet gewenst.

Maak het onderwerp van jaargesprek, breng de visie duidelijk naar voren.

4. Sem Simon (De Viersprong) – DGT

Zijn nu 12 maanden bezig met een onderzoek naar DGT Onderweg en DiaryCard. App lijkt extra steuntje in de rug, aanbod bij frequente crisis te licht. In de Engelse app is het dagboek geïntegreerd, in Nederlandse nog niet.

5. Irene Helderma en Diek Lukassen (GGzE) – Welkomstmodule MBT

GGzE heeft een e-lab, wat een broedplaats is voor nieuwe ideeën, vooral ook samenwerking met studenten van TU. In de welkomstmodule (gekoppeld aan Minddistrict) is te zien hoe de instelling eruit ziet en wat je kunt verwachten. Je kunt van alles bekijken en doorlopen om te zien of je wilt kiezen voor De Wende. Je moet wel inloggen voor dit platform.

6. Erwin van Meekeren (Scelta/GGNet) – Zelfhulpprogramma Borderline

Borderline Hulpboek werd in online modules gegoten. Pilot gedaan van 8 keer 2 uur, waarin alle thema's werden doorlopen. Dat lukte prima. Er is huiver bij hulpverleners tav aanmelding (past t in mijn therapie?, past t nu?)

Modules ook prima apart te doorlopen.

Plan: proberen om mensen in dit programma te krijgen en om dit te doorlopen zonder therapie; als wachtlijstgroep; en natuurlijk ook 'met therapie'. In toekomst ook onderzoek: wie doet mee?

DISCUSSIE 2

De uitdaging is om minder afhankelijk te zijn/worden van (een van de twee commerciële bedrijven Karify/Minddistrict; , fijn als we meer gelijkwaardige partners worden. Ook ons assertiever opstellen. Wij bepalen immers de inhoud.

Wat kan Kenniscentrum doen in e-health ontwikkeling?

- Instellingen bij elkaar brengen om wellicht samen dingen te ontwikkelen
- Bijhouden wat iedereen doet / ontwikkelt (e-lab heeft hier een platform voor)
- Oproep: Houd allen Kenniscentrum op de hoogte van alle soorten ontwikkelingen
- Naar opleiders om noodzaak gebruik e-health aan te geven
- Ontwikkelen van modules voor EPA doelgroep
- Onderzoek opzetten naar effectiviteit en hoe in te passen in de zorgpaden?

Is er interesse in deelname podium? Neem contact op met Erwin van Meekeren / Nina van Bunningen.