

Eindrapportage

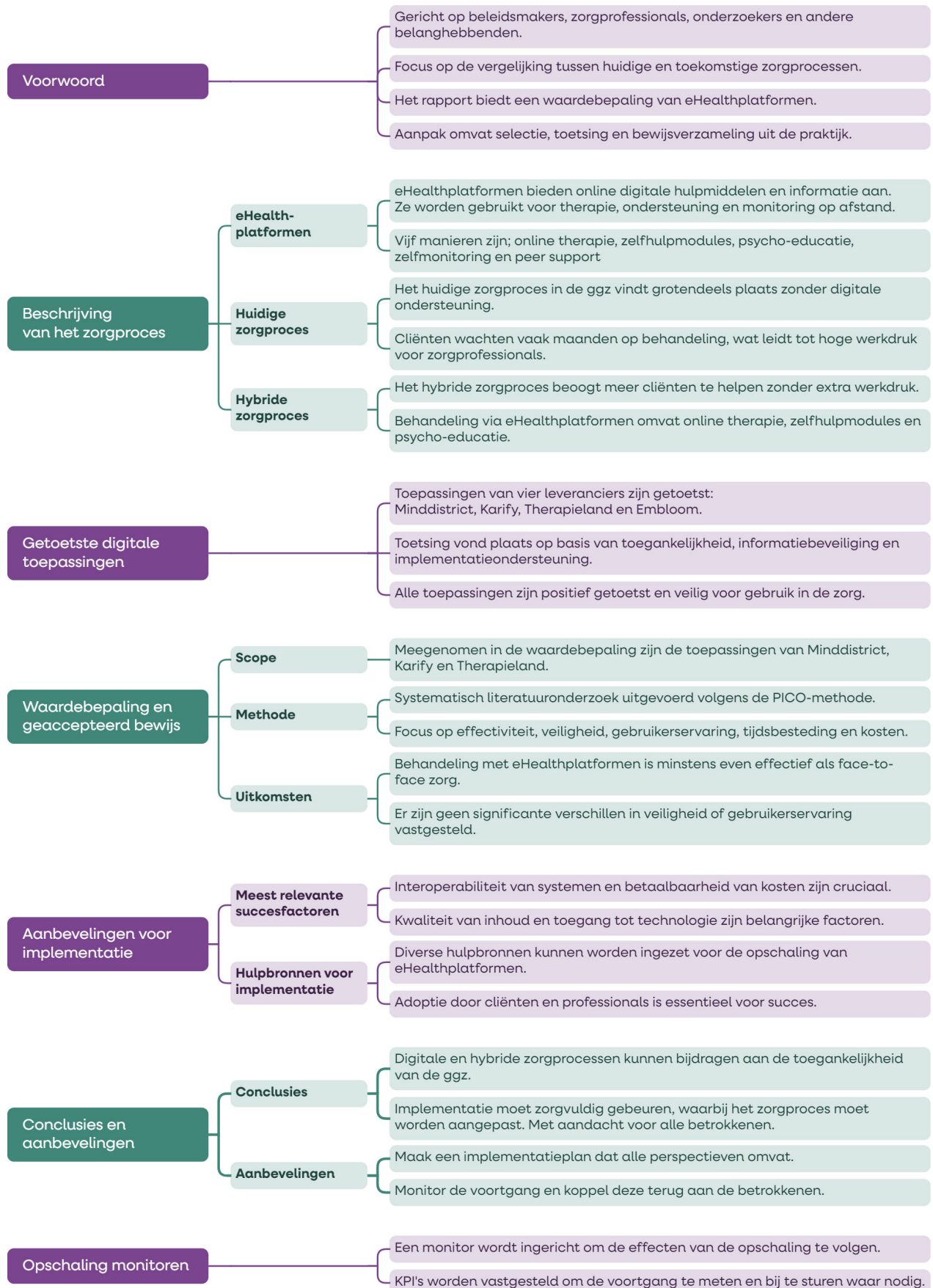
Behandeling middels eHealthplatformen in de geestelijke gezondheidszorg

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	7
2	Beschrijving van het zorgproces	9
	2.1 Huidige zorgproces	
	2.2 Hybride zorgproces	
3	Getoetste digitale toepassingen	12
	3.1 Leveranciers	
	3.2 Toetsing van de toepassingen	
4	Waardebepaling en geaccepteerd bewijs	14
	4.1 Onderzoeksmethode	
	4.2 Onderzoekresultaten	
	4.3 Geaccepteerd bewijs	
5	Aanbevelingen voor implementatie	24
	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	29
	6.1 Conclusies	
	6.2 Aanbevelingen	
7	Opschalingsmonitor	31
8	Referenties	32
	Bijlage	36
	Tabel 1 – Getoetste specificaties	
	Tabel 2 – Domeinen en acceptatiegrenzen in het meetplan	
	Tabel 3 – Overzicht aantal studies per stoornis	
	Tabel 4 – Geïnccludeerde studies voor angst	
	Tabel 5 – Geïnccludeerde studies voor depressie	
	Tabel 6 - Geïnccludeerde studies voor andere aandoening binnen de ggz-populatie	
	Tabel 7 – Geïnccludeerde studies voor lange termijn effectiviteit	
	Tabel 8 – Geïnccludeerde studies voor gebruikservaring	
	Tabel 9 – Uitkomst: Deelname aan behandeling met eHealthplatformen	
	Tabel 10 – Geïnccludeerde studies voor tijdsbesteding	
	Tabel 11 – Overzicht aanbevelingen implementatie	

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 belangrijkste 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 belangrijkste 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.
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 literatuurreview	Systematisch literatuurreview 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.
Waardebepaling	Het verzamelen van bewijs uit de praktijk.
Werkalliantie	Het begrip werkalliantie verwijst naar de verhouding die cliënten en professionals met elkaar aangaan in de context van professionele begeleiding. Werkalliantie wordt beschreven in termen van de drie kenmerken: 1) gezamenlijke doelgerichtheid, 2) gezamenlijke taakgerichtheid en 3) wederzijdse binding.

Afkortingen

Afkorting	Betekenis
Akwa GGZ	Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg
Bggz	Basis Geestelijke Gezondheidszorg
CGT	Cognitieve gedragstherapie
CMS	Content Management System
CZ	Collectieve Zorgverzekering
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FMS	Federatie Medisch Specialisten
F2F	Face to face zorg
ggz	Geestelijke Gezondheidszorg
IZA	Integraal Zorgakkoord
KPI	Key Performance Indicator
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
n.d.	Geen datum
OCD	Obsessieve compulsieve stoornis
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
RCT	Gerandomiseerde gecontroleerde studie
Sggz	Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg
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 middels eHealthplatformen binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Deze publicatie is opgesteld omdat Digizo.nu, met behulp van het Zorgtransformatiemodel, duidelijke indicaties 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 uitgebreide waardebeoordeling van de inzet van eHealthplatformen bij behandelingen in de ggz, met als doel inzicht te verschaffen in de effectiviteit, gebruikerservaring en mogelijkheden voor implementatie van digitale en hybride zorgprocessen. Digitale behandeling is niet simpelweg het digitaliseren van bestaande zorg, maar een daadwerkelijk andere manier van werken voor professionals en cliënten. Dit betekent dat de zorg getransformeerd wordt op zo'n manier dat het nieuwe proces waarde toevoegt voor cliënten en/ of professionals.

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

Met dit rapport willen we niet alleen een overzicht bieden van de mogelijkheden en uitdagingen van eHealthplatformen 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) en 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. Geselecteerde processen worden geplaatst op de Transformatieagenda.
- **Toetsen van digitale toepassingen:** Zorgvuldig onderzoeken en testen van voor deze processen 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 het proces 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 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 eHealthplatformen in de ggz op een veilige manier geïmplementeerd worden. Meer informatie over wat deze stappen inhouden, vind je op de [website](#) van Digizo.nu.

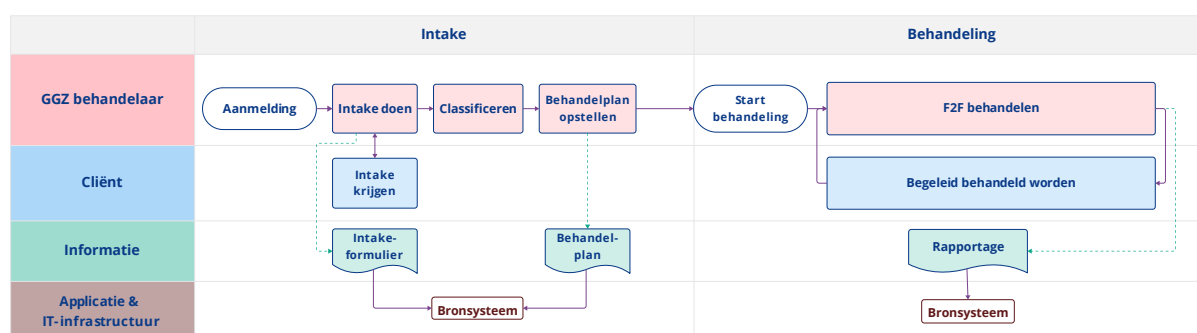


Figuur 1: De aanpak van Digizo.nu

2 Beschrijving van het zorgproces

2.1 Huidige zorgproces

Het huidige zorgproces (IST-proces, figuur 2) binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) vindt grotendeels zonder digitale ondersteuning met eHealthplatformen plaats. De cliënten van ggz-aanbieders worden vooral op locatie door zorgprofessionals behandeld (F2F). Vanwege de grote vraag naar behandeling in de ggz en lange doorlooptijden, vooral in de gespecialiseerde ggz (Sggz), moeten cliënten vaak maandenlang wachten tot ze behandeling kunnen beginnen ([De Staat van Volksgezondheid en Zorg, n.d.](#)). Additioneel leidt de grote vraag tot zorg tot een hoge werkdruk bij zorgprofessionals.



Figuur 2: Huidige zorgproces (IST-proces)

2.2 Hybride zorgproces

EHealthplatformen

Met behulp van een hybride zorgproces met eHealthplatformen (SOLL-proces Figuur 3) wordt beoogd om meer cliënten te kunnen helpen zonder de werkdruk voor de zorgprofessionals verder te verhogen. Behandeling in de ggz via eHealthplatformen maakt gebruik van een breed scala aan therapieën, ondersteuning en monitoring op afstand. Hier zijn enkele manieren waarop ggz-behandeling via dergelijke platformen kan worden uitgevoerd:

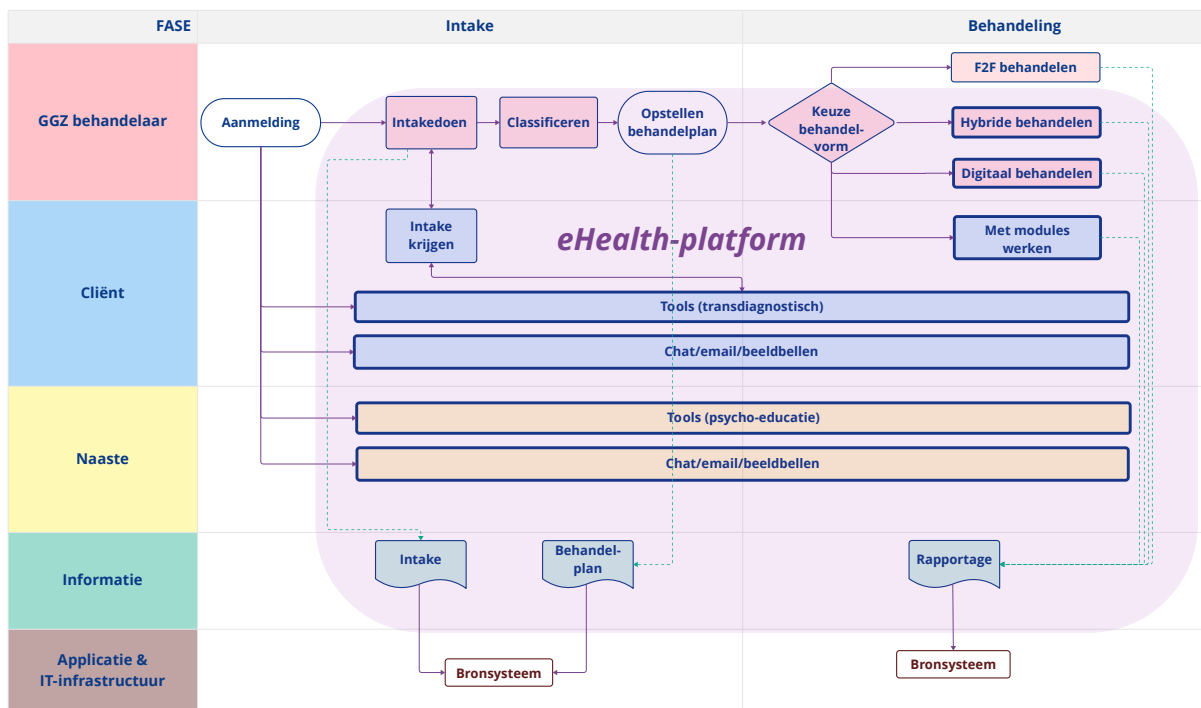
- **Online therapie:** Therapie wordt geleverd via videoconferenties of chatplatformen, waardoor mensen toegang hebben tot gesprekstherapie met een gekwalificeerde zorgverlener vanuit hun eigen huis. Dit kan nuttig zijn voor mensen met mobiliteitsbeperkingen, mensen in afgelegen gebieden, of degenen die liever niet persoonlijk naar een behandelsetting gaan.
- **(Zelfhulp)modules:** eHealthplatformen bieden (zelfhulp)modules aan die gebaseerd zijn op evidence-based therapieën, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) of mindfulness. Deze modules bevatten vaak interactieve oefeningen, educatief materiaal en zelfreflectieactiviteiten om mensen te helpen bij het aanpakken van hun mentale gezondheidsproblemen.
- **Psycho-educatie:** Online platformen verstrekken educatieve materialen over verschillende psychische aandoeningen, behandelingen en zelfhulpstrategieën. Dit kan

mensen helpen om meer inzicht te krijgen in hun symptomen en om effectieve coping vaardigheden te ontwikkelen. Psycho-educatie kan ook voor de naaste(n) van cliënten aangeboden worden voor een beter begrip en steun.

- **Zelfmonitoring:** eHealthplatformen kunnen tools bieden waarmee mensen hun stemming, gedachten, en gedrag kunnen bijhouden. Deze informatie kan worden gedeeld met zorgverleners om hen te helpen bij het evalueren van de voortgang en het aanpassen van de behandeling indien nodig.
- **Peer support:** Sommige eHealthplatformen bevorderen peer support door middel van online gemeenschappen, forums, of groepschats. Dit biedt mensen de mogelijkheid om ervaringen te delen, steun te ontvangen van anderen die vergelijkbare uitdagingen hebben meegemaakt en om zich minder geïsoleerd te voelen.

In de waardebeoordeling is niet het volledige bovenstaande spectrum van functionaliteiten meegenomen, maar zijn onderzoeken geselecteerd waarbij in het hybride zorgproces minimaal één (zelfhulp)module is ingebouwd in het eHealthplatform, en ondersteuning door de behandelaar wordt aangeboden (zie Figuur 3). De ondersteuning kan digitaal (videobellen, telefonie, sms, chat functie), face-to-face op locatie, of in hybride vorm digitaal en face-to-face plaatsvinden. De overige functionaliteiten (psycho-educatie, online therapie, zelfmonitoring en peer support) kunnen onderdeel uitmaken van het aanbod op de eHealthplatformen.

Hoewel de overige functionaliteiten hun meerwaarde kennen, zijn deze voor het maken van een goede vergelijking en het bepalen van de waarde buiten beschouwing gelaten. Daarnaast is het bekend dat sommige behandelaars in plaats van eHealth modules apps inzetten die eenzelfde functie kennen. Digizo.nu zal van deze apps in de toekomst ook de meerwaarde proberen vast te stellen.



Figuur 3: Hybride zorgproces met eHealthplatformen (SOLL-proces)

Doelgroep

EHealthplatformen kunnen bij de volledige doelgroep van de basis ggz (BGGz) en gespecialiseerde ggz (SGGz) worden toegepast, maar in de praktijk worden eHealthplatformen voornamelijk gebruikt voor cliënten in de ambulante en poliklinische setting in de BGGz en SGGz.

In deze waardebeoordeling hebben we de behandeling voor mensen met diagnoses: angst, depressie, autisme, persoonlijkheidsstoornis of verslaving onderzocht.

3 Getoetste digitale toepassingen

3.1 Leveranciers

Voor het zorgproces Behandeling middels eHealthplatformen in de ggz zijn toepassingen van vier leveranciers getoetst: Minddistrict, Karify, Therapieland en Embloom. Minddistrict, Karify en Therapieland zijn betrokken geweest bij het waardebepalend onderzoek.

Elk van deze vier toepassingen biedt functionaliteiten voor behandeling met eHealthplatformen.

Tabel 1 toont een overzicht van de functionaliteiten per leverancier.

Functionaliteit	Mind-district	Karify	Therapie-land	Embloom
Videobellen met cliënten (digitale poli)	✓	✓	✓	✓
Berichtenverkeer met cliënten	✓	✓	✓	✓
Informatiebibliotheek met CMS	✓	✓		✓
Monitoring van cliënten, dashboard	✓	✓	✓	✓
Behandelmodules (eHealth interventies)	✓	✓	✓	✓
Toegang tot patiëntdossier voor cliënten	✓	✓	✓	✓
Vragenlijsten, metingen	✓	✓	✓	✓
Dagboekfunctie	✓		✓	✓
Planfunctie afspraken			✓	
Digitale voordeur	✓	✓	✓	✓
Meertalig	✓	✓	✓	✓
White label versie	✓	✓		✓

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

3.2 Toetsing van de toepassingen

Voor het zorgproces Behandeling middels eHealthplatformen in de ggz zijn bovenstaande functionaliteiten van de toepassingen van Minddistrict, Karify, Therapieland, en Embloom positief getoetst. Dat betekent dat deze toepassingen veilig in de zorg kunnen worden ingezet. De toetsingen vonden plaats tussen september 2021 en maart 2024, 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	Mind-district	Karify	Therapie-land	Embloom
Eindgebruiker en toegankelijkheid	✓	✓	✓	✓
Informatiebeveiliging & privacy	✓	✓	✓	✓
Certificering	✓	✓	✓	✓
Implementatieondersteuning door leverancier	✓	✓	✓	✓
Alle toepassingen zijn positief getoetst	✓	✓	✓	✓

Tabel 2: Toetsonderdelen

4 Waardebepaling en geaccepteerd bewijs

Meegenomen in de waardebeoordeling zijn de toepassingen van Minddistrict, Karify en Therapieland.

Het waardebeoordelend onderzoek naar behandeling middels eHealthplatformen is uitgevoerd op basis van een meetplan. Dit meetplan is opgesteld met een vertegenwoordiging van de IZA-partijen behorende tot de sectoren die betrokken zijn bij dit zorgproces en MIND en is te vinden in tabel 2 in de bijlage. 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 bewijs (systematisch literatuuronderzoek) en zijn op verzoek van de vertegenwoordiging van IZA-partijen de praktische implicaties van het bewijs toegevoegd voor de implementatie. 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 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 middels eHealthplatformen:
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.
Kwaliteit (tijdsbesteding)	Het aantal sessies of behandelminuten voor zorgverlener is lager dan bij de gebruikelijke ggz-behandeling.
Kosten	De kosten zijn gelijk aan of lager dan die van het huidige proces.

Tabel 3: Overzicht van domeinen in het meetplan en acceptatiegrenzen

Het literatuuronderzoek is gedaan volgens de 'PICO': Populaties, Interventie, vergelijking (Comparator) en uitkomsten (Outcomes). De PICO voor het onderzoek (Tabel 4) bevat de grootste populaties binnen de ggz, namelijk mensen met angsten, depressie, persoonlijkheidsstoornis, autisme of verslaving. In de huidige situatie worden deze populaties voornamelijk behandeld middels face-to-face zorg (vergelijking). De huidige manier van zorg wordt vergeleken met behandeling middels eHealthplatformen (Interventie), gedefinieerd als het gebruik van tenminste een online module en ondersteuning van de behandelaar. De ondersteuning van de behandelaar kan face-to-face, volledig digitaal (videobellen, telefonie, sms, chat functie), of face-to-face en digitaal verleend worden. De huidige manier van behandeling en behandeling middels eHealthplatformen worden vergeleken op basis van effectiviteit, veiligheid, gebruikerservaring, tijdsbesteding en kosten (uitkomsten).

PICO	Definitie
Populatie	Klinisch gediagnosticeerde populaties met tenminste één DSM-5 diagnose op het gebied van: <ul style="list-style-type: none"> • Angst* • Depressie • Persoonlijkheidsstoornis • Autisme • Verslaving
Interventie (SOLL-proces)	Bewezen behandelmethoden met tenminste een online module met ondersteuning van behandelaar: <ul style="list-style-type: none"> • face-to-face of • volledig digitaal of • face-to-face en digitaal
Vergelijking (IST-proces)	Bewezen behandelmethoden middels face-to-face behandelcontacten zonder digitale ondersteuning en online modules.
Uitkomsten	<ul style="list-style-type: none"> • Effectiviteit (inclusief langetermijneffecten) • Veiligheid (incidenten, morbiditeit, mortaliteit) • Gebruikerservaring (clienttevredenheid, verschil in afronding van de behandeling, uitval uit onderzoek, deelname aan de behandeling, werkalliantie** en gebruiksvriendelijkheid) • Tijdsbesteding • Zorgkosten

Tabel 4: Onderzoeksvraag (PICO) voor het literatuuronderzoek naar eHealthplatformen

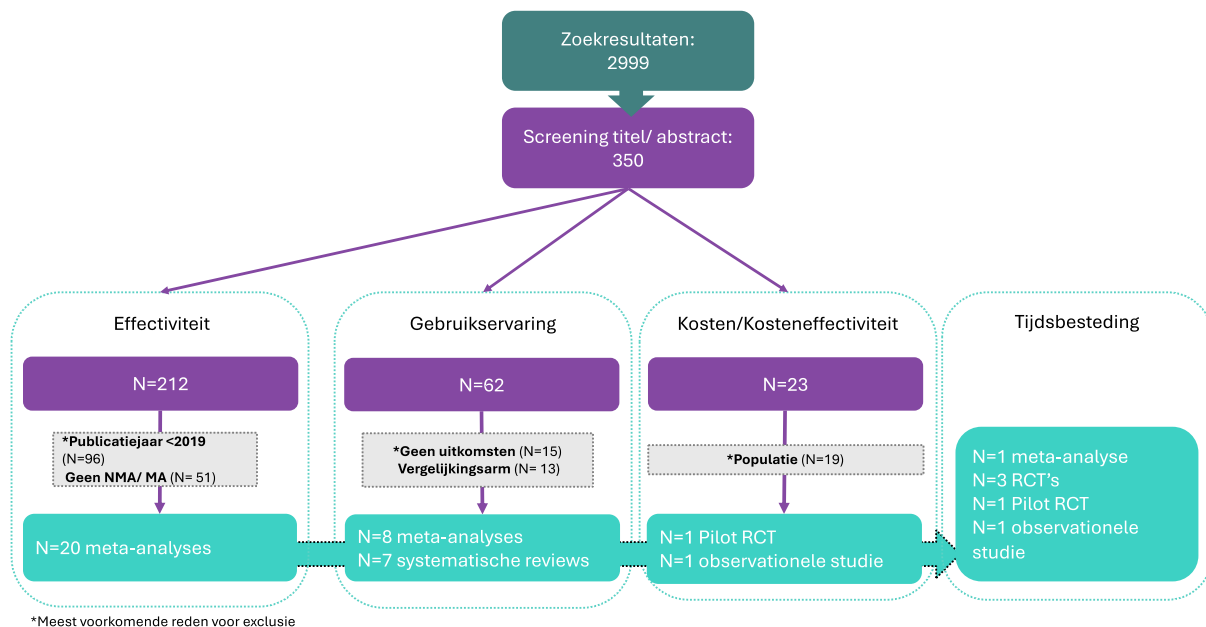
* In het onderzoek werd OCD meegenomen onder Angst volgens de DSM-5.

** De verhouding die cliënten en professionals met elkaar aangaan in de context van professionele begeleiding.

4.2 Onderzoeksresultaten

De PICO is toegepast op de zoekstrategie door een informatiespecialist waarmee 2.999 mogelijk relevante systematische literatuurreviews met publicatiejaar 2010 t/m 2024 zijn gevonden in de databases Ovid/Medline, Ovid/PsychInfo en Embase. Initieel kwamen 350 studies in aanmerking op basis van titel en abstract screening, waarvan slechts enkele relevant waren voor de verschillende domeinen in het meetplan na full tekst review (figuur 4). Voor onderzoek naar *effectiviteit* is naar recente meta-analyses gekeken met publicatiejaar 2019 t/m 2024. Voor het domein *kosten* zijn alleen studies met Nederlandse setting in het onderzoek meegenomen vanwege verschillen in de bekostiging van zorg per rechtsgebied. Onderzoek naar *tijdsbesteding* komt uit de geïnccludeerde studies voor de andere domeinen.

De meest voorkomende reden voor exclusie voor het domein *effectiviteit* waren: publicatiejaar voor 2019 en studie design. Gebruikerservaringen zijn slechts in een paar onderzoeken beschreven, en de vergelijkende behandeling was vaak niet face-to-face.



Figuur 4: – Zoekresultaten per domein¹

¹ Omdat sommige onderzoeken relevant waren voor de meerdere thema's, is het totaal aantal onderzoeken over alle thema's heen, groter dan 350.

Effectiviteit

Voor de populaties met depressie, angst en autisme:

De effectiviteit (vermindering van ernst van symptomen) van behandeling middels eHealthplatformen is vergelijkbaar met behandeling middels face-to-face.

Voor de populatie met persoonlijkheidsstoornis:

Er kan geen conclusie getrokken worden over het verschil in effectiviteit van behandeling middels eHealthplatformen ten opzichte van behandeling middels face-to-face vanwege het gebrek aan onderzoek.

Voor de populatie met verslaving:

Er werd een lagere effectiviteit gevonden bij behandeling middels eHealthplatformen dan voor behandeling middels face-to-face.

Kenmerken populatie

Ernst van symptomen werd in de opgenomen studies vaak niet gerapporteerd, maar er zijn weinig aanwijzingen (bijvoorbeeld door vermelding in de exclusiecriteria) dat populaties met ernstige symptomen niet zijn meegenomen in het merendeel van de onderzoeken.

In het onderzoek zijn geen aanwijzingen gevonden dat de geslacht of leeftijd invloed hebben op de effectiviteit van behandeling middels eHealthplatformen.

Langetermijneffecten

Het effect op vermindering van ernst van symptomen lijkt op de lange termijn aan te houden voor de populaties met depressie en angst.

Over het langetermijneffect voor populaties met persoonlijkheidsstoornis, verslaving of autisme kan geen conclusie getrokken worden vanwege het gebrek aan onderzoek.

Deze conclusies zijn getrokken op basis van 20 meta-analyses voor de gedefinieerde populatie, gepubliceerd in de periode 2010 t/m 2024 met een steekproefgrootte tussen 216 en 4.869 patiënten (voor 14 meta-analyses). Hieruit zijn 52 analyses beschikbaar over het effect van behandeling middels eHealthplatformen ten opzichte van behandeling middels face-to-face.

Zie bijlage tabel 3 voor hoeveel studies een hogere, gelijke, of lagere effectschatting opleverden voor behandeling middels eHealthplatformen ten opzichte van behandeling middels face-to-face. Zie bijlage tabel 4, tabel 5 en tabel 6 voor een overzicht van de geïncludeerde studies en uitkomsten per studie voor de verschillende stoornissen.

De conclusie voor de langetermijneffecten is getrokken op basis van 4 studies voor de populaties angst en/of depressie (zie bijlage tabel 7).

Veiligheid

Het risico op incidenten en morbiditeit met behandeling middels eHealthplatformen is vergelijkbaar met behandeling middels face-to-face voor de populaties met angst.

Voor de populaties met angst of depressie kunnen geen conclusie worden getrokken over het verschil in incidenten en morbiditeit van behandeling middels eHealthplatformen ten opzichte van behandeling middels face-to-face vanwege het gebrek aan onderzoek.

Over het verschil in mortaliteitsrisico van behandeling middels eHealthplatformen ten opzichte van behandeling middels face-to-face kan geen conclusie worden getrokken vanwege het gebrek aan onderzoek.

Experts verwachten geen toename in incidenten, morbiditeit of mortaliteit met behandeling middels eHealthplatformen voor de populaties met angst, depressie, persoonlijkheidsstoornis, autisme en verslaving.

Deze conclusies zijn getrokken op basis van twee meta-analyses, gepubliceerd in 2022 en 2023, voor paniekstoornis en OCD. Binnen deze meta-analyses onderzoeken rapporteren maar drie studies over het risico op mortaliteit en morbiditeit met behandeling middels eHealthplatformen ten opzichte van behandeling middels face-to-face.

De conclusie ten aanzien van het bestaan dan wel uitblijven van incidenten, morbiditeit of mortaliteit kwam overeen met de ervaring die de experts uit de werkgroep ggz van Digizo.nu hebben.

Gebruikservaring

Voor populaties met angst, depressie en verslaving:

De clienttevredenheid en de verhouding die cliënten en professionals met elkaar aangaan in de context van professionele begeleiding (genoemd 'werkalliantie') met behandeling middels eHealthplatformen is vergelijkbaar met behandeling middels face-to-face.

Voor de populaties met persoonlijkheidsstoornis en autisme:

Er kunnen geen conclusie worden getrokken over gebruikservaring van behandeling middels eHealthplatformen ten opzichte van behandeling middels face-to-face vanwege het gebrek aan onderzoek.

Voor het verschil in afronding van de behandeling, uitval uit onderzoek, deelname aan de behandeling middels eHealthplatformen en gebruiksvriendelijkheid kan geen conclusie worden getrokken vanwege het gebrek aan onderzoek.

Deze conclusies zijn getrokken op basis van 15 studies waarvan 7 meta-analyses en een netwerk-meta-analyse. Gebruikservaring voor patiënten werd gedefinieerd als uitval uit onderzoek ("drop-out"), clienttevredenheid, werkalliantie, afronding van de behandeling ("completion rate"), deelname aan de behandeling middels eHealthplatformen ("uptake") en gebruiksvriendelijkheid ("usability").

Voor de deelname aan de behandeling middels eHealthplatformen en gebruiksvriendelijkheid is geen vergelijking met face-to-face noodzakelijk vanwege de aard van behandeling. Zie bijlage tabel 8 en tabel 9 voor de uitkomsten voor gebruikservaring uit de geïncludeerde literatuur.

Tijdsbesteding

De volgende uitkomsten voor tijdsbesteding zijn gevonden voor populaties met angst of depressie:

Het aantal behandelminuten per patiënt met behandeling middels eHealthplatformen is vergelijkbaar of lager dan voor behandeling middels face-to-face.

Het aantal behandel sessies per patiënt met behandeling middels eHealthplatformen is vergelijkbaar of lager dan met behandeling middels face-to-face.

De doorlooptijd van de behandeling per patiënt is lager met behandeling middels eHealthplatformen ten opzichte van behandeling middels face-to-face. Bijvoorbeeld in studies in welke de helft van de face-to-face behandel sessies werd vervangen door online modules en digitaal feedback, bleek dat de doorlooptijd met bijna 50% werd verkort.

Het aantal behandelminuten en behandel sessies per patiënt met behandeling middels eHealthplatformen is hoger in het geval van eHealthplatformen als aanvullende toepassing in plaats van als vervangende toepassing (vervangen van face-to-face behandel sessies of behandelminuten met online modules en digitaal feedback).

Deze conclusie is getrokken op basis van 6 studies waarvan twee in de Nederlandse setting. Het aantal behandelminuten per patiënt werd in alle studies onderzocht en het aantal behandel sessie per patiënt werd in 3 studies onderzocht. De doorlooptijd van de behandeling per patiënt werd maar in een studie onderzocht.

Zie bijlage tabel 10 voor de geïncludeerde studies voor tijdsbesteding.

Kosten

De volgende uitkomsten voor tijdsbesteding zijn gevonden voor populaties met angst of depressie:

Gelijke of lagere kosten zijn gevonden voor behandeling waarin eHealthplatformen face-to-face sessies vervangen.

Experts geven aan dat het in praktijk realiseren van gelijke of lagere zorgkosten voor behandeling middels eHealthplatformen afhankelijk is van de mate waarin uiteindelijk geïmplementeerde behandelingsprotocollen met minder face-to-face sessies nageleefd worden.

Voor behandeling middels eHealthplatformen als aanvullende optie (“add-on”) op de huidige werkwijze van behandeling zijn hogere zorgkosten gevonden, vanwege een hogere tijdsbesteding door digitaal feedback geven een aanvullende face-to-face sessies.

Deze conclusie is getrokken op basis van drie studies in de Nederlandse setting: een observationele studie, een RCT (gerandomiseerde gecontroleerde studie) en een pilot RCT.

Beperkingen van het onderzoek

- Voor sommige populaties is geen of niet genoeg onderzoek gedaan om conclusies te trekken.
- RCT's die recenter zijn gepubliceerd, zijn waarschijnlijk niet opgenomen in de systematische literatuuronderzoeken, gezien de vertraging in tijd tussen het systematisch beoordelen van literatuur en de publicatie daarvan.
- Gezien de keuze voor systematische literatuurreviews, worden details over patiëntkenmerken vaak niet gerapporteerd (bijv. proporties van patiënten met verschillende ernst van symptomen).
- Kostenstudies voor de Nederlandse setting zijn zeldzaam en weerspiegelen het veranderende landschap van zorgprestatie modellen.
- Gegevens over de deelname aan de behandeling middels eHealthplatformen, en het mogelijke verschil in patiënten kenmerken zijn moeilijk te verzamelen, gezien de vroege uitval van de deelnemers.
- De gevonden studies besteedden niet veel aandacht aan de zachtere aspecten zoals gebruikservaring van cliënten of zorgprofessionals.

4.3 Geaccepteerd bewijs

Het in het waardebepalend onderzoek gevonden bewijs is positief geëvalueerd door de werkgroep ggz van Digizo.nu. Dit betekent dat zij adviseren om opschaling te stimuleren.

- Er is voldoende bewijs gevonden dat behandeling middels eHealthplatformen voor populaties met angst en depressie net zo effectief is als face-to-face behandeling. Ook op basis van verschillende cliëntkenmerken zoals ernst van symptomen, geslacht en leeftijd wordt geen verschil gevonden. Het wordt niet verwacht dat de effectiviteit voor andere ggz-populaties verschilt met de gevonden resultaten. Tijdens opschaling zal de effectiviteit van behandeling middels eHealthplatformen voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen en verslaving gemonitord moeten worden, gezien het voor deze doelgroepen beperkte onderzoek en het mogelijke negatief effect voor cliënten met (gok)-verslaving.
- De risico's voor behandeling middels eHealthplatformen worden als gelijk aan die reguliere behandeling beschouwd maar tijdens opschaling zal het risico voor mortaliteit gemonitord worden, gezien het gebrek aan onderzoek.
- De gebruikservaring van cliënten en zorgprofessionals werd nauwelijks onderzocht maar dit wordt niet gezien als een belemmering voor opschaling. Onder 5. Aanbevelingen voor implementatie zijn de belangrijke factoren en hulpbronnen genoemd voor cliënten en zorgprofessionals voor de adoptie van eHealthplatformen. Verder zullen de verschillende onderdelen van gebruikservaring tijdens opschaling worden gemonitord.
- Ook is er maar weinig onderzoek gedaan over de zorgkosten. Echter, het gevonden onderzoek laat het algemeen beeld zien dat het vervangen van ongeveer de helft van face-to-face behandelsessies met online-modules de zorgkosten zou kunnen verminderen; dit is ook de verwachting die wordt uitgesproken door leveranciers en wordt bevestigd door voorlopers in het veld. De uitvoering van de behandelprotocollen voor hybride zorg in de praktijk zou dus gemonitord moeten worden.

Tabel 5 geeft een overzicht van alle meetplan domeinen die geëist worden voor opschaling, de specificatie van claim bij behandeling middels eHealthplatformen per domein, en of volgens de vertegenwoordiging van de IZA-partijen voldoende bewijs verzameld is voor opschaling.

Eisen

Domein	Specificatie van claim Bij behandeling middels eHealthplatformen:	Als voldoende beoordeeld ²	Aanvullend onderzoek
Kwaliteit (effectiviteit)	De zorg is minstens even effectief als face-to-face zorg.	✓	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
Gebruikers-ervaring	De ervaring van cliënten en zorgverleners is gelijk of beter dan bij het niet-digitale proces.	✓	Tijdens opschaling
Kosten	De kosten zijn gelijk aan of lager dan die van het huidige proces.	✓	Tijdens opschaling
Kwaliteit (inzet eHealth-platform)	Inzet eHealthplatform als standaard werkwijze.	n.v.t	Tijdens opschaling

Tabel 5: Geaccepteerd bewijs – Eisen voor opschaling

² 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.

Optionele eisen

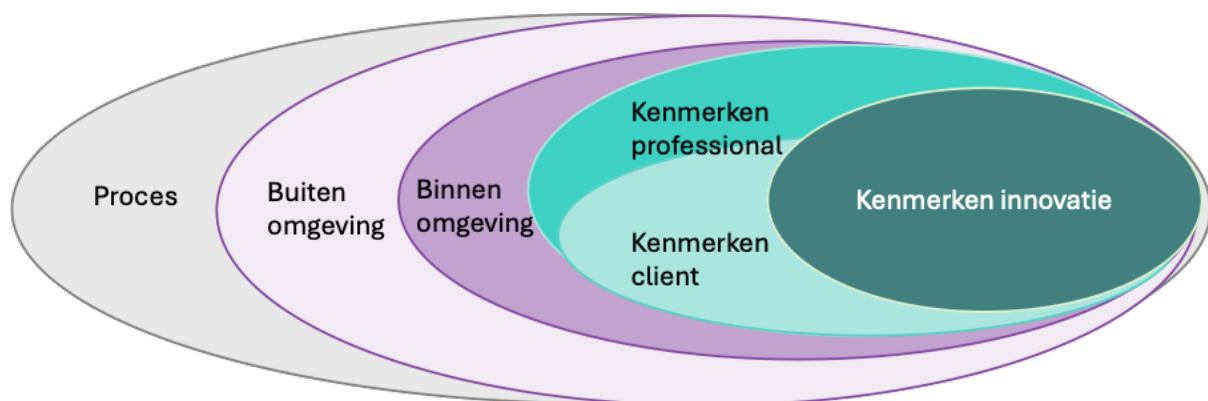
Domein	Specificatie van claim Bij behandeling middels eHealthplatformen:	Als voldoende beoordeeld ²	Aanvullend onderzoek
Kwaliteit (langetermijn-effect)	In het meetplan geformuleerd als optionele eis waarvoor bewijs verzameld kan worden door monitoring na opschaling, maar uit het onderzoek naar de andere indicatoren volgde als bijkomend resultaat dat het behandel-effect op lange termijn lijkt aan te houden voor depressie en angst.	✓	Tijdens opschaling
Toegankelijkheid	De onderzoeksresultaten zijn te vertalen naar de setting en doelgroepen binnen de ggz waar het digitale (of hybride) proces opgeschaald wordt (angst, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, autisme en verslaving).	✓	Tijdens opschaling
Behandelcapaciteit	Er is toename van de behandelcapaciteit en verkorting van de wachtlijst bij behandeling met eHealthplatformen in vergelijking met gebruikelijke behandeling incl. beeldbellen.	✓	Tijdens opschaling

Tabel 6: Geaccepteerd bewijs – Optionele eisen

5 Aanbevelingen voor implementatie

Voor de aanbevelingen voor een succesvolle implementatie van eHealthplatformen 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). De rapportage van [Buro StrakZ](#) is een verdere aanvulling over implementatie factoren voor het Nederlandse setting met focus op de rol van de leidinggevende in digitale transformatie en implementatie.

Voor elk aspect van implementatie zijn een reeks aanbevelingen gedaan op basis van de hier opgenomen literatuur. Zie bijlage tabel 11 voor alle aanbevelingen. Om die aanbevelingen zo toepasbaar mogelijk te maken voor de implementatie van eHealthplatformen in de ggz in Nederland, hebben de leveranciers de aanbevelingen benadrukt die zij het meest tegenkomen in de praktijk.



Figuur 5: 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.
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 eind-gebruikers bij de ontwikkeling en implementatie en leiderschap voor een positief houding van professionals ten opzichte van eHealthplatformen en de implementatie ervan. ● Duidelijke en vooruitziende communicatie over beoogde voordelen en realistische verwachtingen voor eHealthplatformen om twijfels aan klinische uitkomsten, voordelen en verwachten van verstoringen in de levering van zorg weg te nemen. ● Motivatie om met eHealthplatformen te werken versus algemene weerstand tegen verandering.
Andere persoonlijke eigenschappen	<ul style="list-style-type: none"> ● Aanbieden van een opleiding om computervaardigheden te versterken.

Kenmerken cliënten

Kennis en overtuigingen	<ul style="list-style-type: none"> ● Gesprek met cliënten over hun verwachtingen van de eHealthplatformen. ● EHealthplatformen moeten gepersonaliseerd en cliëntgericht zijn.
Andere persoonlijke eigenschappen	<ul style="list-style-type: none"> ● De taal die in de eHealthplatformen wordt gebruikt, moet aansluiten bij de cliënt.

Binnen omgeving

Implementatie-klimaat	<ul style="list-style-type: none"> ● Algemene compatibiliteit tussen eHealthplatformen 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 eHealthplatformen bij de planning en uitvoering van implementatieprocessen. ● Bevorderen van een gevoel van eigenaarschap, vertrouwen, acceptatie, plezier en eigen trots ten aanzien van eHealthplatformen.
Reflecteren en evalueren	<ul style="list-style-type: none"> ● Voordelen van eHealthplatformen demonstreren om de acceptatie door zorgprofessionals te vergroten.

5.2 Hulpbronnen voor implementatie

Ten behoeve van implementatie van het proces 'behandeling middels eHealthplatformen 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 EPD's versneld te stimuleren tot interoperabiliteit.

Incidentele en structurele kosten

De implementatie van eHealthplatformen 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. De verwachting is dat als het beschreven nieuwe, digitale/ hybride proces intensief gebruikt wordt, het proces 'behandeling middels eHealth platformen' bijdraagt aan zowel de toegankelijkheid van de ggz, als een waarschijnlijke daling van de de kosten van een ggz instelling. Eventueel andere financiële afspraken, waarvoor nadrukkelijk de samenwerking met andere systeempartijen nodig zijn, worden in de Pas-Toe-fase nader uitgewerkt.

Adoptie van het zorgproces door professionals

Adoptie door professionals moet vooral binnen instellingen gestimuleerd worden. Daarom is in dit rapport ook een hoofdstuk over implementatie opgenomen. Echter, ook landelijk kan gewerkt worden aan voorwaarden om adoptie door professionals te vergroten:

- Stimulering opname digitale behandeling in de desbetreffende richtlijnen (Akwa GGZ).
- 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.

Zie ook [Zorgstandaard Digitale Zorg](#).



Behandeling (van chronische vermoeidheid) via het internet kost zo'n dertig tot veertig procent minder tijd van therapeuten in vergelijking met een face-to-face behandeling.

Medisch psycholoog

Adoptie van het zorgproces door cliënt

Sommige cliënten zijn digitaal niet vaardig, anderen vinden de digitale wereld nog heel spannend, beschikken niet over de digitale middelen of hebben ze een voorkeur voor fysieke behandeling. Om adoptie van cliënten mogelijk te maken, zal per persoon een andere strategie nodig zijn. Hiervoor zijn de volgende bronnen beschikbaar:

- 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.

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 internet en goed bereik van Wifi.

5.3 Goede voorbeelden

Op diverse plekken in Nederland is behandeling met eHealthplatformen 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
GGZ inGeest		DigitaalDichtbij@ggzingeest.nl
Lionarons GGZ	Wilma Noteborn	w.noteborn@lionarons-ggz.nl
Tactus	Elske Roeleveld	e.roeleveld@tactus.nl
Dimence	René Rust	r.rust@dimencegroep.nl
Lentis	Mark Dekker	mr.dekker@lentis.nl
GGZ NHN	Marty Dijkstra	m.dijkstra@ggz-nhn.nl

Tabel 7: 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 naar verwachting in januari 2025 bekrachtigd wordt door het bestuurlijk overleg tussen beide brancheorganisaties.



We zien door de inzet van ons eHealthplatform een snellere doorlooptijd in de intake- en diagnostiekfase, en een aanzienlijke verlichting van administratieve taken.

Zorgmanager

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Conclusies

Het huidige zorgproces binnen de geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) vraagt om optimalisatie gezien de grote hulpvraag van cliënten en een hoge werkdruk voor zorgprofessionals. Digitale en hybride zorgprocessen zoals behandeling middels eHealthplatformen kunnen een bijdrage leveren aan de toegankelijkheid van de ggz en de ervaren werkdruk. De waardebeoordeling van eHealthplatformen binnen de ggz heeft dus als doel inzicht te verschaffen in de effectiviteit, gebruikerservaring en mogelijkheden voor implementatie van digitale en hybride zorgmodellen. Na de positieve toetsing voor Minddistrict, Karify, Therapieland, en Embloom is het waardebeoordelend onderzoek uitgevoerd met behulp van de eerstgenoemde eHealthplatformen. Dit is gedaan op basis van een meetplan en systematisch literatuuronderzoek over de effectiviteit, veiligheid, gebruikerservaring, kosten, en tijdsbesteding aan sessies of behandelminuten door zorgprofessionals en doorlooptijd voor cliënten met eHealthplatformen ten opzichte van de huidige face-to-face behandeling.

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

- Behandeling middels eHealthplatformen in de ggz lijkt op basis van het onderzoek veilig, minstens net zo effectief als zorg die volledig face-to-face aangeboden wordt, tegen gelijke of minder zorgkosten, en het kan bijdragen aan de toegankelijkheid van de ggz.
- Omdat de effectiviteit en veiligheid niet voor alle ggz-populaties konden worden aangetoond middels het waardebeoordelend onderzoek, worden deze populaties tijdens opschaling gemonitord. Er zijn echter geen aanwijzingen gevonden dat de veiligheid dan wel effectiviteit voor andere doelgroepen verschilt van de gevonden resultaten.
- Verder concludeerde de werkgroep dat bepaalde onderdelen van de gebruikerservaring van cliënten en zorgprofessionals tijdens de opschaling gemonitord moeten worden om de adoptie van eHealthplatformen te waarborgen.
- Hoewel er aanwijzingen zijn voor besparing op zorgkosten en een toename van behandelcapaciteit, moeten deze uitkomsten worden geëvalueerd na de daadwerkelijke implementatie van eHealthplatformen, gezien eHealthplatformen alleen rendabel zijn als ze op de juiste manier worden geïmplementeerd. 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 en ondersteunende afdelingen bij de verandering.
- 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.

6.2 Aanbevelingen

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

- Neem de tijd op alle lagen van de instelling voor het 'waarom' van de transformatie en zet hiervoor passende middelen in. Behandeling middels eHealthplatformen is een middel om de ggz toegankelijk te houden en eigen regie bij cliënten te bevorderen, geen doel op zich.
- Maak een implementatieplan, waarbij alle perspectieven gehoord en betrokken zijn.
- Maak gebruik van de kennis en ervaring van andere instellingen en stel een hulpvraag bij andere instellingen als er problemen zijn in de opschaling.
- Monitor de voortgang van de gestelde doelen en koppel deze op maat terug.

7 Opschalingsmonitor

Na de plaatsing van het proces ‘behandeling middels eHealthplatformen in de ggz’ op de 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 opzetten van een monitor, opstellen van definities, het doen van een nulmeting en het opstellen van doelen die gesteld worden op basis van de nulmeting en die in lijn met de IZA doelstellingen zijn. De volgende KPI's zijn geformuleerd in het meetplan van dit proces en er wordt geadviseerd om deze mee te nemen in de Digizo.nu monitor.



Ons eHealthplatform helpt ons niet alleen tijdens de behandeling, maar de module ‘Eerste stap naar herstel’ maakt het ook mogelijk om cliënten die op de wachtlijst staan al ondersteuning te bieden.

Manager ondersteunende diensten

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

- **Effectiviteit:** bepalen van de effectiviteit van het gebruik van eHealthplatformen voor cliënten met een klinische verslaving en persoonlijkheidsstoornissen
- **Lange termijn effectiviteit:** bepalen van lange termijneffecten van behandeling middels eHealthplatformen
- **Klinische risico's:** monitoren van morbiditeit en mortaliteit in de ggz-populaties bij de behandeling middels eHealthplatformen
- **Gebruikerservaring:** monitoren van gebruikerservaring, instroom van cliënten en afronding van de behandeling.
- **Kosten en tijdsbesteding:** hoewel er aanwijzingen zijn voor besparing op zorgkosten en een toename van behandelcapaciteit, moeten deze uitkomsten worden geëvalueerd na de daadwerkelijke implementatie van eHealthplatformen.

8 Referenties

Ahern, E., Kinsella, S., & Semkowska, M. (2018). Clinical efficacy and economic evaluation of online cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, *18*(1), 25–41. <https://doi.org/10.1080/14737167.2018.1407245>

Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, *13*(3), 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>

Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *55*, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.001>

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, *5*(10), e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>

Andrews, G., Davies, M., & Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(4), 337–340. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.538840>

Barbeito, S., Sánchez-Gutiérrez, T., Becerra-García, J. A., González Pinto, A., Caletti, E., & Calvo, A. (2020). A systematic review of online interventions for families of patients with severe mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, *263*, 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.106>

Bennett, S. D., Cuijpers, P., Ebert, D. D., McKenzie Smith, M., Coughtrey, A. E., Heyman, I., Manzotti, G., & Shafran, R. (2019). Practitioner Review: Unguided and guided self-help interventions for common mental health disorders in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *60*(8), 828–847. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13010>

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>

Chow, D. Y., Jiang, X., & You, J. H. S. (2022). Information technology-based versus face-to-face cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *310*, 429–440. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.048>

Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *76*(7), 700.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>

De Staat van Volksgezondheid en Zorg. (n.d.). *Wachttijd gespecialiseerde ggz: Overschrijding treetnorm en gemiddelde wachttijd | De Staat van Volksgezondheid en Zorg*. Retrieved November 21, 2024, from <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-gespecialiseerde-ggz-overschrijding-treetnorm-en-gemiddelde-wachttijd>

Eriksen, J. W., Fiskaali, A., Zachariae, R., Wellnitz, K. B., Oernboel, E., Stenbro, A. W., Marcussen, T., & Petersen, M. W. (2023). Psychological intervention for gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, *12*(3), 613–630.

<https://doi.org/10.1556/2006.2023.00034>

Esfandiari, N., Mazaheri, M. A., Akbari-Zardkhaneh, S., Sadeghi-Firoozabadi, V., & Cheraghi, M. (2021). Internet-Delivered Versus Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, *12*, 153. https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_208_21

Etzelmueller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., Cuijpers, P., Riper, H., & Ebert, D. D. (2020). Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(8), e18100. <https://doi.org/10.2196/18100>

Fuhrmann, L. M., Weisel, K. K., Harrer, M., Kulke, J. K., Baumeister, H., Cuijpers, P., Ebert, D. D., & Berking, M. (2024). Additive effects of adjunctive app-based interventions for mental disorders—A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Internet Interventions*, *35*, 100703. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100703>

Guo, S., Deng, W., Wang, H., Liu, J., Liu, X., Yang, X., He, C., Zhang, Q., Liu, B., Dong, X., Yang, Z., Li, Z., & Li, X. (2021). The efficacy of internet-based cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(3), 656–668. <https://doi.org/10.1002/cpp.2528>

Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Svärdman, F., Riper, H., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, *22*(2), 305–314. <https://doi.org/10.1002/wps.21088>

Kiburi, S. K., Ngarachu, E., Tomita, A., Paruk, S., & Chiliza, B. (2023). Digital interventions for opioid use disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *144*, 108926. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108926>

Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechomski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(8), 1273–1284.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.008>

- Köhnen, M., Kriston, L., Härter, M., Baumeister, H., & Liebherz, S. (2020). Effectiveness and acceptance of technology-based psychological interventions for the acute treatment of unipolar depression: A systematic review and meta-analysis (Preprint). *Journal of Medical Internet Research*. <https://doi.org/10.2196/24584>
- Kooistra, L. C., Wiersma, J. E., Ruwaard, J., Neijenhuijs, K., Lokkerbol, J., van Oppen, P., Smit, F., & Riper, H. (2019). Cost and Effectiveness of Blended Versus Standard Cognitive Behavioral Therapy for Outpatients With Depression in Routine Specialized Mental Health Care: Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(10), e14261. <https://doi.org/10.2196/14261>
- 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>
- Lovell, K., & Bee, P. (2011). Optimising treatment resources for OCD: A review of the evidence base for technology-enhanced delivery. *Journal of Mental Health*, *20*(6), 525–542. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.608745>
- 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>
- Mewton, L., Smith, J., Rossouw, P., & Andrews, G. (2014). Current perspectives on Internet delivered cognitive behavioral therapy for adults with anxiety and related disorders. *Psychology Research and Behavior Management*, *37*. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S40879>
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2015). Therapist-supported internet cognitive—Behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *BJPsych Advances*, *21*(5), 290–290. <https://doi.org/10.1192/apt.21.5.290>
- Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., Kelvin, R., Naqvi, S., Stockton, S., & Kendall, T. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *67*, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.009>
- 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>
- Rost, T., Stein, J., Löbner, M., Kersting, A., Luck-Sikorski, C., & Riedel-Heller, S. G. (2017). User Acceptance of Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Depression: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(9), e309. <https://doi.org/10.2196/jmir.7662>
- Schiller, C. E., Prim, J., Bauer, A. E., Lux, L., Lundegard, L. C., Kang, M., Hellberg, S., Thompson, K., Webber, T., Teklezghi, A., Pettee, N., Gaffney, K., Hodgins, G., Rahman, F., Steinsiek, J. N., Modi, A., & Gaynes, B. N. (2023). Efficacy of Virtual Care for Depressive Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Mental Health*, *10*, e38955. <https://doi.org/10.2196/38955>

Stavropoulos, V., Cokorilo, S., Kambouropoulos, A., Collard, J., & Gomez, R. (2019). Cognitive Behavioral Therapy Online for Adult Depression: A 10 Year Systematic Literature Review. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 15(3), 152–170.

<https://doi.org/10.2174/1573400515666190628125914>

Treanor, C. J., Kouvonen, A., Lallukka, T., & Donnelly, M. (2021). Acceptability of Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Adults: Umbrella Review. *JMIR Mental Health*, 8(7), e23091.

<https://doi.org/10.2196/23091>

Wang, T., Ma, Y., Du, X., Li, C., Peng, Z., Wang, Y., & Zhou, H. (2024). Digital interventions for autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Investigation*, ped4.12417. <https://doi.org/10.1002/ped4.12417>

Winter, H. R., Norton, A. R., Burley, J. L., & Wootton, B. M. (2023). Remote cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 100, 102787. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102787>

Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-Assisted Cognitive Therapy for Depression: Maintaining Efficacy While Reducing Therapist Time. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1158–1164.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1158>

Zhang, W., Du, Y., Yang, X., Wang, E., Fang, J., Liu, Z., Wu, S., Liu, Q., & Hu, Y. (2022). Comparative efficacy of face-to-face and internet-based cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 832167. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.832167>

Zhang, W., Yang, W., Ruan, H., Gao, J., & Wang, Z. (2023). Comparison of internet-based and face-to-face cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 168, 140–148.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.025>

Bijlage

Tabel 1 – Getoetste specificaties

Eindgebruiker & toegankelijkheid

Specificatie	Minddistrict	Karify	Therapieland	Embloom
Koppelvlakken en integraties	REST API, Koppeltaal, HL7 FHIR, div EPD's en ROM (USER ROM, RoQua)	REST API, Koppeltaal, div EPD systemen, ROM(USER ROM, RoQua)	REST API, koppeltaal, HL7	SOAP API, Webhooks, div EPD's. ROM aanlevering, PGO's
Besturingssystemen	Android, iOS, Alle browsers	Android, iOS, alle browsers	Android, iOS, alle browsers	Android, iOS, alle browsers
Koppeling vanuit het ECD	SAML, SNS, eigen, AD en HTI	SAML, AD, eigen	SNS, SAML	SSO, SOAP, Webhooks, eigen
Offline gebruik?	deels	deels	Nee	Nee
WCAG	✓	✓	✓	✓

Informatiebeveiliging & privacy

Specificatie	Minddistrict	Karify	Therapieland	Embloom
Multi-factor authenticatie	✓	✓	✓	✓
Encryptie van data transport	SSL, TLS 1.2 en TLS 1.3 en HTTPS-encryptie	SSL	SSL, HTTPS, TLS 1.2, TLS 1.3	SSL, TLS 1.2 en 1.3 en HTTPS-Encryptie
Encryptie van dataopslag	✓	✓	✓	✓
Worden er persoonsgegevens verwerkt?	✓ DPIA aanwezig	✓ DPIA aanwezig	✓ DPIA aanwezig	✓ DPIA aanwezig

Certificering

Specificatie	Minddistrict	Karify	Therapieland	Embloom
ISO 27001	✓	✓	✓	✓
NEN 7510	✓	✓	✓	✓
ISAE 3402 Type II	✓			

Implementatieondersteuning door leverancier

Specificatie	Minddistrict	Karify	Therapieland	Embloom
Eindgebruiker	Helpdesk, website; via professional	Helpdesk, website	Helpdesk, website, onboarding tool	Helpdesk, website
Zorgverlener	Quickstart trainingen, Klachtmanagement, Servicedesk en uitgebreid advies en implementatietraject	Website, Helpdesk, Opleidingen, Advies en uitgebreid traject	Helpdesk, website, trainingen, onboarding tool, e-learnings, support medewerker	Training, e-learnings, support medewerker, onboarding tool, eHealth advies, implementatietraject

Tabel 2 – Domeinen en acceptatiegrenzen in het meetplan

Hoofddomein	Omschrijving algehele indicator	Specificatie van claim	Acceptatiegrens
Eisen - Kwaliteit (Inzet eHealthplatform)	Werken volgens het digitale/ hybride proces door de beoogde doelgroep.	Inzet eHealthplatform als standaard werkwijze	... % van de zorgverleners zet modules uit een eHealthplatform in voor zijn/haar patiënten met conditie X ... % van de patiënten met conditie X maakt (deels onafhankelijk van de behandelaar) gebruik van eHealth-module(s) ... % van alle (a)synchrone contactmomenten is digitaal
Eisen - Kwaliteit (Effectiviteit)	Effect van digitale (of hybride) zorg ten opzichte van niet-digitale zorg.	De effectiviteit van behandeling met eHealthplatformen is minstens gelijk aan gebruikelijke behandeling (incl. beeldbellen) voor de grootste populaties binnen de ggz (angst, depressie, persoonlijkheids-problematiek, autisme, verslaving)	Behandeluitkomsten (psychische klachten, herstel en de kwaliteit van leven van de patiënt) moeten gelijk zijn na afronden behandeling. Behandeling met eHealthplatformen betekent inzet van minstens 1 module of tool (incl. transdiagnostische modules) met passende inhoud.
Optionele eisen – 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 - toename van verschillen in behandel-effectiviteit tussen groepen met lagere en hogere gezondheidsvaardigheden (bijv. Digitaal/NL-taal vaardige subgroepen, asielzoekers, LVB, ouderen, minder mobiele mensen)	Geen must have, bovendien (op subgroepniveau) geen harde grens te stellen: contextafhankelijk/ afhankelijk is van de vooraf gedefinieerde gebruikersgroepen.
Optionele eisen – Toegankelijkheid	Mate waarin context en doelgroep uit het bewijs representatief zijn voor de context en doelgroep van de implementatie.	De onderzoeksresultaten zijn te vertalen naar de setting en doelgroepen binnen de ggz waar het digitale (of hybride) proces opgeschaald wordt (angst, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, autisme en verslaving).	Nvt. Dit is een criterium voor bewijskracht en niet zozeer voor waardebeoordeling.
Optionele eisen – Kwaliteit (Behandelcapaciteit)	Juiste zorg op het juiste moment door de juiste professional op de juiste plek.	Er is toename van de behandelcapaciteit en verkorting van de wachttijd bij door behandeling met eHealthplatformen in vergelijking met gebruikelijke behandeling inclusief beeldbellen.	De wachttijd voor behandeling met eHealthplatformen (bij specifieke populaties?) is gelijk of korter dan bij het niet-digitale proces. De behandelcapaciteit voor behandeling (bij specifieke populaties?) is groter of eerder dan bij het niet-digitale proces.
Eisen – Kwaliteit (Ervaring van het zorgproces)	Aanwezigheid randvoorwaarden die eindgebruikers (zowel professionals als patiënten/ cliënten) helpen het digitale (of hybride) proces te gebruiken, inclusief de gebruikerservaring.	Digitale/hybride zorg met eHealthplatformen wordt overwegend als positief ervaren door patiënten en professionals en niet negatiever dan bij gebruikelijke ggz-behandeling.	Geen negatief effect op PREM-scores. ... % van de gebruikers scoort gebruikerservaringen minstens als voldoende.
Eisen – Kwaliteit (Veiligheid)	Digitale zorg is veilig, zowel op gebied van zorg en gezondheid als informatiebeveiliging en privacy.	Behandeling met gebruik van eHealthplatformen is veilig. Eventuele risico's zijn bekend en aanvaardbaar.	De risico's van behandeling met gebruik van eHealthplatformen zijn gelijk of lager dan reguliere behandeling t.a.v. <ul style="list-style-type: none"> • Incidenten • Morbiditeit/mortaliteit • Informatiebeveiliging • Privacy • Verantwoordelijkheid
Eisen - Kosten	Alle zorgkosten die recht verband houden met de interventie en aandoening	Structurele kosten	De kosten van het niet-digitale proces zijn gelijk of lager dan het huidige proces

Tabel 3 – Overzicht aantal studies per stoornis

Alle stoornissen en uitkomsten	Aantal vergelijkingen (Aantal publicaties) N=48 (20)
Hogere effectiviteit eHealthplatformen	4 (N=2)
Gelijke effectiviteit	41 (N=16)
Lagere effectiviteit eHealthplatformen	7 (N=5)

Ggz populatie* *zoals beschreven in de onderzoeken	Aantal keren onderzocht (N=39)
Angst (inclusief OCD op basis van DSM-5)	14
Depressie	11
Paniekstoornis	5
Depressie en angst	4
Verslaving	1
PTSS	1
Autisme	1

Tabel 4 – Geïnccludeerde studies voor angst

Legenda

Het effect van een behandeling met eHealth vergeleken met behandeling face-to-face (F2F):

Groter effect)

Gelijk effect

Lager effect

Studie	Vergelijking	Uitkomst	95% CI
--------	--------------	----------	--------

ggz-populatie: Paniekstoornis (N=5)

(Olthuis et al., 2015)	iCGT vs F2F CGT	Ernst van symptomen:	SMD = 0.29	0.03	0.54
(Esfandiari et al., 2021)	iCGT vs F2F (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = -0.17	-0.48	0.14
(Chow et al., 2022)	iCGT vs F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = 0.05	0.20	0.30
(Andersson et al., 2014)	iCGT vs F2F (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = 0.05	0.20	0.30
(Hedman-Lagerlöf et al., 2023)	iCGT vs F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = 0.05	0.20	0.30

ggz-populatie: Sociale angst (N=5)

(Olthuis et al., 2015)	iCGT vs F2F CGT	Ernst van symptomen:	SMD = -0.18	-0.92	0.5
(Esfandiari et al., 2021)	iCGT vs F2F (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = 0.04	-0.19	0.27
(Chow et al., 2022)	iCGT vs F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = -0.20	-0.47	0.07
(Andersson et al., 2014)	iCGT vs F2F (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = -0.16	-0.47	0.16
(Hedman-Lagerlöf et al., 2023)	iCGT vs F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen:	SMD = -0.01	-0.36	0.34

ggz-populatie: Depressie & Angst (N=5)

(Andrews et al., 2018)	iCGT vs F2F CGT	Ernst van symptomen:	g = -0.14	-0.04	0.32
(Andrews et al., 2010)	cCBT vs F2F	Ernst van symptomen:	g = -0.09	-0.34	0.17
(Chow et al., 2022)	iCGT vs F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = -0.07	-0.20	0.06
(Andersson et al., 2014)	Guided self-help vs F2F	Ernst van symptomen:	g = -0.17	-0.31	-0.02
(Andersson et al., 2014)	iCGT vs F2F (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = -0.01	-0.13	0.12

ggz-populatie: Algemene/gezondheidsangst (N=8)

(Olthuis et al., 2015)	iCGT vs F2F CGT	CID - angst:	RR = 1.09	0.89	1.34
		Ernst van symptomen - stoornis specifiek:	SMD = 0.06	-0.25	0.37
		Ernst van symptomen - specifieke fobie:	SMD = -0.02	-0.56	0.52
		Ernst van symptomen - algemene angst:	SMD = 0.06	-0.42	0.55
(Esfandiari et al., 2021)	iCGT vs F2F (i, gr)	Ernst van symptomen - angst:	g = 0.01	-0.16	0.18
(Chow et al., 2022)	iCGT vs F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = -0.04	-0.18	0.10
(Hedman-Lagerlöf et al., 2023)	iCGT vs F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen - gezondheidsangst:	SMD = 0.07	-0.21	0.35
(Fuhrmann et al., 2024)	Adjunct app-based vs. F2F	Ernst van symptomen - angst:	g = 0.80	0.06	1.54
(Guo et al., 2021)	iCGT vs F2F CGT	Ernst van symptomen:	g = -0.18	-0.45	0.09
(Zhang et al., 2022)	iCGT vs F2F CGT	Ernst van symptomen:	MD = -2.79 vs. -2.35	-6.75 vs. -4.96	1.18 vs. 0.27
(Winter et al., 2023)	iCGT vs F2F CGT	Ernst van symptomen:	g = 0.34	0.14	0.54

Afkortingen • SMD = gestandaardiseerd gemiddeld verschil • g = Hedge's g^3 • iCGT = internet cognitieve gedragstherapie • f2f = face-to-face • i=individuele behandeling • gr = groep behandeling • RR= Risk Ratio • MD= gemiddeld verschil • CI= Betrouwbaarheidsintervallen • CID = Klinisch belangrijke verbetering

³ Hedge's g: klein effect (g = 0.10), medium effect (g = 0.30), groot effect (g = 0.50).

Tabel 5 – Geïnccludeerde studies voor depressie

Legenda

Het effect van een behandeling met eHealth vergeleken met behandeling face-to-face (F2F):

Groter effect

Gelijk effect

Lager effect

Studie	Vergelijking	Uitkomst	95% CI
(Fuhrmann et al., 2024)	Adjunct app-based vs. F2F	Ernst van symptomen: g = 0.17	0.02 0.03
(Ahern et al., 2018)	iCGT vs. F2F	Ernst van symptomen: g = 0.06	-0.67 0.79
(Cuijpers et al., 2019)	iCGT vs. F2F CGT (i)	Ernst van symptomen: SMD = 0.15	-0.09 0.40
	iCGT vs. F2F CGT (gr)	Ernst van symptomen: SMD = 0.25	0.01 0.49
(Hedman-Lagerlöf et al., 2023)	iCGT vs. F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen: SMD = -0.21	-0.58 0.16
(Bennett et al., 2019)	iSelf-help vs. F2F	Ernst van symptomen: g = -0.17	-0.31 -0.02
(Köhnen et al., 2020)	iSelf-help vs. F2F	Ernst van symptomen: SMD = -0.09	-0.34 0.17
(Pennant et al., 2015)	iCGT vs. F2F	Ernst van symptomen: self-rated	SMD = 1.65 0.88 2.41
		Ernst van symptomen: clinician-rated	SMD = -0.11 -0.40 0.18
(Schiller et al., 2023)	iCGT vs. F2F (i, gr)	Remissie:	OR = 0.84 0.51 1.37
		Response:	OR = 0.82 0.44 1.54
		Ernst van symptomen:	SMD = -0.04 -0.30 0.23
(Andersson et al., 2014)	iCGT vs. F2F (i, gr)	Ernst van symptomen: g = 0.05	-0.19 0.30

Afkortingen • SMD = gestandaardiseerd gemiddeld verschil • g = Hedge's g^4 • iCGT = internet cognitieve gedragstherapie • f2f = face-to-face • i=individuele behandeling • gr = groep behandeling • OR = Odds Ratio gemiddeld verschil • CI = Betrouwbaarheidsintervallen

⁴ Hedge's g: klein effect (g = 0.10), medium effect (g = 0.30), groot effect (g = 0.50).

Tabel 6 - Geïnccludeerde studies voor andere aandoening binnen de ggz-populatie

Legenda

Het effect van een behandeling met eHealth vergeleken met behandeling face-to-face (F2F):

Groter effect

Gelijk effect

Lager effect

Studie	Vergelijking	Uitkomst	95% CI
--------	--------------	----------	--------

Gesorteerd naar ggz-populatie:

Bipolaire stoornis (N=1)

(Fuhrmann et al., 2024)	Adjunct app-based vs. F2F	Ernst van symptomen:	g = 0.20	0.02	0.38
-------------------------	---------------------------	----------------------	----------	------	------

Gokverslaving (N=1)

(Eriksen et al., 2023)	Remote vs. F2F (i, gr)	Ernst van symptomen:	MR = p-waarde 0.0306	0.06	1.23
		Remissie:	MR = p-waarde 0.0446	0.03	2.10

OCD (N=2)

(Zhang et al., 2023)	iCGT vs. F2F CGT	Y-BOCS/CY-BOCS Score:	MD = 3.1	0.31	5.98
		Ernst van symptomen:	MD = 0.42	0.14	0.71
(Hedman-Lagerlöf et al., 2023)	iCGT vs. F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen:	SMD = -0.01	-0.14	0.78

Ontevredenheid over het lichaam (N=2)

(Andersson et al., 2014)	iCGT vs. F2F (i, gr)	Ernst van symptomen:	g = 0.07	-0.49	0.62
(Hedman-Lagerlöf et al., 2023)	iCGT vs. F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen:	SMD = 0.07	-0.49	0.62

PTSS (N=1)

(Hedman-Lagerlöf et al., 2023)	iCGT vs. F2F CGT (i, gr)	Ernst van symptomen:	SMD = 0.01	-0.30	0.32
--------------------------------	--------------------------	----------------------	------------	-------	------

Autisme (N=1)

(Wang et al., 2024)	Digitale innovaties vs. F2F	Ernst van symptomen:	d = 0.73	0.12	1.33
---------------------	-----------------------------	----------------------	----------	------	------

Afkortingen • MR = Meta-regressie • SMD = gestandaardiseerd gemiddeld verschil • g = Hedge's g⁵ • iCGT = internet cognitieve gedragstherapie • f2f = face-to-face • i=individuele behandeling • gr = groep behandeling • RR= Risk Ratio • MD= gemiddeld verschil • CI= Betrouwbaarheidsintervallen • CID = Klinisch belangrijke verbetering • d=Cohen's d⁶

⁵Hedge's g: klein effect (g = 0.10), medium effect (g = 0.30), groot effect (g =0.50).

⁶ Cohen's d: klein effect (d = 0,2), medium effect (d = 0,5), groot effect (d = 0,8)

Tabel 7 – Geïnccludeerde studies voor lange termijn effectiviteit

Legenda

Het effect van een behandeling met eHealth vergeleken met behandeling face-to-face (F2F):

Groter effect

Gelijk effect

Lager effect

Studies	Stoornis	Uitkomstmaat	Effect op het eind van behandeling (95%CI)	Effect t/m 12 maanden (95%CI)
(Winter et al., 2023)	Sociale angst	Ernst van symptomen	g = 0.34 (0.14 tot 0.54)	g = 0.44 (0.23 tot 0.65)
(Olthuis et al., 2015)	Sociale angst	Ernst van symptomen	SMD = -0.18 (-0.92 tot 0.5)	SMD = -0.39 (-0.71 tot -0.08)
		Ernst van symptomen	SMD = 0.29 (0.03 tot 0.54)	SMD = -0.04 (-0.36 tot 0.28)
	Specifieke fobie	Ernst van symptomen	SMD = -0.02 (-0.56 tot 0.52)	SMD = -0.09 (-0.64 tot 0.46)
	Algemene angst	Ernst van symptomen	SMD = 0.06 (-0.42 tot 0.55)	SMD = -0.12 (-0.37 tot 0.11)
	Specifieke angst	Ernst van symptomen	SMD = 0.06 (-0.25 tot 0.37)	SMD = -0.20 (-0.41 tot 0.0)
	Niet specifieke angst	CID	RR = 1.09 (0.89 tot 1.34)	RR = 1.10 (0.94 tot 1.27)
(Chow et al., 2022)	Angst en depressie	Ernst van symptomen	g = -0.07 (-0.20 tot 0.06)	g = 0.05 (0.41 tot 0.32) p=0.81
(Köhnen et al., 2020)	Depressie	Ernst van symptomen	SDM = -0.09 (-0.34 tot 0.17)	SDM = -0.23 (-0.47 tot 0.01)

Afkortingen • SMD = gestandaardiseerd gemiddeld verschil • g = Hedge's g^7 • RR= Risk Ratio
 • CI = Betrouwbaarheidsintervallen • CID = Klinisch belangrijke verbetering • d=Cohen's d^8

⁷Hedge's g: klein effect (g = 0.10), medium effect (g = 0.30), groot effect (g =0.50).

⁸ Cohen's d: klein effect (d = 0,2), medium effect (d = 0,5), groot effect (d = 0,8)

Tabel 8 – Geïnccludeerde studies voor gebruikservaring

Legenda

Het effect van een behandeling met eHealth vergeleken met behandeling face-to-face (F2F):

Groter effect

Gelijk effect

Lager effect

1 = Niet vergeleken

2 = Het is niet mogelijk om een conclusie te trekken over het effect

. = geen onderdeel van de studie

#	Studie	ggz-populatie	Uitval uit onderzoek	Afronding behandeling	Cliënt tevredenheid	Vergelijking	Studie design
1	(Andersson et al., 2014)	Depressie, Angst, Paniekstoornis, Ontevredenheid met lichaam		.	.	F2F (i = 6, gr =7)	MA
2	(Andrews et al., 2010)	Depressie & Angst	.	.		F2F	MA
3	(Barbeito et al., 2020)	Depressie & Angst	.	1	1	Geen vergelijkingsarm	SLR
4	(Etzelmueller et al., 2020)	Depressie	.	1	1	Geen vergelijkingsarm	MA
5	(Fuhrmann et al., 2024)	Depressie, Angst, Eetstoornis	.		.	F2F	MA
6	(Kiburi et al., 2023)	Verslaving		1		F2F + medicijnen	SLR (RCT N= 20)
7	(Köhnen et al., 2020)	Depressie		.	.	F2F	MA
8	(Mewton et al., 2014)	Angst	.		2	F2F (i =4, gr = 2)	SLR (RCT N= 37)
9	(Rost et al., 2017)	Angst	1	1	1	NR	SLR (RCT N=16)
10	(Stavropoulos et al., 2019)	Angst	.			F2F (N=2)	SLR
11	(Treanor et al., 2021)	Angst		1	.	NR	SLR (SLR N=9)
12	(Othuis et al., 2015)	Angst	.	.		F2F CGT (i, gr)	MA
13	(Lovell & Bee, 2011)	OCD	1	1		NR	SR
14	(Chow et al., 2022)	Depressie & Angst	.		.	F2F CGT (i =4, gr =6)	MA
15	(Cuijpers et al., 2019)	Depressie		.	.	F2F CGT (i, gr)	NMA

Tabel 9 – Uitkomst: Deelname aan behandeling met eHealthplatformen

<50% Deelname (N=3)	>50% Deelname (N=8)	>70% Deelname (N=10)
39% (N=1)	56.9% (N=1)	83.3% tot 97% (N=2)
	54% (N=1)	
	"Goede deelname" (N=4)	
		73% (N=1)
		76% tot 91% (N=1)
37% tot 99% (N=2)		

Bronnen: (Barbeito et al., 2020; Etzelmueller et al., 2020; Kiburi et al., 2023; Rost et al., 2017; Treanor et al., 2021)

Tabel 10 – Geïnccludeerde studies voor tijdsbesteding

Legenda

Het verschil in tijdsbesteding bij een behandeling met eHealth vergeleken met behandeling face-to-face (F2F):

Lagere tijdsbesteding

Geen verschil in tijdsbesteding

Hogere tijdsbesteding

ggz-populaties: Depressie en angst

Studies	Studie design	Interventie	Vergelijking	Verskil in min/ cliënt	Verskil F2F sessies/ cliënt	Verskil duur van behandeling (weken)
(Kiroopoulos et al., 2008)	RCT (N=86)	iCGT+digitaal steun (V)	F2F CGT	216	10.96	NR
(Andrews et al., 2011)	RCT (N=37)	iCGT+digitaal steun (V)	F2F CGT group	222	NR	NR
(Wright et al., 2005)	RCT (N=45)	iCGT+F2F steun (V)	F2F CGT	225	NR	NR
(Andrews et al., 2018)	MA	iCGT (NR)	F2F CGT	222-248	NR	NR
(Kooistra et al., 2019)	Pilot RCT (N=102)	iCGT+hybride steun (V)	F2F CGT	Geen verschil	3.07	14.2
(Kenter, 2015) a	Observationele studie (N= 3175)	iCGT+hybride steun (AO)	F2F	427	0.2	NR
(Kenter, 2015) b	Observationele studie (N = 1273)	iCGT+hybride steun (AO)	F2F	464	3.6	NR

Bij Kenter: **a** = ggz-populatie met depressie • **b** = ggz-populatie met angst

Afkortingen • V = eHealth interventie vervangt F2F sessies/tijd • AO = Add-on eHealth interventie

• NR = niet gerapporteerd • MA = meta-analyse • N = Aantal deelnemers in studie

• RCT = gerandomiseerde gecontroleerde studie

Tabel 11 – Overzicht aanbevelingen implementatie

Kenmerken innovatie

Aanpassingsvermogen	<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. • Betrokkenheid van cliënten en zorgprofessionals bij ontwikkeling en implementatie
Complexiteit	<ul style="list-style-type: none"> • System performance • Gebruikersvriendelijke software en hardware • Omvang van benodigde software aanpassingen • Betrouwbaarheid van het systeem (verbinding, downtime) • Technical assistance
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Innovatie inkoopkosten • Startup/installatie kosten • Structurele kosten • Return on investment • Financiële prikkels voor betaler (verzekeraar, overheid)
Klinisch voordeel/ risicoprofiel	<ul style="list-style-type: none"> • Bewijs voor medisch veiligheidsprofiel • Bewijs voor klinische effectiviteit • Levert gebruikersvoordeel op (bv tijds winst, minder complexe processen, hogere)
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

Buiten omgeving

Extern beleid en prikkels	<ul style="list-style-type: none"> • Toereikendheid van wetgeving en beleid • Veiligheid van patiëntgegevens en beroepsaansprakelijkheid
Verantwoordelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> • Duidelijkheid over verantwoordelijkheden
Netwerk	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking tussen zorg aanbieders • Regionale technologische infrastructuur

Binnen omgeving

Implementatieklimaat	<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 patiënten 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 implementatie: rollen en verantwoordelijkheden helder. (implementatieplan) • Tijdsinversting voor het systeem. • Selectie en aanbesteding. • Evaluatie van ander beleid en processen – moeten ze worden aangepast? • Behoeftanalyse • Ontwikkelen van business plan. • Vroege identificatie en betrekken van champions • Betrekken eindgebruiker • Vestigen van een gidsende denkwijze • Testen of de organisatie klaar is ervoor • 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’
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• Verwachten van voordelen voor patiënten vs. twijfelen aan voordelen en verwachten van verstoringen in de levering van zorg• Motivatie om met eHealth te werken
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 (samen beslissen)• Computer/Digitale vaardigheden <p>Zie ggz standaarden over digitale zorg.</p>