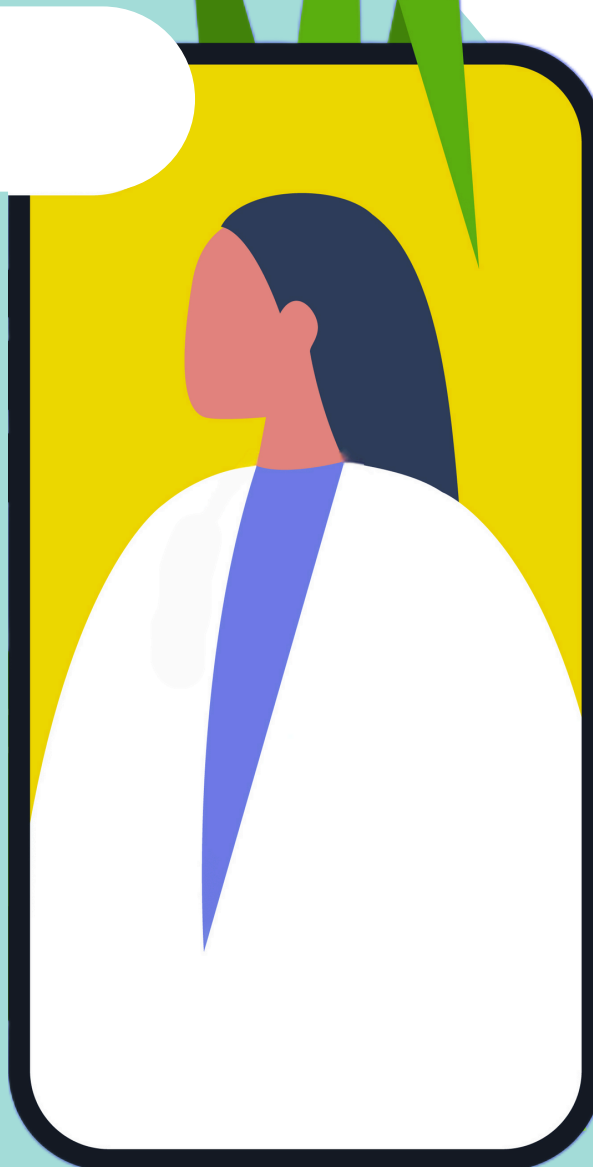


Eindrapportage

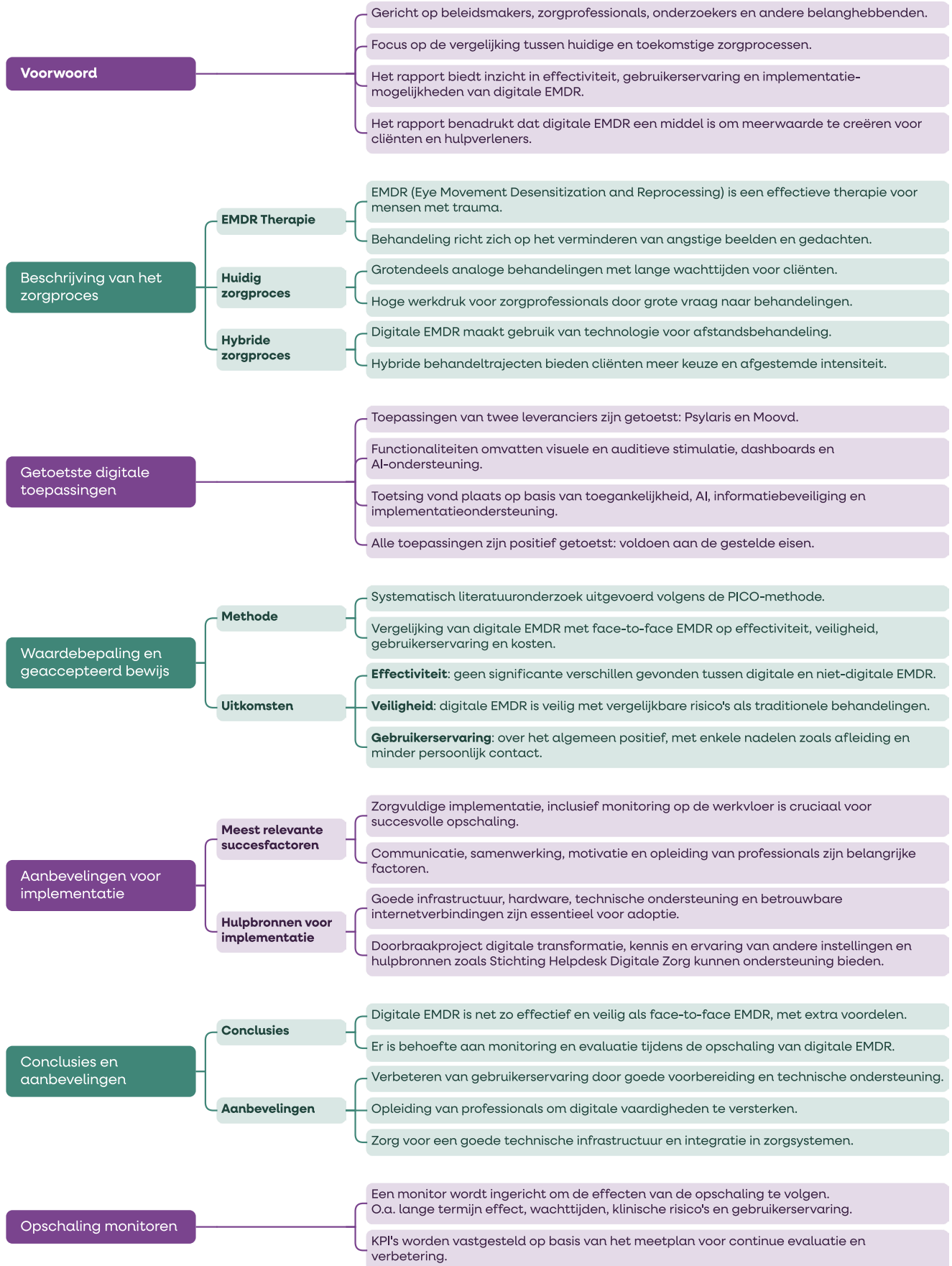
Behandeling met digitale EMDR in de geestelijke gezondheidszorg

Uitkomsten van de toetsing en de waardebeoordeling,
handvatten voor implementatie.

Opgesteld door Digizo.nu
in samenwerking met MIND en het NIP



Management Summary



Inhoud

1	Voorwoord	6
2	Beschrijving van het zorgproces	8
	2.1 EMDR	
	2.2 Huidig zorgproces	
	2.3 Hybride zorgproces	
3	Getoetste digitale toepassingen	11
	3.1 Leveranciers	
	3.2 Toetsing van de toepassingen	
4	Waardebepaling en geaccepteerd bewijs	13
	4.1 Onderzoeksmethode	
	4.2 Uitkomsten	
	4.3 Conclusie en beperkingen waardebepaling geaccepteerd bewijs	
5	Aanbevelingen voor implementatie	19
	5.1 Meest relevante succesfactoren voor de Nederlandse praktijk	
	5.2 Hulpbronnen voor implementatie	
	5.3 Goede voorbeelden	
	5.4 Afspraken	
6	Conclusies en aanbevelingen	24
	6.1 Conclusies	
	6.2 Aanbevelingen	
7	Opschalingsmonitor	26
8	Referenties	27
	Bijlage 1 – Getoetste specificaties	31
	Bijlage 2 – Domeinen en acceptatiegrenzen in het meetplan	32
	Bijlage 3 – Algemene informatie, ervaringen en aanbevelingen over implementatie	34

Definities en afkortingen

Definities

Term	Betekenis
Acceptatiegrens	Per waardebepalingsdomein worden indicatoren gespecificeerd die betrekking hebben op het hybride zorgproces in kwestie. Voor elke indicator in het meetplan wordt een acceptatiegrens gesteld: er wordt afgesproken welk bewijs minstens nodig is op die indicator om de waarde van het getransformeerde zorgproces aan te tonen.
Eisen en optionele eisen	<p>Eisen en optionele eisen geven aan welke indicatoren uit het meetplan het belangrijkst zijn voor de vertegenwoordiging van de IZA-partijen. Ze komen overeen met de labels Must-have en Should-have uit de MoSCoW methode. Die worden gebruikt om tijdens het opstellen van het meetplan af te wegen welke indicatoren het belangrijkst zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Must-have (Eis) betekent dat aan claim voor deze indicator moet worden voldaan, omdat transformatie naar het nieuwe zorgproces anders erg onzeker is qua meerwaarde. ● Should-haves (Optionele eis) zijn claims die men graag wil bereiken – of op den duur zou moeten bereiken – met de transformatie. Als er niet, of nog niet, aan wordt voldaan, geeft dat niet direct een reden om niet te willen implementeren of schalen. Het is dan belangrijk op desbetreffende indicatoren te monitoren, leren en verbeteren tijdens implementatie en opschaling. ● Could-haves zijn indicatoren waarop waarde bereikt zou kunnen worden, maar waar dat niet specifiek wordt beoogd of verwacht. Bewijs hiervoor is in dit onderzoek niet meegenomen, omdat Could-haves geen implicaties hebben voor de onderzoeks- en opschalingsaanbevelingen. ● Won't-have betekent dat een indicator bewust niet onderzocht wordt, omdat beoordeling op dit punt irrelevant is of praktisch onhaalbaar. Deze indicatoren zijn daarom niet meegenomen in het onderzoek.
Grijze literatuur	Publicaties die niet in bibliografische databases zijn opgenomen, zoals rapporten van officiële instanties, werkdocumenten, 'interne' documenten, doctoraalscripties, populair-wetenschappelijk werk en krantenartikelen
Hybride zorg	Een mix van digitale zorg en zorg op de locatie van de zorgaanbieder (definitie volgens het Zorginstituut Nederland).

Meetplan	Het meetplan vormt de basis voor het onderzoek naar bestaand bewijs en gaat uit van domeinen: Kwaliteit, Betaalbaarheid (Kosten), Toegankelijkheid en Duurzaamheid. Binnen die domeinen worden indicatoren gespecificeerd voor het zorgproces in kwestie en wordt afgewogen welke indicatoren daarvoor het belangrijkste zijn (zie Eisen en Optionele eisen). Het meetplan wordt opgesteld met een vertegenwoordiging van de IZA-partijen uit de bij het zorgproces betrokken sector en MIND, specifiek voor de ggz.
Meta-analyses	Een meta-analyse is een onderzoek waarbij de resultaten van eerdere studies worden gecombineerd om een nauwkeuriger oordeel te geven over een bepaald onderwerp. Het is een statistische methode die vaak wordt gebruikt in een systematische review. Het belangrijkste voordeel van meta-analyse is dat het samenvoegen van verschillende studies zorgt voor beter discriminerend vermogen en sterkere conclusies over het effect.
PICO	Populatie, Interventie, Comparator (Vergelijking), Outcomes (Uitkomsten): PICO is een gespecialiseerd raamwerk dat door de meeste onderzoekers wordt gebruikt om een onderzoeksvraag te formuleren en literatuuronderzoek te vergemakkelijken.
Systematisch literatuuronderzoek	Systematisch literatuuronderzoek geeft overzicht van de stand van zaken met betrekking tot een bepaalde onderzoeksvraag. Er wordt geen (nieuwe) data verzameld, maar gebruik gemaakt van bestaand bewijs uit eerder uitgevoerd onderzoek door anderen.

Afkortingen

Afkorting	Betekenis
Akwa GGZ	Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg
BRI	Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten
CZ	Collectieve Zorgverzekering
DSM 5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FMS	Federatie Medisch Specialisten
ggz	Geestelijke Gezondheidszorg
IZA	Integraal Zorgakkoord
KPI	Key Performance Indicator
OCD	Obsessieve compulsieve stoornis
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
VR	Virtual Reality
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZPM	ZorgPrestatieModel

1 Voorwoord

Deze publicatie gaat over de toetsing en waardebeoordeling van de behandeling met digitale EMDR in de ggz. Deze publicatie is opgesteld omdat Digizo.nu, met behulp van het Zorgtransformatiemodel, aanwijzingen gevonden heeft dat dit proces kan bijdragen aan het toegankelijk houden van de ggz, met behoud van kwaliteit van zorg.

Als gevolg van de positieve evaluatie door de betrokken IZA partijen, het NIP en MIND is stimulering van opschaling van dit proces mogelijk. Om deze opschaling te bewerkstelligen, worden verbeterpunten in het proces in de aankomende periode door de IZA partijen aangepakt. Monitoring wordt tijdens de fase van opschaling gebruikt om de eerder gevonden resultaten te verifiëren en om eventueel onvoorziene ontwikkelingen te kunnen oppakken.

Dit rapport biedt een waardebeoordeling van de inzet van digitale EMDR bij behandelingen in de ggz, met als doel inzicht te verschaffen in de effectiviteit, gebruikerservaring en mogelijkheden voor implementatie van digitale en hybride zorgprocessen. Belangrijk is om bij het lezen van deze rapportage mee te nemen dat de inzet van digitale EMDR nooit een doel op zich is, maar een middel om meerwaarde te creëren voor cliënten en/ of hulpverleners. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld een daling in aantal behandelsessies door de inzet van digitale EMDR of de doorlooptijd van de behandeling voor een cliënt.

Het rapport is bedoeld voor beleidsmakers, (zorg)professionals, onderzoekers en andere belanghebbenden binnen de ggz. Het richt zich op de vergelijking tussen de huidige situatie (in onderzoekstermen 'IST'), waarbij EMDR behandelingen grotendeels plaatsvinden zonder digitale ondersteuning, en de voorgestelde toekomstige situatie (in onderzoekstermen 'SOLL'), waarin digitale EMDR volledig is geïntegreerd in een zorgproces. In deze publicatie geven we inzicht in wat bedoeld wordt met behandeling met digitale EMDR in de ggz, hoe de onderliggende toepassingen zijn beoordeeld en op welke thema's we bewijs gevonden hebben. Ook wordt beschreven wat er tijdens de opschaling kan worden doorontwikkeld en gemonitord om waardevolle toepassingen van dit proces sneller te laten schalen.

Met dit rapport willen we niet alleen een overzicht bieden van de mogelijkheden en uitdagingen van digitale EMDR in de ggz, maar ook een uitnodiging doen tot verdere discussie en samenwerking. We hopen dat het als inspiratie kan dienen voor beleidsmakers en zorgprofessionals bij het vormgeven van toekomstige ggz-behandelingen.

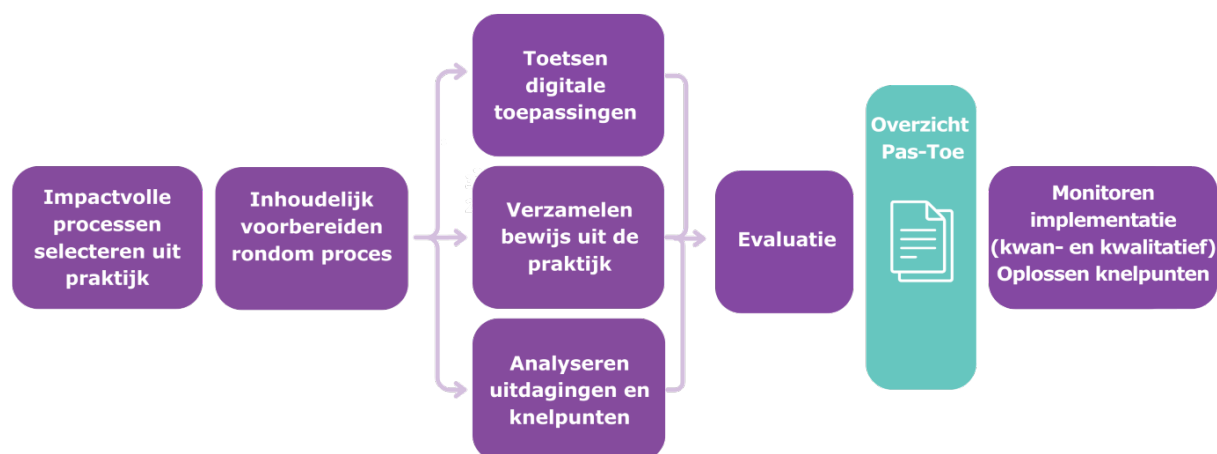
Het door Digizo.nu gelopen proces heeft veel steun ontvangen van de werkgroep ggz van Digizo.nu, te weten, in willekeurige volgorde: Carlos Croes (GGz Centraal, namens NIP), Karlijn de Groot (Tactus), Anneke van Schaik (GGz Ingeest, namens NVvP), Jaap Schrieke (De Nederlandse ggz), Gerbrand van de Beek (Mental Care Group), Iris Bogers (ZN), Toine van Kollenburg (CZ), Juliët Holtschlag (MIND). We zijn hen hier heel dankbaar voor.

Methodiek Digizo.nu

Digizo.nu selecteert en evalueert impactvolle digitale en hybride processen volgens de methodiek van het Zorgtransformatiemodel. In dit model staat de transformatie naar bewezen digitale en hybride processen centraal. Het Zorgtransformatiemodel doorloopt de volgende fasen:

- **Impactvolle processen selecteren uit de praktijk:** Identificeren van processen uit de praktijk die potentie hebben om zorg te verbeteren. De uitkomst van deze fase is een gedragen Transformatieagenda.
- **Toetsen van digitale toepassingen:** Zorgvuldig onderzoeken en testen van de gekozen toepassingen om hun veiligheid, effectiviteit en gebruikersvriendelijkheid te waarborgen.
- **Verzamelen bewijs uit de praktijk (waardebepaling):** Verzamelen en analyseren van bewijs uit de praktijk om vast te stellen of de toepassing voldoet aan de acceptatiegrenzen die zijn gesteld in het desbetreffende meetplan.
- **Plaatsing op het overzicht 'Pas-Toe':** Wanneer een proces positief geëvalueerd wordt en deze evaluatie bekrachtigd wordt door de Stuurgroep van Digizo.nu, krijgt het de status 'Pas-Toe' voor een volgende fase van veilige, brede opschaling in de praktijk.

Iedere stap hanteert een grondige en gestandaardiseerde methodiek, die zorgvuldig wordt gevolgd zodat alleen effectieve en veilige processen worden opgeschaald. Hierdoor kan behandeling met digitale EMDR op een veilige manier geïmplementeerd worden. Meer informatie over wat deze stappen inhouden, vind je op de [website](#) van Digizo.nu.



Figuur 1: De aanpak van Digizo.nu

2 Beschrijving van het zorgproces

2.1 EMDR

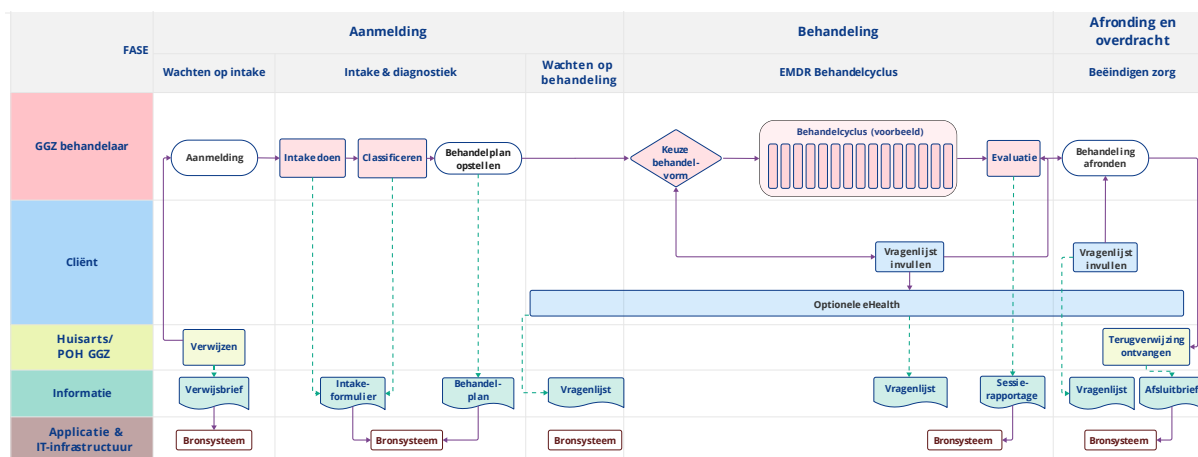
Eye Movement Desensitization and Reprocessing, afgekort tot EMDR, is een therapie voor mensen die last blijven houden van de gevolgen van een schokkende ervaring, zoals een ongeval, seksueel geweld of andere geweldsincidenten. Het kan zijn dat de schokkende gebeurtenis ervoor zorgt dat iemand steeds angstige beelden of gedachten heeft, waardoor verschillende klachten optreden, zoals angst, somberheid of slaapproblemen. EMDR is een behandeling om iemand van deze klachten af te helpen. EMDR is bewezen effectief en kent in de praktijk een bredere toepassing dan alleen voor symptomen van angst- of post-traumatische stress (PTSS). Door de partijen die betrokken zijn bij dit onderzoek is besloten om het onderzoek naar bestaand bewijs te richten op de behandeling van mensen met angststoornissen of PTSS.

Tijdens de EMDR behandeling vraagt een therapeut de cliënt om terug te denken aan de nare gebeurtenis. Tegelijkertijd wordt de cliënt afleidende stimulansen aangeboden, zoals bijvoorbeeld fysieke handbewegingen of tikken. De cliënt richt zijn aandacht op de afleidende stimuli. Tijdens EMDR moet het werkgeheugen veel tegelijkertijd verwerken, daardoor vervaagt het beeld aan de herinnering. De herinnering gaat niet helemaal weg, maar de emotionele lading die op de herinnering rust, neemt af. Het gevolg is dat iemand terug kan denken aan bepaalde situaties, zonder daarbij angst of paniek te ervaren.

Door EMDR digitaal, hybride of autonoom (zelfstandig toegepast door de cliënt) in te zetten, worden de visuele en/ of auditieve prikkels aangeboden in een virtuele omgeving, in plaats van in een fysieke omgeving. Door de virtuele omgeving wordt het mogelijk het werkgeheugen zwaarder te belasten. Op het moment van het schrijven van dit rapport wordt EMDR voornamelijk analoog toegepast.

2.2 Huidig zorgproces

Het huidige zorgproces (IST-proces, figuur 2) binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) vindt grotendeels analoog plaats. De cliënten van ggz-aanbieders worden vooral op locatie door zorgprofessionals behandeld. Vanwege de grote vraag naar behandeling in de ggz en lange doorlooptijden, vooral in de gespecialiseerde ggz, moeten cliënten vaak maandenlang wachten tot ze behandeling kunnen beginnen ([De Staat van Volksgezondheid en Zorg, n.d.](#)). Additioneel leidt de grote vraag tot een hoge werkdruk bij zorgprofessionals.

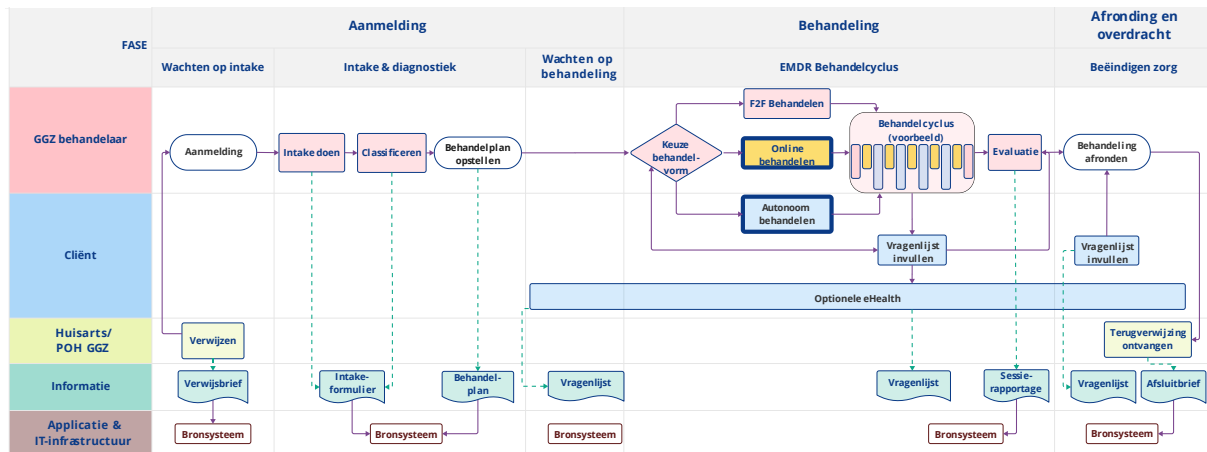


Figuur 2: Huidige zorgproces (IST-proces)

2.3 Hybride zorgproces

Digitale EMDR maakt gebruik van technologie, zoals speciaal ontworpen apps, om EMDR-therapie op afstand mogelijk te maken. Hier zijn enkele kenmerken van ggz-behandeling met digitale EMDR:

- **Digitale stimulansen:** In plaats van fysieke handbewegingen of tikken, kunnen digitale EMDR-platforms visuele stimuli gebruiken, zoals bewegende punten op het computerscherm, of auditieve stimuli, zoals specifieke geluiden of tonen, om de afleiding te bieden die nodig is tijdens de therapie.
- **Beveiliging en privacy:** Digitale EMDR-platforms moeten voldoen aan strenge beveiligings- en privacyrichtlijnen om de vertrouwelijkheid van de therapeutische interacties te waarborgen. Dit omvat onder andere het gebruik van versleutelde communicatie en veilige gegevensopslag.
- **Interactieve tools:** Sommige vormen van digitale EMDR bieden interactieve tools en functies om de therapeutische ervaring te verbeteren. Voorbeelden van zulke functies en tools zijn het bijhouden van sessievoortgang, het delen van notities en het gebruik van virtuele whiteboards voor tekeningen of diagrammen. Sommige oplossingen gebruiken AI om EMDR tijdens de sessie aan te passen aan de reacties van de cliënt.
- **Verschillende vormen:** Digitale EMDR kent verschillende vormen, waaronder VR-EMDR, en autonome EMDR (EMDR wordt dan door een cliënt zelfstandig in de thuisituatie toegepast).



Figuur 3: Beoogde situatie (SOLL-proces)

Het gebruik van digitale EMDR kan mensen helpen om toegang te krijgen tot effectieve trauma-therapie, zelfs als er belemmeringen bestaan om persoonlijk naar een behandellocatie te gaan. Door hybride behandeltrajecten hebben cliënten meer keuze ten aanzien van de vorm van behandeling en kan de intensiteit van de behandeling preciezer worden afgestemd op de situatie van de cliënt.

3 Getoetste digitale toepassingen

3.1 Leveranciers

Voor het zorgproces Behandeling met digitale EMDR in de ggz zijn toepassingen van twee leveranciers getoetst: Psylaris en Moovd. Elk van deze toepassingen biedt functionaliteiten voor behandeling met digitale/ hybride EMDR. Digitale EMDR is een verzamelnaam voor verschillende varianten waarin EMDR met behulp van technologische middelen wordt uitgevoerd. Er wordt hierbij voor digitale EMDR onderscheid gemaakt tussen twee varianten: begeleide en autonome EMDR.

Bij begeleide EMDR doorloopt de behandelaar het EMDR-protocol terwijl er gebruik wordt gemaakt van een digitaal middel om de afleidende taken aan de cliënt te tonen, eventueel met toevoeging van exposure beelden. Dit kan ook met behulp van een EMDR VR-toepassing. Deze vormen zijn zowel online als in de behandelkamer in te zetten, maar altijd met een behandelaar samen.

Bij autonome EMDR zorgt het digitale middel ervoor dat de cliënt het EMDR-protocol volledig doorloopt. Dit gebeurt door middel van AI, waarbij alle reguliere stappen behandeld worden inclusief de afleidende taken. Het digitale middel kan aan de cliënt naar huis meegegeven worden voor de zelfstandige inzet van EMDR, zonder dat hierbij een behandelaar nodig is die de sessie begeleidt.

Tabel 1 toont een overzicht van de functionaliteiten per leverancier.

Kenmerken van de toepassing	Psylaris	Moovd (WeMind)
Zonder therapeut te doorlopen	✓	
Ondersteunend AI algoritme tijdens de therapie	✓	✓
Inclusief hardware	✓ (VR bril)	
Zowel fysiek als online therapie	✓	✓
Visuele stimulatie	✓	✓
Auditieve stimulatie	✓	✓
Dashboard	✓	
Platform		✓

Tabel 1: Overzicht van toepassingen voor digitale EMDR, waarbij het vinkje aangeeft dat de toepassing over de betreffende functionaliteit beschikt.

3.2 Toetsing van de toepassingen

Voor het zorgproces Behandeling met digitale EMDR in de ggz zijn bovenstaande toepassingen van Psylaris en Moovd positief getoetst. Dat betekent dat deze toepassingen veilig in de zorg kunnen worden ingezet. De toetsingen vonden plaats tussen mei 2022 en september 2022, waarbij onderstaande aspecten uit de Leidraad Toetsing werden geëvalueerd (Tabel 2). Een overzicht van de getoetste specificaties is opgenomen in bijlage 1 en beschikbaar op de website van [Digizo.nu](https://www.digizo.nu).

Toetsonderdeel	Psylaris	Moovd (WeMind)
Eindgebruiker en toegankelijkheid	✓	✓
AI	✓	✓
Informatiebeveiliging & privacy	✓	✓
Certificering	✓	✓
Implementatieondersteuning door leverancier	✓	✓
Alle toepassingen zijn positief getoetst	✓	✓

Tabel 2: Toetsonderdelen

4 Waardebepaling en geaccepteerd bewijs

Het waardebepalend onderzoek naar behandeling met digitale EMDR is uitgevoerd op basis van een meetplan. Dit meetplan is opgesteld met vertegenwoordiging van de IZA-partijen behorende tot de sectoren die betrokken zijn bij dit zorgproces, en MIND. Het meetplan is te vinden in bijlage 2.

Het meetplan beschrijft geprioriteerde aspecten van waarde in de domeinen kwaliteit, kosten en toegankelijkheid van zorg. Op basis van de indicatoren per domein in het meetplan is gezocht naar wetenschappelijke studies en grijze literatuur. Vervolgens is met de vertegenwoordiging van de IZA-partijen beoordeeld of het gevonden bewijs voldoende is om te besluiten tot opschaling, of dat er nog aanvullend praktijkgericht onderzoek nodig is.

4.1 Onderzoeksmethode

Er is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd om vast te stellen of er voldoende bewijs beschikbaar is voor de specificatie van de claim voor elke indicator in het meetplan (Tabel 3).

Domein (indicator)	Specificatie van claim
	Bij behandeling met digitale EMDR:
Kwaliteit (effectiviteit)	De zorg is minstens even effectief als face-to-face zorg.
Kwaliteit (veiligheid)	De risico's zijn gelijk aan of kleiner dan die van reguliere behandelingen op het gebied van incidenten, morbiditeit/mortaliteit De risico's op het gebied van informatiebeveiliging, privacy en verantwoordelijkheid zijn aanvaardbaar.
Kwaliteit (gebruikerservaring)	De ervaring van cliënten en zorgverleners is gelijk of beter dan bij het niet-digitale proces.
Kosten	De kosten zijn gelijk aan of lager dan die van het huidige proces.

Tabel 3: Overzicht van domeinen en acceptatiegrenzen in het meetplan

De richting van het literatuuronderzoek is bepaald op basis van een 'PICO', ofwel het kiezen van de relevante Populaties, Interventie, vergelijking (Comparator) en uitkomsten (Outcomes). De PICO voor het onderzoek (Tabel 4) bevat de populaties PTSS, angst en/ of trauma. In de huidige situatie worden deze populaties voornamelijk behandeld met EMDR in een face-to-face setting, zonder digitale hulpmiddelen (vergelijking). De huidige manier van zorg wordt vergeleken met behandeling met digitale EMDR (Interventie) op uitkomsten op de indicatoren effectiviteit, veiligheid, gebruikerservaring en kosten.

PICO	Definitie
Populatie	Populaties binnen de ggz met een diagnose PTSS, angst of trauma en met een indicatie voor EMDR
Interventie (toekomstig proces)	EMDR behandeling waarbij een digitale, hybride of VR EMDR toepassing is ingezet.
Vergelijking (huidig proces)	Face-to-face EMDR
Uitkomsten	Effectiviteit (korte en lange termijn-effecten) Veiligheid (incidenten, mortaliteit, morbiditeit) Gebruikerservaring Kosten

Tabel 4: Overzicht van domeinen en acceptatiegrenzen in het meetplan

4.2 Uitkomsten

Een informatiespecialist heeft de PICO gebruikt voor de zoekstrategie. Hiermee zijn 647 mogelijk relevante studies gevonden in de databases Medline, Embase en PsychInfo. Na titel en abstract screening kwamen 27 studies in aanmerking voor relevantie-beoordeling op basis van de volledige tekst, waaronder één systematische review gebaseerd op 12 studies. Uit deze review zijn nog 10 extra studies toegevoegd. Na de relevantiebeoordeling van deze 37 studies op basis van de volledige tekst zijn er 25 studies geïncludeerd die tussen 2013 en 2024 gepubliceerd zijn (voor een overzicht zie de referentielijst in hoofdstuk 8).

Meest voorkomende redenen om studies te excluseren was dat bij beoordeling toch geen sprake leek te zijn van digitale EMDR, of dat er geen bruikbare primaire uitkomstmaten gegeven werden.

Effectiviteit van digitale EMDR

Bestaand onderzoek wijst voorsnog op een gelijke effectiviteit van digitale (of hybride) EMDR in vergelijking met niet-digitale EMDR voor PTSS klachten, maar de resultaten zijn niet sensitief genoeg voor sterke conclusies. Er is geen wetenschappelijke data over de snelheid waarmee het sessiedoel wordt bereikt.

Er is geen analyse gedaan van de lange-termijn effecten van hybride EMDR ten opzichte van niet-digitale EMDR.

Resultaten van tien studies zijn gebruikt voor beoordelen van effectiviteit na afloop van de behandeling. Door mogelijk relevante verschillen in onder andere onderzoeksopzet, populaties en soort digitale (of hybride) EMDR zijn de effecten niet goed te vergelijken met face-to-face EMDR. De verschillende soorten digitale (of hybride) EMDR die in de tien studies onderzocht werden zijn online EMDR (zeven studies), een online EMDR module, online groeps-EMDR en een online cursus waar (naast cognitieve gedragstherapie) ook EMDR in verwerkt was. Tabel 5 laat zien op welke ggz-populaties deze tien studies betrekking hadden. Gezien het beperkte aantal studies is er niet genoeg data om onderscheid te maken tussen verschillende ggz populaties.

Ggz populatie	Aantal keren onderzocht (N=10)
PTSS	6
Acute stress stoornis	2
Psychologische stress	1
Trauma	1

Tabel 5: ggz-populaties in onderzoeken

Ondanks de verschillen tussen de studies is er gekeken naar de scores op de primaire uitkomstmaten van elke studie om in te schatten hoe effectief digitale/hybride EMDR gemiddeld is (bij gebruik in diverse vormen of omstandigheden) ten opzichte van face-to-face EMDR.

In twee geïncludeerde studies (één met randomisatie en één zonder randomisatie) werd EMDR met digitale component rechtstreeks vergeleken met face-to-face EMDR. Geen van beide studies schatte het effect lager in. Echter, aan beide studies nam een beperkt aantal proefpersonen deel, waarmee het bij voorbaat onwaarschijnlijk was dat een klinisch relevant verschil in klachten zichtbaar zou worden in vergelijking met face-to-face EMDR.

De overige studies beoordeelden alleen het gemiddelde verschil in klachten van patiënten voor en na het inzetten van digitale (of hybride) EMDR. Door de verschillen in onder andere opzet, populaties en soort digitale EMDR zijn ze onderling lastig te vergelijken. We hebben gekeken naar de ontwikkeling van scores op de primaire uitkomstmaat in elke studie om een goede indruk te krijgen van de effectiviteit van digitale EMDR. De verschillen tussen voor- en nametingen bij deze studies liepen sterk uiteen, maar suggereerden gemiddeld een grote afname van de klachten van patiënten.

Naast de tien wetenschappelijke studies was er in de grijze literatuur informatie te vinden over voorlopige resultaten van onderzoek met VR EMDR. In een korte – niet gepubliceerde – rapportage over een onderzoek door studenten van Maastricht University bij de Mondriaan Stichting werd binnen een groep van 26 cliënten een grote verbetering van PCL-5-scores gerapporteerd. Het geschatte verschil tussen voor- en nameting lag dicht bij het gemiddelde van de tien gepubliceerde studies. Er moet wel genoemd worden dat het om voorlopige, nog niet gepubliceerde data gaat.

Over de effectiviteit van digitale (of hybride) EMDR op lange termijn waren ten tijde van schrijven geen resultaten beschikbaar.

Er is in de wetenschappelijke literatuur geen informatie gevonden over het effect van digitale EMDR op wachtlijsten en wachttijd. Voorlopige data van leveranciers laat zien dat de tijd per sessie afneemt. Dit zou een positief effect kunnen hebben op de doorlooptijd, wachttijden en wachtlijsten.

Veiligheid

Digitale (of hybride) EMDR is veilig. De risico's op incidenten, mortaliteit, en morbiditeit zijn niet hoger dan bij niet-digitale EMDR.

In negen studies kwam veiligheid aan de orde. In vijf studies werden incidenten, zoals zelfbeschadiging, gerapporteerd. In deze studies kwam dit niet vaker voor bij digitale EMDR behandelingen. Er waren geen studies naar de veiligheid van autonome EMDR. Verder wordt het opstellen van noodprotocollen beschreven, dit is ook de aanbeveling vanuit de literatuur voor gebruik van digitale EMDR. Hierbij moet worden aangetekend dat het protocol voor autonome EMDR strikt is, inclusief strenge inclusiecriteria en oefenen onder directe begeleiding van een behandelaar.

Wetenschappelijke literatuur (hetzij beperkt), praktijkervaringen en grijze literatuur geven aan dat, mits goed geïmplementeerd, er geen aanwijzingen zijn dat digitale EMDR (inclusief autonome EMDR) niet veilig is.

Gebruikerservaring

De gebruikerservaring voor digitale (of hybride) EMDR is vergelijkbaar met het niet-digitale proces. Op sommige punten is de gebruikerservaring beter dan het niet-digitale proces.

Acht artikelen rapporteren dat veel cliënten de thuisomgeving als prettig ervaren, maar dat dit soms leidt tot afleiding. Wel is het van belang dat de thuissituatie rustig en veilig is. Hulpverleners noemden flexibiliteit als voordeel, maar zagen gebrek aan informatie over lichaamstaal als nadeel.

Cliënten en hulpverleners hebben gemengde ervaringen maar zijn over het algemeen positief; voordelen zijn het gemak en de privacy, terwijl nadelen vooral in afleiding en minder persoonlijk contact liggen.

Er is onvoldoende onderzoek dat rapporteert wat de voorkeuren zijn van cliënten en behandelaren na gebruik van digitale EMDR.

Toegankelijkheid bij Enkelvoudig en Meervoudig Trauma

Het huidige bewijs is nog in een te vroeg stadium om inzicht te kunnen bieden of de meerwaarde van digitale EMDR representatief is voor zowel enkelvoudig als meervoudig trauma.

Geen van de geïnccludeerde studies richtte zich op de vraag of er een verschil bestaat in de mate van effectiviteit van digitale in vergelijking met face-to-face EMDR tussen cliëntgroepen die verschillen in de mate van ernst of de meervoudigheid van de aanwezige psychische problematiek. De deelnemers aan de verschillende effectiviteitsonderzoeken bestaan uit een mix van cliënten met verschillende kenmerken.

Bekostiging

Er zijn geen harde conclusies mogelijk. Het kostenaspect dient verder onderzocht en gemonitord te worden bij opschaling.

De terugverdientijd van investeringskosten en structurele kosten voor gebruik vereist hoge(re) volumes/cliëntenaantallen

Er zijn geen wetenschappelijke studies (economische evaluaties) beschikbaar. Informatie van leveranciers en aanbieders laat zien dat de implementatiekosten hoog zijn. Daarnaast is het inherent aan het ZorgPrestatieModel (ZPM) dat het realiseren van een potentiële efficiëntieverbetering door het inzetten van digitale EMDR geen extra opbrengsten genereert voor een instelling. Het (gedeeltelijk) terugverdienen van investeringskosten en structurele kosten voor gebruik vereist daarom hoge(re) volumes/cliëntenaantallen.

Er is daarnaast afname van kosten in vergelijking met het huidige proces doordat er geen EMDR lichtbalken hoeven worden aangeschaft en de opbrengst in het ZPM voor kortere contacten iets hoger is in vergelijking met langere contacten.

Toegankelijkheid: praktisch gebruik en implementatie-uitdagingen

Goed gebruik en succesvolle implementatie vraagt om goede omstandigheden, zoals een rustige omgeving, stabiel internet en goede technische ondersteuning.

Verschillende studies benoemen praktische vereisten, waaronder een veilige behandelomgeving en goede apparatuur. In de literatuur worden privacy- en veiligheidszorgen geuit bij gebruik van digitale EMDR in de thuissituatie.

Wat de minimale eisen voor hybride EMDR zijn, hangt af van de vorm van digitale EMDR. Als dit een online variant is, is bijvoorbeeld een stabiele internetverbinding nodig. Ook moet verzekerd worden dat de cliënt beschikt over geschikte apparatuur.

Voor autonome EMDR zal de behandelaar de cliënt mogelijk moeten voorzien van apparatuur (hardware). Afhankelijk van de vorm van autonome EMDR is een stabiele internetverbinding vereist. In beide gevallen moet de ggz-instelling goede uitleg geven zodat de cliënt kan werken met de technologie.

4.3 Conclusie en beperkingen waardebeoordeling geaccepteerd bewijs

In de wetenschappelijke literatuur zijn aanwijzingen gevonden dat verschillende vormen van digitale EMDR even effectief zijn als face-to-face EMDR, waarschijnlijk net zo veilig, en extra voordelen kan bieden (bijvoorbeeld daling van behandelminuten in het geval van autonome EMDR en het gebruik van gecertificeerde apps). De wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp heeft zich nog niet sterk ontwikkeld, ook gezien de relatief recente introductie van digitale EMDR, waardoor definitieve conclusies – bijvoorbeeld over effectiviteit – nog niet getrokken kunnen worden.

De resultaten van de studies wijzen echter in de verwachte richting. De ervaringen van de zorgaanbieders, behandelaars en leveranciers zijn positief. Dit blijkt ook uit de grijze literatuur over dit onderwerp. Sterker bewijs, zoals RCT('s) met meer onderzoeksdeelnemers, zal niet op korte termijn beschikbaar zijn. De partijen betrokken bij de transformatie naar hybride/digitale zorg zijn van mening dat deze behoefte aan meer onderzoek de ontwikkeling, implementatie en adaptatie van deze toepassingen niet mag vertragen. Zij zijn dan ook van mening dat het getransformeerde proces, ondanks het beperkte (wetenschappelijk) bewijs, voldoende potentie heeft om verder op te schalen. Wel is het noodzakelijk om samen te werken aan gedegen evaluatieonderzoek dat ook aansluit op de praktijk, om vermoedens over de waarde van digitale (of hybride) EMDR te bevestigen, en goed te monitoren om onbeantwoorde vragen te kunnen beantwoorden. Dit wordt besproken in hoofdstuk 6.

Eisen

Domein	Specificatie van claim	Als voldoende ¹ beoordeeld	Aanvullend onderzoek
Kwaliteit (effectiviteit)	Geen verschil in uitkomsten in PTSS klachten (PCL5, PSI)	✓	Tijdens opschaling
	Geen verschil in snelheid sessiedoel bereikt bij populaties met PTSS, angst, of trauma.	✗	Tijdens opschaling
Kwaliteit (veiligheid)	De risico's zijn gelijk aan of kleiner dan die van reguliere behandelingen op het gebied van incidenten, morbiditeit/mortaliteit.	✓	Tijdens opschaling
Kosten	De kosten zijn gelijk aan of lager dan die van het huidige proces.	✗	Tijdens opschaling
Toegankelijkheid	Bewijs voor meerwaarde digitale of hybride EMDR is representatief voor zowel enkelvoudig als meervoudig trauma.	✗	Tijdens opschaling

Tabel 6: Geaccepteerd bewijs – Eisen voor opschaling

Optionele eisen

Domein	Specificatie van claim	Als voldoende ¹ beoordeeld	Aanvullend onderzoek
Kwaliteit (gebruikerservaring)	De gebruikerservaring is gelijk of beter dan het niet-digitale proces.	✓	Tijdens opschaling
	Zowel zorgverleners als patiënten gebruiken vooral digitale (of hybride) EMDR en niet meer niet-digitale EMDR.	✗	Tijdens opschaling
Kwaliteit (langetermijneffect)	Op lange termijn is het effect van digitale (of hybride) EMDR minstens net zo effectief ten opzichte van niet-digitale EMDR.	✗	Tijdens opschaling
Toegankelijkheid (praktisch gebruik)	Het digitale (of hybride) proces moet voor iedere beoogde behandelaar/patiënt te gebruiken zijn.	✓	Tijdens opschaling
Kwaliteit (behandelcapaciteit)	De wachtlijsten en wachttijden zijn gelijk of korter	✗	Tijdens opschaling

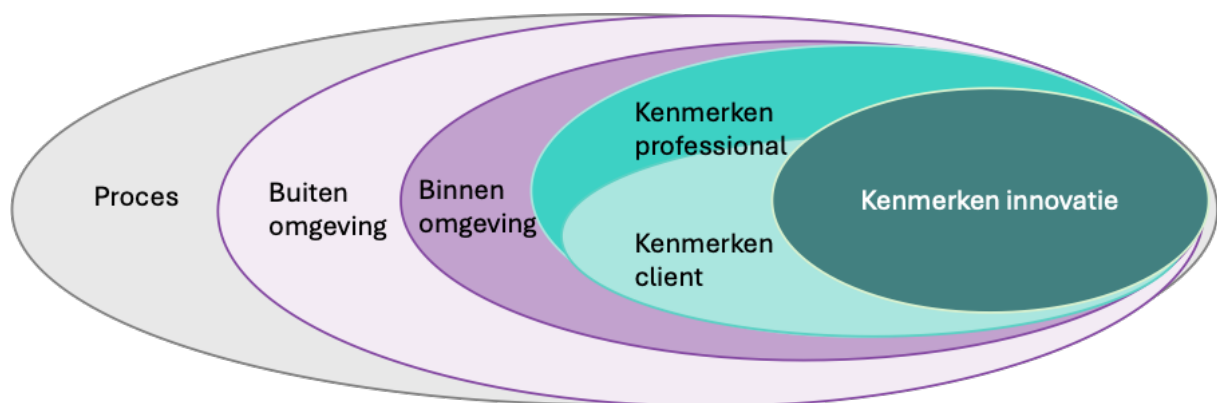
Tabel 7: Geaccepteerd bewijs – Optionele eisen

¹ Door de samenwerkende IZA partijen, het NIP en MIND is geoordeeld dat er voldoende bewijs (zowel wetenschappelijke, en grijze literatuur en ervaringskennis) is gevonden om dit aspect positief te evalueren.

5 Aanbevelingen voor implementatie

Voor de aanbevelingen voor een succesvolle implementatie van EMDR in de ggz is gebruikgemaakt van het raamwerk van Ross et al. 2016. Het raamwerk werd ontwikkeld op basis van een systematisch literatuuronderzoek en beschrijft de factoren die van invloed zijn op de implementatie van eHealth in de eerste, tweede en derde lijn. Het raamwerk is aangevuld met de bevindingen uit vier andere relevante onderzoeken die op basis van een gericht literatuuronderzoek zijn gevonden (Berardi et al., 2024; Kowatsch et al., 2019; Liu & Schueller, 2023; Marwaha et al., 2022). In bijlage 3 staat aanvullende informatie meer toegespitst op de Nederlandse praktijk.

Voor elk aspect van implementatie zijn een reeks aanbevelingen gedaan op basis van de hier opgenomen literatuur. Zie bijlage 3 voor alle aanbevelingen. Om die aanbevelingen zo toepasbaar mogelijk te maken voor de implementatie van digitale (of hybride) EMDR in de ggz in Nederland, hebben de leveranciers de aanbevelingen benadrukt die zij het meest tegenkomen in de praktijk.



Figuur 4: Implementatie raamwerk

5.1 Meest relevante succesfactoren voor de Nederlandse praktijk

Kenmerken innovatie

Interoperabiliteit	<ul style="list-style-type: none"> ● Interoperabiliteit, systemen moeten kunnen communiceren met andere IT-systemen en informatie kunnen uitwisselen.
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> ● Innovatie-aankoopkosten en doorlopende kosten moeten betaalbaar zijn door ggz-aanbieders of vergoed worden door zorgverzekeraars. ● Rendement op investering (ROI) ggz-aanbieders. ● In het geval van inzet van hardware (bijvoorbeeld VR-EMDR bril) moet rekening worden gehouden met tijd en kosten in onderhoud en schoonmaken van de materialen.
Kwaliteit van inhoud	<ul style="list-style-type: none"> ● Aangeboden inhoud moet aantoonbaar nauwkeurig, tijdig, volledig, relevant, en consistent zijn.
Toegang	<ul style="list-style-type: none"> ● Gemakkelijke toegang tot technologie.

Kenmerken zorgprofessionals

Kennis en overtuigingen	<ul style="list-style-type: none"> ● Bevorderen van een cultuur van communicatie en samenwerking, betrekken van de eindgebruikers bij de ontwikkeling en implementatie en leiderschap voor een positieve houding van professionals ten opzichte van digitale EMDR en de implementatie ervan. ● Duidelijke en vooruitziende communicatie over beoogde voordelen en realistische verwachtingen voor digitale EMDR om twijfels aan klinische uitkomsten, voordelen en verwachten van verstoringen in de levering van zorg weg te nemen. ● Motivatie om met digitale EMDR te werken versus algemene weerstand tegen verandering.
Andere persoonlijke eigenschappen	<ul style="list-style-type: none"> ● Aanbieden van een opleiding om computervaardigheden te versterken en om te leren te werken met de software en hardware.

Kenmerken cliënten

Kennis en overtuigingen	<ul style="list-style-type: none"> ● Gesprek met cliënten over hun verwachtingen van digitale EMDR. ● Digitale EMDR moet gepersonaliseerd en cliëntgericht zijn. ● Motivatie om met digitale EMDR te werken.
Andere persoonlijke eigenschappen	<ul style="list-style-type: none"> ● De taal die wordt gebruikt, moet aansluiten bij de cliënt. ● Digitale vaardigheden van cliënten, en het faciliteren van ondersteuning hierin. ● Er moet goede instructie en (praktische) uitleg van software en (indien van toepassing) hardware gegeven worden.

Binnen omgeving

Implementatie-klimaat	<ul style="list-style-type: none"> ● Algemene compatibiliteit tussen digitale EMDR en organisatie en workflows van zorgprofessionals.
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Proces

Planning	<ul style="list-style-type: none"> ● Afbakenen van rollen en verantwoordelijkheden. ● Vroege identificatie en betrokkenheid van champions (rolmodellen/ambassadeurs voor de verandering die geïmplementeerd wordt). ● Vaststellen van een leidende visie en strategie ● Communicatie van de strategie naar alle medewerkers. ● Ontwikkeling van protocollen voor het gebruik van het systeem en training.
Betrokkenheid	<ul style="list-style-type: none"> ● Betrokkenheid van key stakeholders bij de ontwikkeling en selectie van digitale EMDR bij de planning en uitvoering van implementatieprocessen. ● Bevorderen van een gevoel van eigenaarschap, vertrouwen, acceptatie, plezier en eigen trots ten aanzien van digitale EMDR.
Reflecteren en evalueren	<ul style="list-style-type: none"> ● Voordelen van digitale EMDR demonstreren om de acceptatie door zorgprofessionals te vergroten.

5.2 Hulpbronnen voor implementatie

Ten behoeve van implementatie van het proces ‘Behandeling met digitale EMDR in de ggz’ kunnen diverse hulpbronnen worden ingezet. De opschaling richt zich op vijf kerngebieden: adoptie door cliënten, adoptie door professionals, interoperabiliteit, structurele en incidentele kosten die samenhangen met het gebruik van het proces en technische voorwaarden.

Kenmerken innovatie

Interoperabiliteit

Interoperabiliteit is de mogelijkheid van systemen, partijen, of individuen om met elkaar samen te werken, te communiceren en informatie uit te wisselen. Door onder andere de FMS en De Nederlandse ggz wordt aan de Barrière doorbrekers gevraagd om leveranciers van EPD's versneld te stimuleren tot interoperabiliteit.

Incidentele en structurele kosten

De implementatie van digitale EMDR kent incidentele en structurele kosten. Deze kosten komen binnen het ZorgPrestatieModel (ZPM), het bekostigingsmodel van de ggz, boven op de kosten die gemaakt worden voor reguliere face-to-face behandeling. In de literatuur zijn hiervoor geen resultaten gevonden waaruit conclusies kunnen worden getrokken. Desalniettemin zien betrokkenen dat ‘Behandeling met digitale EMDR in de ggz’ kan worden ingezet op een manier die bijdraagt aan zowel de toegankelijkheid van de ggz, als een waarschijnlijke daling van de kosten voor een ggz instelling.

Voor de autonome EMDR van Psylaris heeft de NZa voor een maximum van twee jaar het bekostigingsexperiment, vallend onder de “Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten” (BRI), verlengd, waardoor instellingen de autonome variant van Psylaris tegen een gereduceerd tarief kunnen inzetten. Beide leveranciers zijn daarnaast voornemens om gezamenlijk, met ondersteuning van Digizo.nu, ook voor de andere varianten een experiment vallend onder de BRI aan te vragen.

Eventueel andere financiële afspraken, waarvoor nadrukkelijk de samenwerking met andere systeempartijen benodigd zijn, worden in de periode na plaatsing op het overzicht ‘Pas-Toe’ nader uitgewerkt.

Adoptie door professionals

Adoptie door professionals moet mede binnen instellingen gestimuleerd worden. Belangrijke factoren hierin zijn onder meer: management dat goed op de hoogte is en stimuleert; tijd om bekend te raken met de innovatie; intervisie en evaluatiemomenten met collega’s.

Echter, ook landelijk kan er gewerkt worden aan voorwaarden om adoptie door professionals te vergroten:

- Stimulering opname digitale behandeling in de desbetreffende richtlijnen (AKWA), zoals de [zorgstandaard digitale zorg](#)
- Materialen eHealth Academy onder de aandacht brengen bij professionals
- Opleidingsinstellingen stimuleren tot aanpassing curriculum
- Opzetten Doorbraakproject digitale transformatie door De Nederlandse ggz
- Verkennen of een veranderkundig traject voor bestuurders/ directeuren/ managers een bijdrage kan leveren aan de gewenste verandering van houding, gedrag en routines bij professionals
- Stimuleren versterking digivaardigheid professionals

Technische randvoorwaarden

Hoewel technische randvoorwaarden niet landelijk kunnen worden ingeregeld, zijn deze randvoorwaarden van essentieel belang voor de adoptie door professionals en cliënten. De lokale omstandigheden bevorderen adoptie of remmen deze. Hierbij valt te denken aan een goede digitale werkplek, inclusief passende hardware, maar ook aan een goede infrastructuur, waaronder goed bereik van Wifi.

Adoptie van het proces door cliënten

Sommige cliënten zijn digitaal vaardig, voor anderen is dit minder vanzelfsprekend. Niet iedereen heeft de vaardigheden, beschikt over digitale middelen en bij sommigen past het simpelweg niet.

Om adoptie door cliënten mogelijk te maken, zal er per persoon een andere strategie nodig zijn. Ervaring leert dat enthousiasme, goede uitleg en overtuiging van zorgprofessionals belangrijke factoren zijn. Beschikbare bronnen voor adoptie zijn onder andere:

- Cliëntfolders of andere materialen van leveranciers
- Brede voorlichtingscampagne voor cliënten, ingezet door Vliegwielen en MIND

- Inzet van Stichting Helpdesk Digitale Zorg. De stichting ondersteunt onder meer ggz-instellingen, waaronder Arkin, Antes en Parnassia, bij het toegankelijk maken van digitale zorg. Door cliënten te begeleiden in het gebruik van digitale toepassingen, worden zorgvragen efficiënt opgepakt en neemt de noodzaak voor uitleg door zorgverleners af. Het initiatief wordt ondersteund door VWS en zorgverzekeraars.

5.3 Goede voorbeelden

Op diverse plekken in Nederland is hybride en digitale EMDR al geïmplementeerd op de manier zoals beschreven in de toekomstige situatie. Deze partijen zijn bereid om andere organisaties die dit proces willen implementeren, dan wel opschalen, vooruit te helpen. Het betreft de volgende organisaties, inclusief contactgegevens:

GGz instelling	Contactpersoon	Contactgegevens
Mentaal Beter	Ilse Verveer	i.verveer@mentaalbeter.nl
Mondriaan	Cindy Wings	c.wings@mondriaan.eu
Psytrec	Roos Stilkenboom	r.stilkenboom@psytrec.nl
Sol Psychotherapie	Danny Debi	danny@sol-psychotherapie.nl
GGZ Delfland	Anne Varvik	A.Varvik@ggz-delfland.nl
GGNet	Sven Hagg	S.Hagg@ggnet.nl

Tabel 8: Contactgegevens organisaties

5.4 Afspraken

Ten aanzien van (systeem-)knelpunten bij opschaling die zijn geïdentificeerd in de waardebeoordeling verbinden alle partijen betrokken bij Digizo.nu, inclusief de systeempartijen, zich om hun verantwoordelijkheid te nemen bij de oplossing daarvan. Digizo.nu heeft daarin een aanjagende rol.

De Nederlandse ggz en ZN vertalen deze verantwoordelijkheid in een gezamenlijk Plan van Aanpak, dat in januari 2025 bekrachtigd wordt door het bestuurlijk overleg tussen beide brancheorganisaties.

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Conclusies

De huidige zorgprocessen binnen de geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) vragen om optimalisatie gezien de grote hulpvraag van cliënten en een hoge werkdruk voor zorgprofessionals. Digitale en hybride zorgprocessen zoals Behandeling met digitale EMDR kunnen een bijdrage leveren aan de toegankelijkheid van de ggz en de ervaren werkdruk. De waardebepaling van behandeling met digitale EMDR binnen de ggz heeft als doel inzicht te verschaffen in de effectiviteit, gebruikerservaring en mogelijkheden voor implementatie van digitale en hybride zorgmodellen. Na de positieve toetsing voor Moovd en Psylaris is het waardebepalend onderzoek uitgevoerd naar dergelijke digitale EMDR-toepassingen. Op basis van een meetplan en systematisch literatuuronderzoek naar de effectiviteit, veiligheid, gebruikerservaring en kosten is vastgesteld hoe het digitale proces zich verhoudt ten opzichte van de huidige face-to-face EMDR behandeling.

De werkgroep ggz van Digizo.nu heeft het nieuwe zorgproces positief geëvalueerd op basis van de volgende conclusies:

- Er zijn aanwijzingen dat digitale EMDR net zo effectief is als traditionele face-to-face behandelingen, met het meeste bewijs voor PTSS. Ondanks afwezigheid van sterk bewijs (in de vorm van meerdere grote RCT's) wijst de literatuur de goede richting op. Digitale EMDR lijkt even veilig als traditionele behandelingen, er worden niet meer incidenten gemeld dan bij reguliere EMDR.
- De studies beschrijven verschillende vormen van digitale EMDR in verschillende populaties. De goede resultaten tezamen met informatie en ervaringen van behandelaren en voorlopige data van leveranciers zorgt voor optimisme en motivatie om niet te wachten op meer wetenschappelijke data, dit kan tenslotte erg lang duren. Enige voorzichtigheid is wel geboden en er moet dan wel goed gemonitord worden.
- Ervaringen en voorlopige data lijken erop te wijzen digitale EMDR gemiddeld minder minuten per sessie bedraagt dan reguliere EMDR. Deze efficiëntie kan bijdragen aan de toegankelijkheid van de ggz en de reductie van zorgkosten. De initiële en structurele kosten van digitale EMDR zijn echter hoger dan het reguliere proces.
- Om digitale EMDR ook voor een zorginstelling rendabel te laten zijn, is het nodig dat het proces op de juiste manier wordt geïmplementeerd. Alleen zo wordt een hoog volume cliënten bereikt. Dit betekent dat de uitvoering moet plaatsvinden volgens behandelprotocollen, geïntegreerd in een zorgproces. Bij de implementatie is het essentieel om aandacht te besteden aan alle betrokkenen: scholing voor professionals, voorlichting voor cliënten en volledige betrokkenheid van managers bij de verandering. Daarnaast moet er aandacht zijn voor lokale en technische aspecten.
- Transformeren vraagt om een integrale aanpak, waarbij cliënten, professionals, zorgmanagers, ondersteunende afdelingen en financiers tezamen moeten optrekken en waarbij de beweging naar meer toegankelijke zorg gezamenlijk wordt gemaakt.
- Niet voor elke vorm van EMDR is even veel literatuur beschikbaar. De literatuur toont wel dat EMDR op afstand (al dan niet met een behandelaar) effectief kan zijn en veilig kan worden opgezet. Echter, er zal dus per vorm van digitale EMDR goede monitoring moeten plaatsvinden.

6.2 Aanbevelingen

Voor de implementatie van het proces zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

Monitor bij opschaling

Gegeven de verwachtingen van betrokkenen bij dit proces is het (nogmaals) onwenselijk dat ontbrekend definitief bewijs (bijvoorbeeld over verbeteringen in de toegankelijkheid in combinatie met gelijke effectiviteit) van ggz-zorg een volgende stap in de opschaling van digitale EMDR vertraagt. Het ontbreken van sterk bewijs kan echter ook in de toekomst voor vertraging zorgen, bijvoorbeeld wanneer een beoogde experimentele bekostigingsregel eindigt en het tijd is voor een structurele bekostigingsoplossing. Het is daarom belangrijk dat de betrokkenen bij dit proces goed ontworpen uitkomsten- en procesevaluaties laten meelopen met implementatie- en opschalingstrajecten, zodat de potentiële waarde zowel zichtbaar gemaakt wordt als continu vergroot kan worden. Daarbij is het ook van belang om in de instelling zelf monitoring op maat in te richten. Zo kunnen na zorgvuldige implementatie behandelaren op maat begeleid worden om het nieuwe proces volgens afspraak uit te voeren.

Gebruikerservaring verbeteren

Het is van belang dat cliënten goed voorbereid zijn op het gebruik van EMDR in de thuissituatie, bijvoorbeeld door het verstrekken van richtlijnen voor het creëren van een rustige en geschikte omgeving voor de therapie. Daarnaast is het ook van belang om technische ondersteuning te bieden aan cliënten die minder vertrouwd zijn met technologie. Bij het gebruik van VR brillen is het wenselijk om goede afspraken te maken over het gebruik van de brillen. Stel daarnaast duidelijke veiligheidsprotocollen en noodprocedures op, zodat cliënten snel hulp kunnen krijgen bij technische of andere problemen.

Opleiding van professionals

Het is van belang dat digitale EMDR geïntegreerd wordt in opleidingsprogramma's en dat zorgprofessionals gestimuleerd worden om hun digitale vaardigheden te verbeteren. Kijk goed welk zorgproces veranderd moeten worden en welke teams betrokken zijn bij deze veranderingen. Zorg hierbij dat het zorgproces wordt aangepast en wordt vastgelegd. Neem hier voldoende tijd en ruimte voor. Het duurt vaak langer dan gepland en verwacht. Regelmatig overleg om iedereen op één lijn te krijgen werkt goed. In sommige instellingen zijn innovatiemanagers/-teams gestart om de implementatie te leiden. Naast dat dit duidelijk aangeeft dat de instelling implementatie erg serieus neemt en toegewijd is, zijn het voor andere medewerkers een goed en laagdrempelig contactpunten voor vragen, zorgen en suggesties.

Technische infrastructuur en integratie in zorgsystemen

Het is van belang dat er een passende IT Infrastructuur aanwezig is of gerealiseerd wordt, en er technische ondersteuning voor zowel zorgverleners als cliënten is. Zorg voor adequate integratie van digitale EMDR-toepassingen in bestaande zorgsystemen zoals EPD's, voor een werkende gegevensuitwisseling.

7 Opschalingsmonitor

Na de plaatsing van het proces 'Behandeling met digitale EMDR in de ggz' op het overzicht 'Pas-Toe' wordt er een monitor ingericht om zo (de effecten van) de opschaling van het proces te kunnen monitoren, zodat er in de praktijk geleerd en verbeterd kan worden. Onderdeel van de monitoring is het opstellen van definities, het doen van een nulmeting, het opzetten van een monitor en het opstellen van doelen die gesteld worden op basis van de nulmeting en die in lijn zijn met de IZA doelstellingen. De volgende uitkomsten zijn geformuleerd in het meetplan van dit proces en er wordt geadviseerd om deze mee te nemen in de Digizo.nu monitor.

Op basis van het meetplan is het wenselijk om minimaal de volgende onderwerpen op te nemen in de monitor:

- **Lange termijn effectiviteit:** naast het bevestigen van korte termijneffecten ook de lange termijneffecten van behandeling (behoud van de gezondheidswinst) met digitale EMDR inzichtelijk maken
- **Wachttijden:** monitoren of de wachttijd bij digitale EMDR verkort wordt in vergelijking met het niet digitale proces en monitoren of het startmoment voor digitale EMDR gelijk of eerder is dan bij het niet-digitale proces
- **Klinische risico's:** monitoren van morbiditeit en mortaliteit in de ggz-populaties bij de behandeling met digitale EMDR
- **Gebruikerservaring:** monitoren van gebruikerservaring van zowel cliënten als zorgprofessionals
- **Gebruikers:** monitoren van het aantal gebruikers
- **Kosten en tijdsbesteding:** monitoren van de verwachte afname van tijdsbesteding door professionals na daadwerkelijke implementatie zoals bedoeld in de toekomstige situatie. Hoewel er aanwijzingen zijn voor besparing op zorgkosten en een toename van behandelcapaciteit, moeten deze uitkomsten worden geëvalueerd na de daadwerkelijke implementatie van digitale EMDR, gezien digitale EMDR alleen rendabel is als het op de juiste manier wordt geïmplementeerd. Hieruit zal dan ook evidenter kunnen blijken hoe eventuele zorgkosten reductie geobjectiveerd kan worden en hoe de baten van de reductie bij de relevante partijen verdeeld landen.

8 Referenties

Referenties gebruikt voor onderzoek waardebeoordeling

Bates A, Golding H, Rushbrook S, Shapiro E, Pattison N, Baldwin DS, Grocott MPW, Cusack R. A randomised pilot feasibility study of eye movement desensitisation and reprocessing recent traumatic episode protocol, to improve psychological recovery following intensive care admission for COVID-19. *J Intensive Care Soc.* 2023 Aug;24(3):309-319. doi: 10.1177/17511437221136828. Epub 2022 Nov 19. PMID: 37744073; PMCID: PMC9679313.

Bongaerts H, Voorendonk EM, Van Minnen A, Rozendaal L, Telkamp BSD, de Jongh A. Fully remote intensive trauma-focused treatment for PTSD and Complex PTSD. *Eur J Psychotraumatol.* 2022 Sep 22;13(2):2103287. doi: 10.1080/20008066.2022.2103287. Erratum in: *Eur J Psychotraumatol.* 2024;15(1):2355052. doi: 10.1080/20008066.2024.2355052. PMID: 36186161; PMCID: PMC9518290.

Bongaerts H, Voorendonk EM, van Minnen A, de Jongh A. Safety and effectiveness of intensive treatment for complex PTSD delivered via home-based telehealth. *Eur J Psychotraumatol.* 2021 Feb 11;12(1):1860346. doi: 10.1080/20008198.2020.1860346. PMID: 34025912; PMCID: PMC8128126.

Burak Yaşar A, Kavakçı Ö, Çiftçi ZZ, Alban Tunca G, Uygun E, Gündoğmuş I, Kubilay D, Aksöz Y, Deveci H, Konuk E. The Effectiveness of Online EMDR 2.0 Group Protocol on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, Depression, Anxiety, and Stress in Individuals Who Have Experienced a Traffic Accident: A Preliminary Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 17, Number 3, 2023, pages 171-184 2023 EMDR International Association <http://dx.doi.org/10.1891/EMDR-2023-0003>

Burback L, Yap S, Purdon SE, Abba-Aji A, O'Shea K, Brémault-Phillips S, Greenshaw AJ, Winkler O. Randomized controlled trial investigating web-based, therapist delivered eye movement desensitization and reprocessing for adults with suicidal ideation. *Front Psychiatry.* 2024 Feb 16;15:1361086. doi: 10.3389/fpsy.2024.1361086. PMID: 38435978; PMCID: PMC10904458.

Burnsall M, Thomas BD, Berntsson H, Strong E, Brayne M, Hind D. Clinician and Patient Experience of Internet-Mediated Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Therapy. *J Psychosoc Rehabil Ment Health.* 2022;9(3):251-262. doi: 10.1007/s40737-022-00260-0. Epub 2022 Feb 3. PMID: 35136713; PMCID: PMC8812350.

Farrell D, Moran J, Zat Z, Miller PW, Knibbs L, Papanikolopoulos P, Pratto T, McGowan I, McLaughlin D, Barron I, Mattheß C, Kiernan MD. Group early intervention eye movement desensitization and reprocessing therapy as a video-conference psychotherapy with frontline/emergency workers in response to the COVID-19 pandemic in the treatment of post-traumatic stress disorder and moral injury-An RCT study. *Front Psychol.* 2023 Mar 23;14:1129912. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1129912. PMID: 37063579; PMCID: PMC10100089.

Faretta E, Garau MI, Gallina E, Pagani M, Fernandez I. Supporting healthcare workers in times of COVID-19 with eye movement desensitization and reprocessing online: A pilot study. *Front Psychol.* 2022 Aug 8;13:964407. doi: 10.3389/fpsyg.2022.964407. PMID: 36003099; PMCID: PMC9393610.

Fernandez I, Pagani M, Gallina E. Post-traumatic stress disorder among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy: Effectiveness of an eye movement desensitization and reprocessing intervention protocol. *Front Psychol.* 2022 Sep 8;13:964334. doi: 10.3389/fpsyg.2022.964334. PMID: 36160528; PMCID: PMC9496181.

Goga N, Boiangiu CA, Vasilateanu A, Popovici AF, Drăgoi MV, Popovici R, Gancea IO, Pîrlog MC, Popa RC, Hadăr A. An Efficient System for Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: A Pilot Study. *Healthcare (Basel).* 2022 Jan 10;10(1):133. doi: 10.3390/healthcare10010133. PMID: 35052299; PMCID: PMC8776167.

Gustavson, Kristen, Wong, Sik-Lam, Le, Diep. Research on Low-Intensity Flash Technique Trauma Intervention by Prelicensed Student Clinicians. *Journal of EMDR Practice and Research* Vol 17 Issue 2, May 2023, DOI: 10.1891/EMDR-2022-0059

Ijdema T, Laceulle OM, Dibbets P, Korrelboom K. Virtual reality eye movements are not inferior to computerized eye movements and exposure in ameliorating aversive memories. *Computers in Human Behavior Reports* 11 (2023) 100311

Kaptan SK, Kaya ZM, Akan A. Addressing mental health need after COVID-19: a systematic review of remote EMDR therapy studies as an emerging option. *Front Psychiatry.* 2024 Jan 4;14:1336569. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1336569. PMID: 38250261; PMCID: PMC10799678.

Lenferink LIM, Meyerbröker K, Boelen PA. PTSD treatment in times of COVID-19: A systematic review of the effects of online EMDR. *Psychiatry Res.* 2020 Nov;293:113438. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113438. Epub 2020 Aug 31. PMID: 32905864; PMCID: PMC7458053.

Liou H, Lane C, Huang C, Mookadam M, Joseph M, Hecker DuVal J. Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a Primary Care Setting: Assessing Utility and Comparing Efficacy of Virtual Versus In-Person Methods. *Telemed J E Health.* 2022 Sep;28(9):1359-1366. doi: 10.1089/tmj.2021.0454. Epub 2022 Feb 8. PMID: 35133887.

Matthijssen SJMA, Menses SDF. Case report: Intensive online trauma treatment combining prolonged exposure and EMDR 2.0 in a patient with severe and chronic PTSD. *Front Psychiatry.* 2024 Apr 22;15:1370358. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1370358. PMID: 38711872; PMCID: PMC11071162.

Maxfield L. Low-Intensity Interventions and EMDR Therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 15, Number 2, 2021, page 86-98 EMDR International Association
<http://dx.doi.org/10.1891/EMDR-D-21-00009>

McGowan IW, Fisher N, Havens J, Proudlock S. An evaluation of eye movement desensitization and reprocessing therapy delivered remotely during the Covid-19 pandemic. *BMC Psychiatry.* 2021 Nov 11;21(1):560. doi: 10.1186/s12888-021-03571-x. PMID: 34763697; PMCID: PMC8581955.

Mischler C, Hofmann A, Behnke A, Matits L, Lehnung M, Varadarajan S, Rojas R, Kolassa IT, Tumani V. Therapists' Experiences With the Effectiveness and Feasibility of Videoconference-Based Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Front Psychol.* 2021 Oct 5;12:748712. doi: 10.3389/fpsyg.2021.748712. PMID: 34675854; PMCID: PMC8525547.

Molero-Zafra M, Fernández-García O, Mitjans-Lafont MT, Pérez-Marín M, Hernández-Jiménez MJ. Psychological intervention in women victims of childhood sexual abuse: a randomized controlled clinical trial comparing EMDR psychotherapy and trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Front Psychiatry.* 2024 May 29;15:1360388. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1360388. PMID: 38868491; PMCID: PMC1167727.

Papanikolopoulos P. Pandemic Times and the Experience of Online EMDR Practice in Greece: A Qualitative Study on Obstacles and Perspectives. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 16, Number 3, 2022

Perri RL, Castelli P, La Rosa C, Zucchi T, Onofri A. COVID-19, Isolation, Quarantine: On the Efficacy of Internet-Based Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for Ongoing Trauma. *Brain Sci.* 2021 Apr 30;11(5):579. doi: 10.3390/brainsci11050579. PMID: 33946179; PMCID: PMC8145551.

Sağaltıcı E, Çetinkaya M, Kocamer Şahin Ş, Gülen B, Karaman Ş. Recent Traumatic Episode Protocol EMDR Applied Online for COVID-19-Related Symptoms of Turkish Health Care Workers Diagnosed with COVID-19-Related PTSD: A Pilot Study. *Alpha Psychiatry.* 2022 May 1;23(3):121-127. doi: 10.5152/alphapsychiatry.2022.21763. PMID: 36425782; PMCID: PMC9590685.

Spence J, Titov N, Johnston L, Dear BF, Wootton B, Terides M, Zou J. Internet-delivered eye movement desensitization and reprocessing (iEMDR): an open trial. *F1000Res.* 2013 Mar 6;2:79. doi: 10.12688/f1000research.2-79.v2. PMID: 24555047; PMCID: PMC3901444.

Strelchuk D, Turner K, Smith S, Bisson J, Wiles N, Zammit S. Provision of online eye movement and desensitisation therapy (EMDR) for people with post-traumatic stress disorder (PTSD): a multi-method service evaluation. *Eur J Psychotraumatol.* 2023;14(2):2281182. doi: 10.1080/20008066.2023.2281182. Epub 2023 Dec 11. PMID: 38073540; PMCID: PMC10990439.

Referenties gebruikt voor onderzoek implementatie

Berardi, C., Antonini, M., Jordan, Z., Wechtler, H., Paolucci, F., & Hinwood, M. (2024). Barriers and facilitators to the implementation of digital technologies in mental health systems: A qualitative systematic review to inform a policy framework. *BMC Health Services Research*, 24(1), 243. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10536-1>

Kowatsch, T., Otto, L., Harperink, S., Cotti, A., & Schlieter, H. (2019). A design and evaluation framework for digital health interventions. *It - Information Technology*, 61(5–6), 253–263. <https://doi.org/10.1515/itit-2019-0019>

Liu, M., & Schueller, S. M. (2023). Moving Evidence-Based Mental Health Interventions into Practice: Implementation of Digital Mental Health Interventions. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 10(4), 333–345. <https://doi.org/10.1007/s40501-023-00298-2>

Marwaha, J. S., Landman, A. B., Brat, G. A., Dunn, T., & Gordon, W. J. (2022). Deploying digital health tools within large, complex health systems: Key considerations for adoption and implementation. *Npj Digital Medicine*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00557-1>

Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health: A systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science*, 11(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7>

Bijlage 1 – Getoetste specificaties

Eindgebruiker & toegankelijkheid

Specificatie	Psylaris	Moovd (WeMind)
Koppelvlakken en integraties	n.v.t	Koppeling EPD + eHealth platformen
Besturingssystemen	VR-bril van Oculus Go	Android, iOS, Desktop, VR-bril, tablet
Offline te gebruiken	✓	

Informatiebeveiliging & privacy

Specificatie	Psylaris	Moovd (WeMind)
Multi-factor authenticatie		✓ per klant verschillend
Encryptie van data transport	HTTPS/TLS	HTTPS
Encryptie van dataopslag	Intern met AES-256 + een proprietary encryption format. Extern AES-256 via Google Cloud.	SHA512
Worden er persoonsgegevens verwerkt?	✓	✓ optioneel per klant

Certificering

Specificatie	Psylaris	Moovd (WeMind)
ISO 27001	✓	
ISO 9001		✓
NEN 7510		
CE markering	MDR IIa	MDR IIa

Implementatieondersteuning door leverancier

Specificatie	Psylaris	Moovd (WeMind)
Eindgebruiker	Zorgverlener, in-app instructies en een flyer met tips	Handleiding, onboardingsproces, implementatietraject
Zorgverlener	Therapeuten ontvangen een training. Er is een optie om implementatiepakketten te kopen	Implementatietraject van 4-6 weken, webinars, e-learnings

Bijlage 2 – Domeinen en acceptatiegrenzen in het meetplan

Domein Kwaliteit

Eisen

Hoofddomein	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van claim	Acceptatiegrens
Kwaliteit (Effectiviteit)	Effect van digitale (of hybride) zorg ten opzichte van niet-digitale zorg.	In de traumabehandeling als geheel is digitale (of hybride) EMDR minstens net zo effectief als niet-digitale EMDR (met onderscheid tussen enkel- en meervoudig trauma/basis- versus specialistische ggz).	Geen verschil in uitkomsten in PTSS klachten (PCL5, PSI) en/of snelheid sessiedoel bereikt (o.a. sud-score) bij populaties met PTSS, angst, of trauma.
Kwaliteit (Veiligheid)	Digitale zorg is veilig, zowel op gebied van zorg en gezondheid als informatiebeveiliging en privacy.	Digitale (of hybride) EMDR is veilig. Eventuele risico's zijn bekend en aanvaardbaar.	De risico's van digitale (of hybride) EMDR zijn gelijk of lager dan niet-digitale EMDR t.a.v. <ul style="list-style-type: none"> • Incidenten • Morbiditeit/ mortaliteit • Informatiebeveiliging • Privacy • Verantwoordelijkheid

Optionele eisen

Hoofddomein	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van claim	Acceptatiegrens
Kwaliteit (gebruikerservaring)	Aanwezigheid randvoorwaarden die eindgebruikers (zowel professionals als patiënten/ cliënten) helpen het digitale (of hybride) proces te gebruiken, inclusief de gebruikerservaring.	<ul style="list-style-type: none"> • Er is enthousiasme onder collega's/vanuit cliënten over het digitale (of hybride) proces. • Het digitale (of hybride) proces is onderdeel van de visie van de organisatie. 	De gebruikerservaring is gelijk of beter dan het niet-digitale proces.
Kwaliteit (Inzet digitale/hybride EMDR)	Werken volgens het digitale (of hybride) proces door de beoogde doelgroep.	Zowel zorgverleners als patiënten gebruiken vooral digitale (of hybride) EMDR en niet meer niet-digitale EMDR.	≥ % (actieve) gebruikers
Kwaliteit (Langetermijneffect)	Effect van digitale (of hybride) zorg ten opzichte van niet-digitale zorg op lange termijn na implementatie.	Langere termijn, en daarom geen must have (max. should have). Mogelijk bewijs voor verzamelen door middel van monitoring na opschaling (eventueel per subgroep - leeftijd, slechthandigheid, gezondheidsvaardigheden, etc.)	Geen must have, bovendien (op subgroepniveau) geen harde grens te stellen: contextafhankelijk/ afhankelijk is van de vooraf gedefinieerde gebruikersgroepen.

Kwaliteit (Behandelcapaciteit)	Juiste zorg op het juiste moment door de juiste professional op de juiste plek.	De wachttijd voor trauma- of angstbehandeling wordt korter door aanbod online/ autonome EMDR (met onderscheid tussen enkel- en meervoudig trauma/ basis- versus specialistische ggz?)	<ul style="list-style-type: none"> De wachttijd voor trauma- of angstbehandeling (bij specifieke populaties?) is gelijk of korter dan bij het niet-digitale proces De wachttijd voor trauma- of angstbehandeling (bij specifieke populaties?) is gelijk of kleiner dan bij het niet-digitale proces. De start van trauma- of angstbehandeling (bij specifieke populaties?) is gelijk of eerder dan bij het niet-digitale proces.
---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Domein Kosten

Eisen

Hoofddomein	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van claim	Acceptatiegrens
Kosten (terugverdiendtijd)	Eenmalige kosten (in tijd of geld) voor het implementeren van het digitale (of hybride) proces	Incidentele tijdsinvestering en geld voor leverancier en aanbieder. Moet ook redelijk zijn voor een kleine aanbieder. Hangt samen met bekostiging.	Terugverdiendtijd voor instellingen < ...
Kosten (structureel)	Alle zorgkosten die recht verband houden met de interventie en aandoening	Structurele kosten	De kosten van het niet-digitale proces zijn gelijk of lager.

Domein Toegankelijkheid

Eisen

Hoofddomein	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van claim	Acceptatiegrens
Toegankelijkheid (doelgroepen)	Mate waarin context en doelgroep uit het bewijs representatief zijn voor de context en doelgroep van de implementatie.	Het gevonden bewijs voor meerwaarde van het digitale of hybride zorgproces is te generaliseren naar de setting en doelgroepen waarin wij dit proces willen opschalen.	Bewijs voor meerwaarde digitale of hybride EMDR is representatief voor zowel enkelvoudig als meervoudig trauma.

Optionele eisen

Hoofddomein	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van claim	Acceptatiegrens
Toegankelijkheid (gebruiksvriendelijkheid)	Benodigde kennis/vaardigheden voor gebruik en/of aansluiten bij wat de patiënt/ cliënt gemakkelijk vindt.	Patiënten/ cliënten (/zorgverleners) hebben geen nieuwe kennis of vaardigheden nodig voor het digitale of hybride zorgproces, of er is tijd en aandacht voor om die te leren.	Het digitale (of hybride) proces moet voor iedere beoogde behandelaar/patiënt te gebruiken zijn.

Bijlage 3 – Algemene informatie, ervaringen en aanbevelingen over implementatie

Elke eHealth **innovatie** heeft bepaalde kenmerken en het is belangrijk dat een eHealth innovatie kan toegepast worden op de lokale context. Verder is de prestatie van een eHealth innovatie belangrijk want deze moet betrouwbaar zijn. De initiële en doorlopende kosten van de eHealth innovatie moeten betaalbaar zijn en ROI moet bereikt kunnen worden. Uiteindelijk is er bewijs noodzakelijk voor het klinische voordeel en een laag risicoprofiel. Ehealth innovaties moeten voldoen aan hoge kwaliteit van de inhoud (relevant, consistent, nauwkeurig) en makkelijk toegankelijk zijn.

Kenmerken van de **professionals** en **cliënten** zoals kennis en overtuigingen (bijvoorbeeld verwachtingen en motivatie) en persoonlijke eigenschappen (bijvoorbeeld digitale vaardigheden, voorkeur voor persoonlijke interactie) zijn belangrijke factoren voor een succesvolle implementatie.

In de **binnen omgeving** moet rekening worden gehouden met het implementatieklimaat en het verloop van professionals. Vragen over de algemeen fit/compatibiliteit tussen eHealth interventie en organisatie en de impact op workflows moet goed beantwoord kunnen worden.

Extern beleid over veiligheid van patiëntgegevens en beroepsaansprakelijkheid, regionale technologische infrastructuur en het bevorderen van samenwerking tussen zorgaanbieders zijn belangrijke implementatie factoren in de **buitenomgeving**.

Implementatie digitale EMDR – aanbevelingen

Voor elk aspect van implementatie zijn er een reeks aanbevelingen gedaan op basis van de hier opgenomen literatuur en ervaringen.

Tabel: Algemene kenmerken implementatie nieuwe innovatie

Kenmerken innovatie	
Aanpassings- vermogen	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheid om de technologie aan te passen aan de lokale situatie en context • Interoperabiliteit van de systemen: de nieuwe systemen moeten goed kunnen passen bij de andere IT-systemen, en ook informatie kunnen uitwisselen.
Complexiteit	<ul style="list-style-type: none"> • System performance • Gebruikersvriendelijke software en hardware • Omvang van benodigde software aanpassingen • Betrouwbaarheid van het systeem (verbinding, downtime) • Technische ondersteuning
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Innovatie inkoopkosten • Startup/installatie kosten • Structurele kosten • ROI • Financiële prikkels voor de betaler (verzekeraar, overheid)
Klinisch voordeel/ risicoprofiel	<ul style="list-style-type: none"> • Bewijs voor medisch veiligheidsprofiel • Bewijs voor klinische effectiviteit • Levert gebruikersvoordeel op (bv tijdswinst, minder complexe processen)
Kwaliteit van inhoud	<ul style="list-style-type: none"> • Nauwkeurig • Tijdig • Volledig • Relevant • Consistent
Toegang	<ul style="list-style-type: none"> • Gemakkelijke toegang tot technologie
Buitenomgeving	
Extern beleid en prikkels	<ul style="list-style-type: none"> • Toereikendheid van wetgeving en beleid • Veiligheid van patiëntgegevens en beroepsaansprakelijkheid
Verantwoordelijk- heid	<ul style="list-style-type: none"> • Duidelijkheid over verantwoordelijkheden
Netwerk	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking tussen zorg aanbieders • Regionale technologische infrastructuur

Binnenomgeving	
Implementatie-klimaat	<ul style="list-style-type: none"> • Algemene fit/compatibiliteit tussen eHealth interventie en organisatie incl. workflows • Impact op workflows kan ook impact hebben op de gevestigde professionele rollen, verantwoordelijkheden en werkstijlen
Turnover	<ul style="list-style-type: none"> • Organisaties met hoge turnover van cliënten
Kenmerken professionals	
Kennis en overtuigingen	<ul style="list-style-type: none"> • Houding van professionals ten opzichte van eHealth en de implementatie ervan • Verwachten van voordelen voor cliënten vs. twijfelen aan voordelen en verwachten van verstoringen in de levering van zorg • Interesse in eHealth vs. wantrouwen in eHealth • Waargenomen nut vs. twijfelen aan verbetering van klinische uitkomsten/kwaliteit van medische praktijken • Motivatie om met eHealth te werken vs. algemene weerstand tegen verandering • Kennis over verandermanagement • Verschillende aanpakken voor verschillende groepen mensen
Andere persoonlijke eigenschappen	<ul style="list-style-type: none"> • Computer/Digitale vaardigheden • Ervaring • Menselijke interactie en non-verbale taal, empathie en persoonlijkheid • Openheid (open voor suggesties, ideeën en feedback) • Leiderschap: visie uitdragen en herhalen

Proces	
Planning	<ul style="list-style-type: none"> • Planning implementation: rollen en verantwoordelijkheden helder. (Implementatieplan) • Tijdsinvestering voor het systeem. • Selectie en aanbesteding. • Evaluatie van ander beleid en processen – moeten ze worden aangepast? • Behoefteanalyse • Ontwikkelen van businessplan. • Vroege identificatie en betrekken van champions • Betrekken eindgebruiker • Vestigen van een gidsende denkwijze • Testen of de organisatie klaar is ervoor • Development of incentive and innovation structures • Communiceren van de strategie naar alle betrokkenen • Ontwikkeling van protocollen voor gebruik van het systeem en zorgen voor training. • Stapsgewijze implementatie van strategie waar volgens een plan gewerkt wordt, in plaats van een 'big bang'. I
Betrokkenheid	<ul style="list-style-type: none"> • Betrekken van champions • Betrokkenheid van key stakeholders bij de ontwikkeling en selectie van EMDR en bij de planning en uitvoering van implementatieprocessen • Bevorderen van een gevoel van eigenaarschap, vertrouwen, acceptatie, plezier en eigen trots ten aanzien van de digitale innovatie • Vergroten van de betrokkenheid
Reflecteren en evalueren (op lange termijn)	<ul style="list-style-type: none"> • Om de voordelen van het systeem te waarborgen • Om de acceptatie door professionals in de gezondheidszorg te vergroten door de voordelen te demonstreren • Om doorlopende financiering veilig te stellen • Technische steun & evaluatie van kwaliteit

Kenmerken cliënt	
Kennis en overtuigingen	<ul style="list-style-type: none"> • Weerstand tegen verandering • Verwachtingsmanagement • Personalisatie & patiëntgerichte zorg
Andere persoonlijke eigenschappen	<ul style="list-style-type: none"> • Geslacht • Taal • Religie • Cultuur • Gezondheidsstatus (bijvoorbeeld speciale eisen voor groepstherapie) • Toegang tot technologie • Technische ondersteuning • Sociale interactie tussen cliënten en aanbieder • Keuze en voorkeuren van patiënten

Ervaringen uit de praktijk

De drie voornaamste onderwerpen die genoemd zijn voor succesvolle implementatie zijn:

- **Visie en strategie vanuit management/teamleiders:** De rol van het management en leidinggevende staat centraal bij de implementatie. De visie en strategie moeten worden uitgedragen, de steun door deze personen in de organisatie is cruciaal.
- **Voldoende ondersteuning:** Dit behelst zowel goede trainingsmogelijkheden als financiële investering. Daarnaast kan het verstandig zijn om een innovatieafdeling en/of innovatiemanager/-persoon aan te stellen. Dit is meer een ambassadeursrol en kwartiermaker, bij de persoon ligt niet alle verantwoordelijkheid. Deze verantwoordelijkheid wordt gedeeld met de leidinggevende. De innovatieafdeling kan leidinggevende ondersteunen, maar het is belangrijk dat de leidinggevende zelf visie uitdraagt en deze blijft herhalen. Dit kan door concrete voorbeelden te geven, een ideeëncultuur te stimuleren en budget vrij te maken.
- **Goede communicatie:** bij implementatie van een nieuwe innovatie zijn altijd meer personen en afdelingen betrokken dan verwacht. Goede communicatie zorgt voor meer draagvlak en soepelere implementatie.

Implementatie digitale EMDR: praktische tips uit de Nederlandse praktijk

Buro StrakZ

De rapportage van Buro StrakZ is een verdere aanvulling over implementatie factoren voor de Nederlandse setting, met focus op de rol van de leidinggevende in digitale transformatie en implementatie.

De leidinggevende:

- is zich bewust van de noodzakelijke (digitale) transformatie van de zorg.
- beweegt zich in een organisatie die een visie heeft op digitalisering en hierop ingericht is.
- werkt volgens de organisatievisie en vertaalt deze visie naar de medewerkers en besteedt aandacht aan nut en noodzaak.
- stimuleert zijn team tot innoveren, creëert de daarvoor vereiste cultuur en faciliteert zijn team bij implementaties.
- speelt een verbindende rol tussen alle betrokken partijen in de organisatie.
- is toegerust met de juiste/voldoende basiskennis en vaardigheden en is zich bewust van de mogelijkheden van digitale technologie.
- kan beschikken over de juiste middelen (budget) en technologie (hardware en software) die werkt en passend is.

Leverancier 1

Samenvatting van implementatie-adviezen een VR-EMDR-leverancier:

- **Zorg voor draagvlak binnen de organisatie**
- **Creëer structuur en commitment:** Introduceer het product als een vast onderdeel van de werkwijze en voorkom vrijblijvendheid.
- **Plan voldoende tijd voor training**
 - **Verwaarloos de training niet:** Neem niet aan dat het product intuïtief genoeg is voor zelfstandig gebruik zonder training. Onvoldoende training kan leiden tot frustratie en ineffectief gebruik van het platform.
- **Bied ondersteuning en begeleiding:** zorg voor een aanspreekpunt binnen de organisatie of een begeleidingsprogramma, om vragen te beantwoorden en problemen snel op te lossen.
- Plan regelmatig momenten om het gebruik van het product te evalueren, ervaringen te delen en het proces te optimaliseren.
- **Vermijd snelle implementatie zonder voorbereiding:** Introduceer niet plotseling of zonder gedegen plan en ondersteuning. Dit kan leiden tot weerstand en desinteresse.
- **Geen onderwaardering van tijdsinvestering:** Houd niet vast aan krappe schema's. Implementatie kost tijd, en soms meer tijd dan gepland.

Leverancier 2

Samenvatting van het implementatiebasisplan voor een product:

- Integratie van Technologie in het Behandeltraject:
 - Formele Opname in Behandelprotocollen en Zorgstandaarden
 - Verantwoordelijkheid en Toezicht vanuit het Management
 - Juridische en Ethische Verantwoording
- Technologische Ondersteuning en Begeleiding:
 - Intensieve Aanvangsbegeleiding
 - Regelmatige Opfrismomenten
 - Diversificatie in Ondersteuningsvormen

Aanbevolen Trainingsmethodieken: Vaardigheidstrainingen, Specialistische Trainingen, Gestructureerde Instructies en Ondersteuning, Online Leeromgeving, Begeleiding door leverancier en/of Getrainde Collega's, Opfrismomenten.

- Draagvlak en Verankering binnen de Organisatie
 - Transparante en Consequente Interne Communicatie
 - Ervaringsuitwisseling binnen de Organisatie
 - Externe Communicatie ter Bevordering van Trots en Erkenning
 - Feedbacksessies en Medewerkersbetrokkenheid
- Monitoring en Evaluatie van KPI's voor Succes
 - Periodieke Evaluatiemomenten
 - Operationaliseren van Succesvariabelen
 - Deadlines voor KPI's
 - Definitie van Succes en Correctieve Mechanismen

Het (basis)plan heeft ook adviezen voor verschillende groepen mensen:

Verschillende categorieën vereisen elk een op maat gesneden benadering en communicatie-insteek voor een succesvolle implementatie:

- Innovators & snelle Adopters (16%): Enthousiast over technologische vernieuwing en doorgaans bereid deel te nemen aan pilots en feedback te leveren.
- Vroege meerderheid (34%): Bereid tot adoptie wanneer positieve resultaten en praktijkvoorbeelden zichtbaar zijn.
- Late meerderheid (34%): Voorzichtig en doorgaans behoudend in het omarmen van nieuwe technologie; vergt extra begeleiding en ondersteuning.
- Tragere adopters (16%): Resistent tegen verandering en doorgaans pas bereid tot adoptie wanneer de technologie volledig geïntegreerd is en de voordelen evident zijn.

Praktisch werd in de live case geadviseerd deze plannen op te stellen:

- Implementatieplan
- Communicatieplan
- Risicoanalyse
- Logistiek plan

Zorgaanbieder 1

Ervaringen van een zorgaanbieder die een tijd met de VR-EMDR werkt.

Belangrijkste punten voor implementatie:

- Hoe veranderen de huidige processen?
- Hoe moeten we het inzetten zodat het ook werkt en bijdraagt?
- Het duurt altijd langer dan gepland en verwacht.
- Er zijn heel veel verschillende afdelingen betrokken (MT, ICT, cliënten, behandelaren).
Goede communicatie is essentieel.
- Regelmatig samenkomen met een stuurgroep helpt het project waarborgen.