
Een extra blik op diagnostiek

Beeldbellen in crisisdagnostiek



Inge de Boer
Loes van Leeuwen
Anita Mooiweer

Auteurs zijn allen SPV i.o.

Landelijk hebben de afgelopen jaren verschillende onderzoeken plaatsgevonden naar de inzet van eHealth-toepassingen. Over patiënten met langdurig psychiatrische problematiek en patiënten die binnen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ondersteuning krijgen is al veel geschreven met betrekking tot resultaten en mogelijke toepassingen. Een groep die onderbelicht blijft maar waar ons inziens ook zeker eHealth toegepast kan worden, is de ambulante crisishulpverlening in de tweedelijns GGZ.

In deze beschouwing gaan we na welke meerwaarde beeldbellen heeft in de crisisdagnostiek en wat er eventueel voor nodig is om dit tot uitvoering te brengen.

EHealth kan beschreven worden als *het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën om de (geestelijke) gezondheidszorg te verbeteren (Boevink et. al., 2018).*

Een groot deel van de beschreven onderzoeken en initiatieven op het gebied van eHealth zijn gericht op behandeling in de vorm van onbegeleide zelfhulp, begeleide zelfhulp of als online toepassing ter vervanging van face to face contact met een behandelaar. Voor een gecombineerde vorm van eHealth, waarbij een deel van het reguliere face to face contact wordt vervangen door online toepassingen, wordt de term blended behandelen gebruikt (GGZ Nederland, 2013). Er is weinig bekend over de mogelijkheid van eHealth in crisisdagnostiek.

In de GGZ is er sprake van toename van zwaarte van zorg doordat de hulp die aanvankelijk klinisch werd gegeven, nu thuis wordt uitgevoerd. Met de stijging van de complexiteit van de zorg, neemt ook de druk op de ambulante hulpverleners in de GGZ toe. Beeldbellen biedt de mogelijkheid om de klinische hulpverlening van meerdere disciplines naar de thuissituatie te halen.

Historie eHealth

In de jaren negentig deden online behandelingen hun intrede in de GGZ. Hierbij ging het nog om gescheiden werelden van patiënten die een spreekkamer bezochten en online hulpverlening. De laatste jaren neemt eHealth een vlucht. Er vindt meer samenwerking plaats tussen hulpverlener en patiënt. Mobiele technologie, zoals smartphones, tablets en smartwatches maken een steeds belangrijker onderdeel uit van ons leven.

Op dit moment worden deze slechts ingezet voor het vergaren van informatie voor de hulpverlener of het zelfstandig inzicht verwerven in de klachten (Derks et.al., 2014). Er is onderzoek gedaan waarom de ontwikkeling van eHealth binnen de GGZ achterblijft terwijl er vele mogelijkheden zijn. De terughoudendheid van hulpverleners speelt hierin een rol. Dit komt voort uit zorgen betreffende de privacy, data beveiliging, werkbelasting en de nodige technische updates en de beschikbaarheid van de ondersteunende diensten. Ook speelt de vraag of het gebruik van de technologie past binnen de huidige protocollen en werkwijzen (Langarizadeh et.al., 2017).

Om dit te illustreren, zal er door de beschrijving van een fictieve casus, waar mobiele technologie is ingezet, duidelijk gemaakt worden welke meerwaarde deze kan hebben in een crisissituatie.

Casus

In de avond komt er een aanmelding binnen bij de crisisdienst van een regionale GGZ-instelling. De aanmelding komt, via de triagemedewerker, terecht bij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Een huisarts doet het verzoek voor een beoordeling van een psychiatrisch toestandsbeeld. De huisarts vermoedt dat zijn patiënt, Gerard, depressief is. Gerard is vlak en star, in korte tijd veel afgevallen en slaapt slecht. Dit wekt grote zorgen bij de huisarts.

De SPV gaat op huisbezoek bij Gerard. Ten tijde van het huisbezoek is er ook een vriend van Gerard aanwezig. Gerard reageert nauwelijks tijdens het gesprek. De aanwezige vriend vertelt dat de klachten ongeveer twee maanden geleden zijn begonnen. Hij herkent Gerard bijna niet meer. Er is al langere tijd moeilijk contact met hem te krijgen. Ook is er nog weinig expressie in zijn gezicht, beweegt hij nauwelijks en heeft hij weinig controle over zijn lichaam. Twee maanden geleden was Gerard betrokken bij een ongeluk op de snelweg. Lichamelijk gezien kwam hij er ongeschonden vanaf. Bij het ongeluk zijn drie kinderen en twee vrouwen omgekomen. Dit waren onbekenden voor Gerard.

Op de vraag van de SPV of Gerard nog last heeft van het ongeluk antwoordt hij "Nee". Wanneer hierop wordt doorgevraagd geeft Gerard te kennen moeilijk in slaap te vallen en vaak wakker te schrikken waarbij hij beelden van het ongeluk voor zich ziet. Ook gaat Gerard de deur nauwelijks uit, binnen voelt hij zich het veiligst. Het vermoeden van de SPV is dat er sprake kan zijn van een posttraumatische stress-stoornis.

Als de SPV de informatie heeft verzameld neemt hij via beeldbellen contact op met de dienstdoende psychiater. De SPV heeft na elk crisiscontact overleg met de psychiater over de observaties die hij gedaan heeft tijdens de beoordeling.

De SPV geeft in aanwezigheid van Gerard een samenvatting van de situatie, waarbij het vermoeden van PTSS wordt benoemd. De psychiater kan rechtstreeks vragen stellen aan Gerard en hierbij non-verbale observaties doen. Daarbij vraagt de psychiater aan Gerard om een denkbeeldige lucifer af te strijken. Bij het uitvoeren van de opdracht observeert de psychiater de reactiesnelheid, de motoriek, de coördinatie en de juistheid van de opdracht. Een verstoorde psychomotoriek kan verschillende oorzaken hebben. Aan de hand van de uitvoering van de opdracht die Gerard krijgt concludeert de psychiater dat er, naast PTSS, sprake is van katatonie. De psychiater geeft psycho-educatie over het ontstaan en behandelen van het ziektebeeld. Voor de katatonie start Gerard gelijk met medicatie. De dag na de beoordeling zal er weer contact zijn met Gerard.

Meerdere disciplines

Voor het behandelen en genezen van psychische problemen is goede en snelle diagnostiek van belang om verergering van de klachten zoveel mogelijk in te perken. In de huidige tijd hebben behandelaren te maken met volle agenda's, een hoge werkdruk en een tekort aan psychiaters. Het gebruik van eHealth door beeldbellen is in crisisdiagnostiek een goede aanvulling in de zorg voor patiënten. Beeldbellen maakt het mogelijk dat er een arts kan meekijken tijdens het eerste contact dat een patiënt heeft met de GGZ. Op deze wijze kan de arts direct een beeld vormen over de problematiek. Non-verbale informatie ondersteunt hulpverleners in het doen van zorgvuldige diagnostiek. In het contact met patiënten wordt niet alleen geobserveerd wat er gezegd wordt. De non-verbale communicatie geeft hierbij aanvullende informatie (Willemse, 2015).

Toch gaat een terugkoppeling aan de psychiater nu nog telefonisch, waarbij de SPV zijn observaties bespreekt en zij samen het beleid bepalen. De patiënt wordt niet in dit overleg betrokken. De psychiater baseert het beleid op mondelinge overdracht van de SPV.

In het geval van Gerard laat het gebruik van beeldbellen zien dat het mogelijk is om al in het eerste contact met meerdere disciplines te kijken naar de problematiek. Vanuit verschillende invalshoeken kunnen hulpverleners zich een beeld vormen van de oorzaak van de crisis en hetgeen er nodig is op dat moment. De aanwezige SPV en de psychiater doen beide observaties die de zorgvuldigheid vergroten en kwaliteit van crisisdiagnostiek ten goede komt. De tijdwinst die hiermee behaald wordt levert voordelen op voor de patiënten.

Contra-indicaties

Er zijn geen absolute exclusiecriteria of contra-indicaties voor het gebruik van beeldbellen in de GGZ (Shore et.al, 2018). Beeldbellen kan ingezet worden bij alle diagnoses, behandelingen en doelgroepen. Het is echter van groot belang dat de hulpverlener iedere keer de afweging maakt of beeldbellen in deze specifieke situatie, bij deze individuele patiënt een geschikte optie is. De hulpverlener moet nagaan of de patiënt eerdere ervaringen heeft met beeldbellen. Uit onderzoek blijkt dat vooral senioren bezwaar hebben, omdat zij minder bekend zijn met het gebruik van deze technologie. Ook spelen culturele aspecten een rol. Persoonlijk contact is in sommige culturen noodzakelijk voordat bepaalde, vaak gevoelige, onderwerpen besproken kunnen worden (Nieves et.al., 2007). Wanneer de patiënt niet comfortabel is met deze wijze van communicatie, beïnvloedt dit de betrouwbaarheid van de informatie en kan het ten koste gaan van de therapeutische relatie (Shore et.al, 2018).

Hulpverleners zijn terughoudend in het gebruik van beeldbellen bij de behandeling van patiënten die associaties en/of wanen hebben met betrekking tot technologie, video of televisie. Deze terughoudendheid blijkt onterecht, mits er sprake is van realiteitstoetsing en het vermogen om wanen apart te zien van het behandelcontact (Shore, 2013).

Een laatste kanttekening die gemaakt wordt over het gebruik van beeldbellen bij patiënten die auditief of visueel beperkt zijn. Hoewel deze beperkingen ook aanwezig zijn in face to face contact, is het erg belangrijk om de beleving die de patiënt heeft bij het 'digitale contact', voorop te stellen (Shore, 2013). Zo is het bij een auditieve beperking aan te raden om gebruik te maken van een koptelefoon. Ook is het bij sommige hoortoestellen mogelijk om verbinding te maken via bluetooth.

Nadeel voor cliënten

Met de cliënt dient vooraf en ook tijdens het beeldbellen afstemming plaats te vinden of diegene zich comfortabel voelt met deze wijze van communicatie. Wanneer dit niet het geval is kan dit ten koste gaan van de betrouwbaarheid van de informatie en afbreuk doen aan de therapeutische relatie die is opgebouwd (Shore et.al, 2018). Andere belangrijke nadelen die in een onderzoek naar het gebruik van beeldbellen werden genoemd, zijn het onbekend zijn met het gebruik van internet, computer en/of Ipad. Bovendien werd het praten tegen een scherm als vreemd ervaren, waardoor cliënten niet alles durfden te zeggen (Brandenburg, 2015)

Ook spelen culturele aspecten een rol. Persoonlijk contact is in sommige culturen noodzakelijk voordat bepaalde, vaak gevoelige, onderwerpen besproken kunnen worden (Nieves et.al., 2007).

Vaardigheden

De inzet van beeldbellen tijdens de crisisdiagnostiek vervangt geen taken of verantwoordelijkheden van de SPV. Beeldbellen is een toegevoegde interventie tijdens het crisiscontact. Maar om deze interventie ook van toegevoegde waarde te laten zijn, dienen ook de vaardigheden van de SPV uitgebreid te worden.

De vaardigheden die Derks (2014) heeft omschreven ten aanzien van digitale communicatie in het SPV beroepsprofiel zijn gericht op het wegzetten van administratieve producten en het kunnen gebruiken van sociale media. Enige mate van digitaal inzicht is nodig om een verbinding voor beeldbellen tot stand te laten komen.

Transparante communicatie

Waar het telefonische overleg tussen de SPV en de psychiater vaak plaatsvond zonder de aanwezigheid van de patiënt, is er nu open en transparante communicatie. Het is dan ook aan te raden om goed op te letten wat je benoemt en hoe dit geïnterpreteerd zal worden door de patiënt. Vakjargon wordt als klinisch en onpersoonlijk ervaren. Zoals Jim van Os in zijn boek "De dsm-5 voorbij!" (2018) benoemt: "een patiënt heeft in tijde van een psychiatrische crisis niets aan een diagnose". Van Os benadrukt het belang van het persoonlijke verhaal en daarmee de zorgbehoefte. Dit is noodzakelijk voor shared decision-making, ofwel; gezamenlijke besluitvorming in de behandeling.

Het is minstens zo interessant om te kijken naar de vaardigheden die verlangd worden van de hulpverlener die aan de andere kant van het scherm zit. Patiënten kijken als het ware via een vergrootglas naar deze hulpverlener, alleen het hoofd en een deel van de torso zijn in beeld. Kleine veranderingen in de houding hebben een groot effect op het contact. Dichter op het scherm zitten wekt het gevoel van oprecht contact en empathie op bij de patiënt. Terwijl verder van het scherm afzitten een gevoel van ruimte en afstand geeft. Ook is, zoals we allen weten, oogcontact van groot belang. Als het om beeldbellen gaat wordt de beleving van oogcontact gecreëerd door naar de camera te kijken en niet naar de patiënt op je beeldscherm (Shore, 2013).

Te allen tijde wordt van de hulpverlener verwacht dat deze de verantwoordelijkheid neemt ten aanzien van beroepsbevordering en waarborgen van de kwaliteit van de zorg. Met de komst van beeldbellen moet de hulpverlener deze zelfde kwaliteit van zorg leveren. Dit betekent dat er morele en ethische afwegingen gemaakt worden, behandelprincipes worden nageleefd en richtlijnen en protocollen worden bijgehouden/aangepast/ge-update. Ook moet te allen tijde de autonomie en privacy van een patiënt worden meegenomen in de besluitvorming. Het multidisciplinaire team draagt de verantwoordelijkheid afspraken te maken over gebruik van deze wijze van communicatie en dit vast te leggen in beleidsstukken. Het bijhouden van trainingen en scholingen.

Randvoorwaarden

Non-verbale communicatie is in diagnostiek een belangrijke informatiebron. Observatie van non-verbale communicatie middels videoverbinding kan snel beïnvloed worden door technologie. Het gebruik van een goede verbinding en apparatuur waarbij de beeld- en geluidskwaliteit goed is, is dan ook van groot belang (Nieves et.al., 2007). Wanneer er door een slechte verbinding onduidelijkheid en mogelijk onjuiste informatie wordt overgedragen kan dit de therapeutische band blijvend aantasten (Richardson et.al., 2009).

Eerder in dit artikel is de privacy van patiënten en data beveiliging aangekaart. Deze thema's zijn voor zowel patiënten en hulpverleners belangrijk om aandacht voor te houden. De afgelopen jaren is er veel ontwikkeling geweest op het gebied van privacy en beveiligde eHealth omgevingen. Er zijn meerdere aanbieders die videobellen als aanbod hebben waar zorginstellingen een contract mee kunnen sluiten (soort van abonnement) (Shore et.al, 2018).

Conclusie en aanbevelingen

Beeldbellen is een toegevoegde waarde op het gebied van diagnostiek in een ambulante setting. Deze manier van communicatie heeft als groot voordeel dat er over minder schijven gecommuniceerd hoeft te worden en het kan de behandeling ten goede komen door snellere diagnostiek en gerichte interventies om een crisis te voorkomen of te verkorten (Zorgfundus, 2018). Bij de inzet van beeldbellen is en blijft het van groot belang dat de hulpverlener per situatie inschat of dit een geschikte interventie is.

De implementatie van deze vorm van eHealth is geen sinecure voor zowel de individuele medewerker als de GGZ-instellingen en er komt veel bij kijken. Terughoudendheid van hulpverleners om beeldbellen in te zetten speelt een rol in het tempo en de manier waarop deze innovatie zich binnen de GGZ ontwikkelt. Om deze vorm van blended behandelen verder te implementeren, dienen GGZ-instellingen te voorzien in het verder uitwerken en implementeren van deze innovatie door zowel ICT-medewerkers als hulpverleners.

Literatuur

- Boevink, W., Delespaul, P., Milo, M., Schaiken, F., Os, J. van, (2018). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, p. 229, 242, 246.
- Brandenburg, N., (2015). *Adviesnota Beeldbellen in de GGZ. Van face-to-face naar face-to-facetime*.
- Derks, J., Padt, I. van der., Boon, J. (2014). *Expertisegebied Sociaal Verpleegkundige*. V&VN Eindhoven.
- GGZ Nederland, (2013). *Een analyse van de verwachte kosten en baten van eHealth. Blended behandelen en begeleiden*. Opgehaald op 12 november 2018, van URL [www.ggznederland.nl/uploads/assets/Analyse%20vd%20verwachte%20kosten%20en%20baten%20van%20eHealth%20\(SROI\).pdf](http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Analyse%20vd%20verwachte%20kosten%20en%20baten%20van%20eHealth%20(SROI).pdf)
- Langarizadeh, M., Tabatabaei, M.S., Tavakol, K., Naghipour, M., Rostami, A., Moghbeli, F. (2017) Telemental Health Care, an Effective Alternative to Conventional Mental Care: a Systematic Review. *Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina*, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina, p. 240-246.
- Nieves, J.E., Stack K.M. (2007) Hispanics and telepsychiatry. *The Psychiatric Services*, Volume 58 number 6.
- Os, J., van. (2018) *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Bohn Stafleu van Loghum, Springer Media B.V., Houten.
- Richardson, L.K., Christopher Frueh, B., Grubaugh, A.L., Egede, L., Elhai, J.D. (2009) Current Directions in Videoconferencing Tele?Mental Health Research. *Clinical Psychology Science and Practice*, september 2009, Volume16, Issue 3, p. 323-338.
- Shore, J.H. (2013) Telepsychiatry: Videoconferencing in the Delivery of Psychiatric Care. *The American Journal of Psychiatry*, Volume 170, Issue 3, p. 256-262.