

eHealth in de GGz – de stand van zaken

Anja Greeven in gesprek met Robin Kok

In de media wordt E-mental health (EMH) gepresenteerd als de panacee voor een groot probleem binnen de GGz: de oplopende zorgkosten. In de Volkskrant van 28 augustus 2015 wordt geschreven dat online therapie voor depressie effectief en goedkoper is dan face-to-face gesprekstherapie¹. In de New York Times van juni 2015 wordt zelfs gesuggereerd dat een therapeut overbodig is bij de behandeling van depressie². Hoewel verschillende onderzoeken hebben laten zien dat EMH effectief is, baart al dit enthousiasme mij ook zorgen. Weten we wel genoeg over welke programma's we in welke fase aan welke patiënt aan kunnen bieden? En vernauwt de eis van de overheid en de verzekeraars om kostenbesparend te werken onze eigen visie op doeltreffend hulpverleners niet?



Robin Kok

Toen ik op zoek ging naar een kritische stem stuitte ik op Robin Kok. In het artikel met de spannende titel "Wild wild west eHealth³" dat hij samen met collega Jeroen Ruwaard heeft geschreven, nuanceert hij de vermeende doelmatigheid en de kosteneffectiviteit van EMH. De langjarige academicus met een grote liefde voor Victoriaanse schrijvers heeft met zijn indrukwekkende kennis van zaken over EMH geen revolver nodig om mij te overtuigen dat de kosteneffectiviteit van eHealth voorlopig wishful thinking is. Ik spreek hem op de afdeling klinische psychologie van de Vrije Universiteit in Amsterdam.

Alvorens het interview start, operationaliseert wetenschapper Kok eHealth, zodat er in het gesprek geen onduidelijkheden over definities ontstaan: 'eHealth is begeleide zelfhulp via het internet waarbij een therapeut meekijkt. De therapeut loodst een patiënt in verschillende sessies door een programma dat meestal gebaseerd is op dan wel CGt of Gt'.

Om te beginnen het New York Times-artikel. Wat vond je daarvan?

Ik vond dat artikel zo merkwaardig. Het zwalkt van links naar rechts en bestaat zowel uit zinnige opmerkingen als dooddoeners. Het is niet gebalanceerd. De titel suggereert dat begeleide zelfhulp niet meer nodig is en vervolgens gaat hier een heel stuk over.

In het artikel wordt Pim Cuijpers geciteerd: "For common mental disorders like anxiety and depression, there is no evidence that Internet-based treatment is less effective than face-to-face therapy," Kun jij dit citaat onderschrijven?

Voor een beperkte range aan stoornissen, zoals veelvoorkomende angst- en somberheidsklachten, is dit inderdaad het geval. Goed uitgevoerde meta-analyses waarbij face-to-face studies worden vergeleken met online therapie laten ongeveer gelijke effect sizes zien. Een beperking van meta-analyses is echter dat de uitkomsten synthetisch zijn. We zien dat de effecten gelijkwaardig zijn, maar we weten niet of verschillende groepen patiënten evenredig profiteren.

¹ <http://www.volkskrant.nl/wetenschap/onlinetherapie-helpt-bij-behandeling-depressies~a4129066/>

² <http://opinionator.blogs.nytimes.com/2015/06/19/depressed-try-therapy-without-the-therapist/>

³ http://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/765/pdf_44

Lijkt me belangrijk om daar wat meer zicht op te krijgen. Wat is er bekend over de voorspellers van therapiesucces van eHealth?

‘Om meer te kunnen zeggen over de voorspellers van therapiesucces moet goed implementatieonderzoek uitgevoerd worden – en daar hebben we jullie, therapeuten, hard bij nodig’

We weten dat eHealth werkt bij hoogopgeleide blanke vrouwen van middelbare leeftijd, maar over andere predictoren van succes is erg weinig bekend. Inmiddels zijn er wel wat meer studies die gepoold kunnen worden, maar één van de problemen bij het vertalen van deze resultaten naar de klinische praktijk is dat de gouden standaard die wordt gehanteerd bij de uitvoer van therapie-effectstudies, de randomized controlled trial (RCT), in feite super kunstmatig is. In de RCT wordt door middel van loting een patiënt toegewezen aan een bepaalde behandeling. In de therapeutische praktijk worden echter geen muntjes opgegooid, maar wordt aan patiënten gevraagd of zij openstaan voor een bepaalde behandeling. Deze voorselectie maakt de kans van slagen van een interventie vele malen groter. Om meer te kunnen zeggen over de voorspellers van therapiesucces moet goed implementatieonderzoek uitgevoerd worden – en daar hebben we jullie, therapeuten, hard bij nodig. Routine Outcome Monitoring-data (ROM) kan gebruikt worden om profielschetsen te maken. Wie profiteert er wel, en wie profiteert er niet van eHealth. En blijkt eHealth daadwerkelijk kosteneffectiever, zoals vaak wordt gesuggereerd.

Wat weten we inmiddels over de kosteneffectiviteit van eHealth?

Een van de weinige studies die de kosteneffectiviteit van eHealth heeft onderzocht is van Tara Donker – de Halleluja-stemming over eHealth zie je daar niet in terug. Het is nog maar de vraag of eHealth kosteneffectiever is dan reguliere zorg.

Begrijp je die Halleluja-stemming trouwens?

Voor een groot deel denk ik dat de stemming wordt bepaald door wishful thinking, voor een ander deel door hoop. eHealth wordt grotendeels, ook onder druk van de zorgverzekeraars, top-down ingedrukt. Instellingen krijgen een bonus als ze eHealth implementeren, wat in feite betekent dat ze worden gekort als ze dit niet doen. Pas later wordt de vraag gesteld of deze gegeven toepassing voor deze gegeven doelgroep voor deze gegeven interventie in deze gegeven context, et cetera, werkt.

Vind je dat dit een perverse kant heeft?

Ik vind het pervers dat de zorgverzekeraar in de huidige situatie het geven van niet evidence-based zorg aanmoedigt.

Zou het verschaffen van bonussen bij gebruik van eHealth een variant kunnen zijn op de cadeautjes en kortingen waarmee de farmaceutische industrie artsen in het verleden verleide bepaalde medicatie voor te schrijven?

Nou, die pilletjes zijn dan in ieder geval in fase 1,2 en 3 door onderzoek getest. In de farmaceutische industrie is ook meer concurrentie. Binnen de GGz kies je voor een bepaald eHealth platform. Het is alsof een instelling besluit: we gaan alleen sertraline voorschrijven. Het zou denk ik goed zijn als er meer concurrentie op het gebied van eHealth komt. Maar daarin schuilt het gevaar dat er op de prijs en niet op effectiviteit wordt geconcurrerd. De vigerende aanname is namelijk dat als de inhoud CGt is, de interventie wel effectief moet zijn – en dat is maar de vraag. We weten vanuit farmacologisch onderzoek dat als je het pilletje een ander kleurtje geeft dit van invloed is op de effectiviteit. Waarom zou dit anders zijn voor een internetinterventie? Uiterlijk en presentatie spelen een belangrijke rol in de effectiviteit.

Kun je als instelling denken – ik laat de eHealth-trein aan mij voorbijgaan en wacht tot er wat meer evidentie over de (kosten)effectiviteit beschikbaar is?

Dat wordt heel lastig. Het punt is dat zorgverzekeraars het belangrijk vinden dat er gebruik wordt gemaakt van eHealth – en dat gebruik wordt bekrachtigd door bonussen uit te keren. De basale vraag die in de GGZ gesteld moet worden – ‘gaan wij onze patiënt beter maken met behulp van deze interventie?’ – is volledig gedegradeerd naar een vraag die alleen maar met bedrijfsvoering te maken heeft, namelijk ‘bestaan wij over een jaar nog wel als we geen eHealth invoeren en we worden gekort?’ En dan krijg je dus wel een perverse prikkel. Hulpverleners en instellingen gaan het absolute minimum doen om niet gekort te worden. Een voorbeeld hiervan is dat definities worden aangepast. Als een patiënt een keer iets heeft gedaan met eHealth dan is er sprake geweest van een eHealth-behandeling.

Dus de incentive komt uit de verkeerde hoek?

Ja, en valt ook niet meer te veranderen. In Groot-Brittannië is eHealth min of meer onderontwikkeld geïmplementeerd, wat heeft geleid tot een tegenreactie. Het kind is met het badwater is weggegooid. Ook wij zijn het station voorbij waarin we aan de verschillende betrokkenen kunnen vragen wat zij ermee willen. Daarom moeten we ROM-data gaan gebruiken om de effectiviteit in de klinische setting te onderzoeken. We zijn dat verplicht aan onze patiënten. We moeten niet bang zijn voor de uitkomst en toe durven geven als blijkt dat het niet werkt. Cognitieve biases als de ‘sunk-cost bias’ vormen een valkuil. Omdat er al geld is geïnvesteerd is men geneigd om tegen beter weten in verder te gaan met implementeren. Dat moeten we niet doen, we moeten leren van onze fouten en terug naar de needs assessment.

Kun je toelichten wat je met een needs assessment bedoelt?

Bij een needs assessment ga je bij de verschillende betrokkenen inventariseren wat zij belangrijk vinden. Alle lagen van een organisatie moeten gemobiliseerd worden en inspraak hebben om succesvol te kunnen implementeren. De kernvraag die aan iedereen gesteld moet worden is: ‘Aan welke applicatie is behoefte?’ Uit die kluwen van data probeer je dan een soort compromis te maken met een product waarvan de kans groot is dat mensen er ook aan mee willen werken. Ook al worden er van al jouw wensen maar twee ingewilligd – je hebt in ieder geval het idee dat je inspraak hebt gehad. De kans dat je eraan mee gaat werken is dan ook veel groter.

Nu we het dan toch over een needs assessment hebben. Ik vind de één op één vertaling van papieren protocollen naar een internetapplicatie persoonlijk niet zo interessant. Ik zou wel meer behoefte hebben aan bijvoorbeeld een interactieve app waarmee ik op afstand met mijn patiënt mee kan kijken als hij of zij exposure oefeningen uitvoert.

Het klopt inderdaad dat eHealth nu een soort vervanging is en we veel meer kunnen. Dat gebeurt wel met serious games en dat is prachtig, maar je moet niet vergeten dat voor de meeste cliënten een stukje tekst op een scherm al heel spannend en vernieuwend is. Er wordt continu een voorhoede gevecht gevochten van early adopters, mensen die zo inventief mogelijk willen zijn, maar in hoeverre sluit dat aan bij de wens van de patiënt? Die wil vermoedelijk geen game, maar beter worden. De vorm waarin de interventie wordt aangeboden is wel heel belangrijk – het kan een filter en een katalysator zijn. We weten uit eerder onderzoek dat componenten die niets met de inhoud te maken hebben net zo belangrijk zijn voor de therapie. De grootste sprong die we kunnen maken is de webpagina aanpassen voor diegene die voor het scherm zit.

Heb je ideeën over hoe je dat zou kunnen doen?

We weten vooral hoe het niet moet. Een one size fits all-benadering werkt niet. Een vignet met drie vrouwen van middelbare leeftijd is voor mij, als man die nog niet middelbaar is, niet representatief. Waarom kunnen wij niet, zoals bij amazon.com of bol.com, tailoren – dus informatie aanpassen op basis van het profiel van degene die heeft ingelogd? Op die wijze kunnen we specifieke behandelingen voor bijvoorbeeld een alcoholische laagopgeleide man ontwikkelen. En die kan er qua format wel eens heel anders uit zien dan die van de hoopopgeleide vrouw. Probleem is alleen dat dit lastig te

onderzoeken is in de experimentele setting van de RCT. Hier wil je immers iedereen exact hetzelfde aanbieden.

Kan fundamenteel onderzoek een rol spelen in het ontwikkelen van eHealth interventies?

Ja zeker, wij doen hier op de VU bijvoorbeeld onderzoek met een eye tracking apparaat. We weten dat mensen die depressief zijn geweest wegkijken van negatieve stimuli. De kans is dan ook groot dat wanneer deze groep een depressief gezicht bij een eHealth interventie ziet, weg klikt en daarmee ook belangrijke informatie mist. Op deze wijze profiteren ze mogelijk onvoldoende van een therapie. Verder gebeurt er ook veel op het gebied van persuasive technology op de Universiteit Twente. Daar wordt onderzocht hoe de concepten die ervoor zorgen dat mensen blijven terugkomen naar een webpagina ingepast kunnen worden in een internetinterventie. Facebook spelletjes als farmville, waar een verdienmodel in zit, kunnen ons veel leren. Hoe is het mogelijk dat mensen zo'n infantiel spelletje blijven spelen, maar het vertikken terug te komen naar een programma waar ze potentieel wat aan hebben? We moeten leren die factoren die ervoor zorgen dat mensen terugkomen naar een spelletje in te bouwen in onze internetinterventies.

Iets heel anders. Er wordt regelmatig over gesproken om eHealth in te voeren in lower and middle income countries (LAMIC), waar weinig psychologen zijn en het stigma op psychiatrie groot is. Hoe sta je hier tegenover?

Ik denk dat het onze morele plicht is om effectieve interventies zo breed mogelijk uit te zetten in deze landen. De World Health Organization (WHO) is daar al mee bezig. Net zo goed als dat wij een morele plicht hebben ervoor te zorgen dat mensen niet massaal verhongeren.

Zou het mogelijk zijn dat eHealth juist het stigma vergroot. Je hoeft immers niet meer naar buiten met je somberheid- en angstklachten?

Ik kan me voorstellen dat er een soort trivialisering van het probleem ontstaat. Omdat het eenvoudige ingreep betreft, zullen de klachten wel niet zo ernstig zijn. Maar bij een depressie is dat niet zo. Stel dat we een app vinden die goed werkt, neemt dat niet weg dat je een buitengewoon ellendig jaar hebt gehad. Ik vind het lastig te voorzien of stigma toeneemt, dat is ook cultureel bepaald.

Ik weet dat je aan het begin van ons gesprek zei dat iedereen die denkt dat hij in de toekomst kan kijken een charlatan is, maar ik wil je toch uitnodigen een uitstapje te maken naar de toekomst. Kun je je voorstellen dat, gezien de ontwikkelingen, er ooit een moment komt dat er geen therapeut meer nodig is?

Ja, en dat willen therapeuten vast niet horen, maar dat kan ik me voorstellen. Gegeven genoeg data over begeleide zelfhulp zou je met behulp van tekstanalyse geautomatiseerde feedback kunnen geven. Dat gebeurt nu al in de praktijk van eHealth door bijvoorbeeld standaardteksten voor standaardsituaties te hergebruiken. Een module bestaat uit een beperkt aantal componenten en problemen. Stel dat je een computer met slimme algoritmes zo kan programmeren dat je mensen in principe volledig onbegeleid – dat wil zeggen volledig begeleid door een slim algoritme – kan helpen. Dat zou een soort super tailoring zijn.

Dan zou je zomaar de perfecte therapeut kunnen creëren – altijd betrokken en met een fenomenaal geheugen. Menselijker dan de mens, zoals de Androiden in Ridley Scotts film Blade Runner.

'Ik denk dat de toekomst van de perfect voorgeprogrammeerde robottherapeut niet ver weg is.'

Ja, en zo'n computer zou zich veel beter aan de richtlijn voor behandeling kunnen houden dan een mens. Dat zagen we in eerdere onderzoeken al. Basispsychologen die zich aan een protocol voor onlinebehandeling moesten houden, konden dat veel beter dan de ervaren therapeuten. Deze groep kon heel slecht het paradigma van 'ik ben de ervaren therapeut' loslaten. Ik denk dat de toekomst van

de perfect voorgeprogrammeerde robottherapeut niet ver weg is. Technisch is dit mogelijk. Als we met een online interventie de Turing-test doorstaan zijn we geslaagd. Dat betekent dat slechts op kansniveau ingeschat kan worden of je met een mens of een computer praat. Ik kan me voorstellen dat we dan een menselijke therapeut hebben die de hele dag een beetje al die computers, die soms spelfouten niet snappen, aan het superviseren is.

Dat dit science fiction scenario al wordt uitgevoerd blijkt uit onderzoek uit 2014 onder 239 proefpersonen van het Institute of Creative Technologies (ICT) in Californië. Wetenschappers ontwikkelden de charmante virtuele psycholoog Elly⁴. En wat bleek? Proefpersonen die wisten dat ze met Elly praatten waren openhartiger over hun angsten en geheimen dan proefpersonen aan wie verteld werd dat Elly op afstand bediend werd door een mens van vlees en bloed. Volgens de onderzoekers komt dat in de eerste plaats omdat een computer niet oordeelt. De onderzoekers zijn enthousiast over Elly, maar geven tegelijkertijd aan dat een virtuele psycholoog een goede aanvulling, maar geen vervanging is van klinisch psychologen.

'Ook aan blended is weer een assumptie verbonden, namelijk dat we de voordelen van eHealth en de voordelen van face-to-face combineren. Maar wat nou als we nadelen combineren?'

Ook Kok geeft ook aan dat we geen Koude Oorlog in de therapeutische praktijk moeten gaan voeren. eHealth en face-to-face therapie hoeven niet met elkaar te concurreren - het is geen zero sum game waarin de winst van de één het verlies van de ander betekent. En voorlopig zitten we nog in een slingerbeweging aldus Kok: Het was face-to-face, toen werd het eHealth, maar dat leidde in sommige gevallen tot een hoge dropout en lage succespercentages. Waardoor het idee postvatte blended zorg aan te bieden. Maar ook aan blended is weer een assumptie verbonden, namelijk dat we de voordelen van eHealth en de voordelen van face-to-face combineren. Maar wat nou als we nadelen combineren? Dan hebben we een dure behandeling met een hoge dropout én een laag succespercentage.

Daags na het interview verscheen een artikel het prestigieuze British Medical Journal dat deze hypothese lijkt te ondersteunen. Onderzoekers van de universiteit van York keken naar de effectiviteit van 'Computerised cognitieve behavior therapy' (cCBT) bij depressieve klachten, als toevoeging aan reguliere begeleiding door de huisarts. 691 Patiënten van 83 huisartsen werden geselecteerd en willekeurig toegewezen aan één van drie groepen: 1) Treatment as usual door de huisarts; 2) cCBT m.b.v. het commerciële Beating the Blues; 3) cCBT m.b.v. het gratis te downloaden MoodGYM. Beide cCBT programma's hebben hun therapeutische waarde aangetoond in gecontroleerde studies. Na vier maanden was 44 procent van de patiënten in de TAU groep nog depressief. Dit was vergelijkbaar met 50 procent in de Beating the Blues groep en 49 procent in de MoodGYM groep. De meest interessante bevinding was de lage therapietrouw en hoge drop-out van de patiënten in de cCBT groepen, ondanks telefonische ondersteuning. Slechts 18 procent van de patiënten rondde alle acht Beating the Blues cCBT-sessies af, terwijl slechts 16 procent alle zes MoodGYM sessies voltooide. De onderzoekers schrijven de resultaten niet zozeer toe aan gebrekkige effectiviteit van cCBT, maar aan lage therapietrouw en hoge dropout.

Het moge duidelijk zijn dat alvorens de slinger tot stilstand komt, nog een hoop onderzoek verricht moet worden. Laten we hopen dat de cowboys, patiënten, therapeuten en andere stakeholders hierin overeenstemming weten te vinden.

⁴ <http://www.theguardian.com/sustainable-business/2015/sep/17/ellie-machine-that-can-detect-depression>

Take home messages:

- Inventariseer met alle betrokkenen aan wat voor applicatie zij behoefte hebben.
- Gebruik ROM-data om te beoordelen voor welke patiënten eHealth toegevoegde waarde heeft.
- Wees niet bang om te concluderen dat eHealth niet altijd de beste oplossing is – wees je bewust van de sunk cost bias.
- eHealth en face-to-face therapie kunnen vreedzaam naast elkaar bestaan – het is geen zero-sum game.

Robin Kok (1980) studeerde veiligheids- en gezondheidspsychologie aan de Universiteit Twente en promoveert in 2016 aan de afdeling klinische psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam op de kosteneffectiviteit van eHealth voor fobieën in de specialistische GGz. Hierna begint hij als assistant professor of eHealth aan de University of Southern Denmark in Odense.

Meer lezen?

- Donker, T., Blankers, M., Hedman, E., Ljotsson, B., Petrie, K., & Christensen, H. (2015). Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychological Medicine, 45*(16), 3357-3376. doi: 10.1017/s0033291715001427
- Gilbody, S., Littlewood, E., Hewitt, C., Brierley, G., Tharmanathan, P., Araya, R., . . . Team, R. (2015). Computerised cognitive behaviour therapy (cCBT) as treatment for depression in primary care (REEACT trial): large scale pragmatic randomised controlled trial. *Bmj-British Medical Journal, 351*, H5627-H5627.