

RAPPORTAGE

Evaluatie subsidieregeling anonieme e-mental health



Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Barneveld, 17 april 2019

Auteurs: Jitske Nijhuis, Ellen Westhoff, Annemarie van der Meer en Wouter Jongebreur

significant.

Significant

Thorbeckelaan 91

3771 ED Barneveld

+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506

info@significant.nl

www.significant.nl

Voorwoord

01 Voor u ligt de rapportage van de evaluatie van de subsidieregeling anonieme e-mental health. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voerde Significant in de periode januari 2019 tot en met medio maart 2019 deze evaluatie uit. Het doel van de evaluatie is inzicht te bieden in de doelstelling en effectiviteit van de subsidieregeling, het proces en uitvoering van de subsidieregeling, de scope van de subsidieregeling en financiële aspecten van de subsidieregeling.

02 De evaluatie zou niet gelukt zijn zonder de betrokkenheid van de opdrachtgever: het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wij danken hen voor de prettige voortgangsgesprekken. Ook danken wij de respondenten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Zorginstituut Nederland. Ook danken wij de GGZ-aanbieders die we in het kader van deze evaluatie hebben geïnterviewd voor hun constructieve inbreng, het delen van de benodigde informatie en de prettige samenwerking tijdens het onderzoek. Onze dank gaat ook uit naar de gebruikers van de anonieme e-mental health interventies die in grote getale de online enquête hebben ingevuld. Zonder grote betrokkenheid van alle genoemde stakeholders was dit onderzoek niet mogelijk geweest

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
1. Achtergrond en aanleiding	4
1.1 Achtergrond en aanleiding	4
1.2 De kern van de subsidieregeling	4
1.3 Doel en onderzoeksvragen	5
1.4 Leeswijzer	6
2. Een beeld bij de gesubsidieerde interventies	7
3. Onderzoeksaanpak	10
4. Resultaten	12
4.1 Globaal beeld gesubsidieerde interventies	12
4.2 Doel en effectiviteit van de subsidieregeling	18
4.3 Proces en uitvoering van de subsidieregeling	22
4.4 Financiële aspecten	26
4.5 Ervaringen gebruikers/cliënten anonieme e-mental health	27
5. Samenvatting en conclusie	32
5.1 Doel en effectiviteit	32
5.2 Anonimiteit	33
5.3 Proces en uitvoering van de subsidieregeling	34
5.4 Financiële componenten	35
5.5 Scope van de subsidieregeling	35
6. Reflectie en aanbevelingen	36
6.1 Reflectie	36
6.2 Aanbevelingen	40
A. Gedetailleerd overzicht van de onderzoeksvragen	43

1. Achtergrond en aanleiding

1.1 Achtergrond en aanleiding

03 Toepassing van e-mental health binnen de GGZ vindt op steeds grotere schaal plaats. Voor veel aandoeningen en of psychische problematiek zijn verschillende e-health interventies ontwikkeld. Deze interventies worden door zowel volwassenen als kinderen en jongeren gebruikt. E-mental health wordt ingezet door huisartsen via de POH-(j)GGZ, basispsychologen, orthopedagogen, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen.

04 In sommige gevallen van psychische problematiek of aandoeningen is er sprake van schaamte of angst voor de omgeving. Voor deze groep gebruikers biedt anonieme e-mental health uitkomst. Anonieme e-mental health biedt laagdrempelig toegang tot contact met hulpverlening. Dat kan leiden tot meer inzicht in de eigen problematiek, toeleiding naar de reguliere zorg danwel behandeling van de problematiek. Omdat de gebruiker anoniem is, zijn de kosten van anonieme e-mental health niet te verhalen op gemeenten (jeugd) of zorgverzekeraars (volwassenen). Om deze reden biedt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vanaf hier: ministerie van VWS) sinds 2012 middels de subsidieregeling anonieme e-mental health de mogelijkheid voor GGZ-aanbieders om subsidie aan te vragen. De subsidieregeling biedt GGZ-aanbieders de mogelijkheid om jaarlijks subsidie aan te vragen voor de

anonieme e-mental health interventies. Zo krijgen zij de kosten (gedeeltelijk) vergoed. De hoogte van het totale subsidiebedrag is gesteld op twee miljoen euro. Tussen 2012 en 2017 was het totaal aan aangevraagd subsidiebedrag lager dan het plafond. In 2018 en 2019 overschreed het totaal aan aanvragen het subsidieplafond en is de versimpelde versie van de verdeelsleutel gebruikt. Het Zorginstituut Nederland (hierna ZIN) voert deze subsidieregeling sinds 2017 uit. In de invoeringswet is voorgeschreven dat de subsidieregeling binnen twee jaar geëvalueerd dient te worden. Het ministerie van VWS heeft Significant gevraagd de subsidieregeling te evalueren. Voorliggend rapport is het resultaat van de evaluatie.

1.2 De kern van de subsidieregeling

05 In 2008 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (vanaf hier: GGZ) overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (vanaf hier: AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (vanaf hier: Zvw). Deze overheveling maakte de financiering van anonieme e-mental health interventies niet langer mogelijk. Voor zorgaanbieders bleek het financieel moeilijk om dit type interventies aan te bieden. In combinatie met een het belang van preventieve karakter van de anonieme e-mental health interventies voor een specifieke doelgroep, besloot de Tweede Kamer in 2013 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health

structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken¹.

Hieronder beschrijven we de kern van de subsidieregeling, zoals opgenomen in de Memorie van Toelichting² die in 2013 met het voorstel voor de wetswijziging is opgesteld:

- *Doel van het wetsvoorstel is het waarborgen van **structurele financiering** voor een beperkt aanbod van anonieme e-mental health interventies ten behoeve van de **eerstelijns psychologische zorg of toeleiding naar die zorg**. Deze zorg is bestemd voor patiënten die kampen met **psychische problematiek en die anders geen zorg gebruiken** terwijl zij dit wel nodig hebben.*
- *Anonieme e-mental health voorziet in een behoefte, daar waar patiënten in de eerste instantie niet durven uit te komen voor hun problemen (vanwege bijvoorbeeld **schaamte** danwel **angst voor de omgeving**) en toch dringend behoefte hebben aan hulp.*
- *Voor patiënten met psychische aandoeningen blijken **vroegtijdige herkenning, adequate triage en preventieve behandeling met kortdurende interventies met zelfmanagement als uitgangspunt** zeer waardevol te zijn, ook uit oogpunt van beperking van de gezondheidsschade.*

¹ Kamerstukken 2 2012/13, 33 675, Nr.2.

1.3 Doel en onderzoeksvragen

1.3.1 Doelstelling

06 De doelstelling van de evaluatie is om inzicht te bieden over het doel en effectiviteit van de subsidieregeling, het proces en uitvoering van de subsidieregeling, de scope van de subsidieregeling en financiële aspecten van de subsidieregeling (zie onderzoeksvragen).

07 De resultaten van de evaluatie dienen als advies aan de Staatssecretaris van VWS. De Staatssecretaris kan deze resultaten met de Tweede Kamer bespreken.

1.3.2 Onderzoeksvragen

De evaluatie beantwoordt onderstaande vragen. Voor een gedetailleerde weergave van de onderzoeksvragen verwijzen we naar bijlage A.

1. **Doel en effectiviteit.** Draagt de regeling voldoende bij aan het ontwikkelen van (laagdrempelige) anonieme e-mental health (laagdrempelige interventies op het terrein van de eerstelijns psychologische hulp; kortdurende generalistische behandeling van een persoon met lichte tot matig ernstige problematiek) die aansluit

² Kamerstukken 2 2012/13, 33 675, Nr3.

bij de behoefte en ruimte geeft voor vroegtijdige hulp? Wat is er bekend over de effectiviteit van de gesubsidieerde interventies? In hoeverre lukt het om toe te leiden naar reguliere zorg? Is er sprake (of moet er sprake zijn) van een niet-anonieme, bewezen effectieve variant van de anoniem aangeboden interventie?

2. **Anonimiteit.** Is bij de gesubsidieerde interventies anonimiteit altijd noodzakelijk? In welke situaties is dit het geval? Hoe toetst de aanbieder of anonimiteit gewenst of zelfs noodzakelijk is en wat zijn de redenen om wel/niet door te verwijzen naar reguliere (niet anonieme) zorg?
3. **Proces en uitvoering van de subsidieregeling.** Bestaan er in de ogen van GGZ-aanbieders knelpunten in het proces van subsidieverlening? Hoe verloopt het proces van subsidieaanvragen, beoordeling en toekenning van de subsidies? Welke criteria hanteert het ZIN? Levert een lagere subsidietoekenning problemen op voor de continuïteit van het geleverde aanbod? Welk effect heeft de eis dat een GGZ-aanbieder de subsidie aan moet vragen op (bijvoorbeeld) de diversiteit van het aanbod?
4. **Financiële componenten.** Hoe komen de tarieven per interventie tot stand? Welke variabelen bepalen de (verschillen in) kosten? Welke tarieven hanteren zorgverzekeraars voor (min of meer) vergelijkbare, niet anonieme varianten van de betreffende interventies? Wordt het subsidiegeld effectief besteed?

5. **Scope van de subsidieregeling.** Hoe past 'jeugd' binnen de subsidieregeling? Wat zijn de consequenties als deze groep wordt uitgesloten van de subsidieregeling?

1.4 Leeswijzer

08 Hoofdstuk 1 beschrijft de aanleiding, doel en onderzoeksvragen. In hoofdstuk 2 geven we een overzicht van de gesubsidieerde interventies. In hoofdstuk 3 schetsen we de gevolgde onderzoeks aanpak. In hoofdstuk 4 beschrijven we de resultaten. Hoofdstuk 5 bevat de samenvatting en conclusie. Hoofdstuk 6 bevat de reflectie en de aanbevelingen.

2. Een beeld bij de gesubsidieerde interventies

accare

Gesubsidieerde interventies:

- [99gram.nl](#) (werken aan een beter zelfbeeld voor jongeren die veel bezig zijn met eten, gewicht en uiterlijk)

99gram.nl

- In een notendop: online modules in combinatie met huiswerkopdrachten (ook beschikbaar in app) onder begeleiding van een behandelaar.
- Ook individueel chatcontact met hulpverlener.
- Doelgroep: jongeren tussen de 14 en 23 jaar.
- Niet anonieme variant beschikbaar.

fier!

Gesubsidieerde interventies:

- [Chat met Fier](#) (geweld in afhankelijkheidsrelaties)

Chat met Fier

- In een notendop: chatcontact (kortdurend, midden of langdurig) met GGZ-professionals..
- Doelgroep: jeugdigen en volwassenen
- Niet anonieme variant beschikbaar.

Brijder

Gesubsidieerde interventies:

- [Verslaving: alcohol, drugs of gokken](#)

Verslaving: alcohol, drugs of gokken

- In een notendop: online modules met persoonlijke begeleiding. Modules zijn erop gericht om verslaving onder controle te krijgen of toe te leiden naar reguliere hulp.
- Tevens e-consulten.
- Doelgroep: volwassenen.
- Niet anonieme variant beschikbaar.

Grip op je Dip

Gesubsidieerde interventies:

- [Grip op je dip](#) (jongeren met depressieklachten)

Grip op je dip

- In een notendop: online groepscursus in combinatie met huiswerkopdrachten. Groepscursus bestaat uit zes sessies die onder begeleiding van een GGZ-professional plaatsvinden.
- Ook e-mailhulp.
- Indien nodig vindt chatcontact plaats om suïciderisico te bepalen.
- Doelgroep: jongeren tussen de 16 en 25 jaar.
- Niet anonieme variant beschikbaar.

Featback

Eat healthy, fight back

Gesubsidieerde interventies:

- [Featback](#) (eetproblemen)

Featback

- In een notendop: gedurende acht weken één keer per week online coaching via e-mail of chat met een ervaringsdeskundige.
- Doelgroep: jeugdigen en volwassenen.

NewHealth Collective

Gesubsidieerde interventies:

- [Minderdrinken.nl](#)
- [Kleurjeleven.nl](#) (depressie)

Minderdrinken.nl

- In een notendop: online cursus, waarbij deelnemers toegang hebben tot een forum.
- Doelgroep: volwassenen
- Niet anonieme variant beschikbaar.

Kleurjeleven.nl

- In een notendop: online behandelprogramma bestaande uit acht lessen en oefeningen. Programma wordt onder begeleiding van een psycholoog doorlopen.
- Doelgroep: volwassenen
- Niet anonieme variant beschikbaar.



Gesubsidieerde interventies:

- Pratenonline (jongeren met angstklachten en/of depressie)

Pratenonline

- In een notendop: individueel chatcontact (eenmalig tot maximaal vier chatsessies) met een hulpverlener.
- Doelgroep: jongeren tussen de 12 en 23 jaar.



Gesubsidieerde interventies:

- Proud2Bme (eetproblemen)

Proud2Bme

- In een notendop: groep-chatsessies onder begeleiding van professionals (diëtist en psycholoog) of ervaringsdeskundigen.
- Ook online e-mailhulp door professionals (diëtist en psycholoog) of ervaringsdeskundigen.
- Doelgroep: jeugdigen en volwassenen.



Gesubsidieerde interventies:

- Alcohol & ouderen
- Angst & paniek
- Depressieve klachten

Alcohol & ouderen

- In een notendop: online modules met persoonlijke begeleiding. Modules bestaan uit informatie en oefeningen.
- Doelgroep: 55+
- Niet anonieme variant beschikbaar.

Angst & paniek

- In een notendop: online modules met persoonlijke begeleiding. Modules bestaan uit informatie en oefeningen.
- Doelgroep: volwassenen.
- Niet anonieme variant beschikbaar.

Depressieve klachten

- In een notendop: online modules met persoonlijke begeleiding. Modules bestaan uit informatie en oefeningen.
- Doelgroep: volwassenen.
- Niet anonieme variant beschikbaar.



Gesubsidieerde interventies:

- Angst
- Depressie

Angst

- In een notendop: Online modules, eventueel in combinatie met online contact met een behandelaar.
- Doelgroep: volwassenen.
- Niet anonieme variant beschikbaar.

Depressie

- In een notendop: Online modules, eventueel in combinatie met online contact met een behandelaar.
- Doelgroep: volwassenen.
- Niet anonieme variant beschikbaar.



Gesubsidieerde interventies:

- Nice day (angstklachten en/of depressie)

Nice day

- In een notendop: digitale behandeling door middel van coaching van een psycholoog.
- Doelgroep: volwassenen
- Niet anonieme variant beschikbaar.



Gesubsidieerde interventies:

- Ask-terwille.nl (middelenafhankelijk en/of psychische ziekte)
- Doe-relegs.nl (jongeren met (risico op) verslavingsproblematiek)

Ask-terwille.nl

- In een notendop: Internetinterventie. Cliënt bepaalt doelen en werkt samen met hulpverlener toe aan realisatie van deze doelen.
- Doelgroep: volwassenen

Doe-relegs.nl

- In een notendop: op maat gemaakte internetinterventie (gemiddeld vijf sessies) gericht op bewustwording.
- Doelgroep: jongeren tot 23 jaar.



Gesubsidieerde interventies:

- Kopstoring (jongeren met een ouder met psychische of verslavingsproblematiek)
- Kopopouders (ouders met psychische en/of verslavingsproblemen)

Kopstoring

- In een notendop: groep-chatsessies gericht op versterken beschermende factoren en beperken risicofactoren onder begeleiding van een GGZ-professional in combinatie met huiswerkopdrachten.
- Ook e-mailhulp.
- Doelgroep: jongeren tussen de 16 en 25 jaar die kind zijn van ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek.

Kopopouders

- In een notendop: groep-chat gericht op versterken beschermende factoren en beperken risicofactoren onder begeleiding van een GGZ-professional in combinatie met huiswerkopdrachten.
- Ook e-mail hulp.
- Doelgroep: ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek.

3. Onderzoeksaanpak

09 Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van en de verbetermogelijkheden voor (de uitvoering van) de regeling anonieme e-mental health hebben wij een evaluatie uitgevoerd bestaande uit zowel een kwalitatief als een kwantitatief deel. Het onderzoek is uitgevoerd tussen januari 2019 en maart 2019. In dit onderzoek onderscheiden wij drie fasen, die we in deze paragraaf kort toelichten.

10 **Documentstudie.** Wij zijn gestart met een verkennende fase waarin wij een documentenstudie hebben gedaan. Daarin hebben wij de aanvragen en toekenningen voor 2019, de realisatiecijfers over 2017³, en wetenschappelijke literatuur over (anonieme) e-mental health betrokken. De wetenschappelijke literatuurstudie richtte zich op:

- bewijs voor de effectiviteit van en tevredenheid met (inter)nationale (anonieme) e-mental health in het algemeen;
- inzichten in de effectiviteit van en tevredenheid met de gesubsidieerde e-mental health interventies in het bijzonder, inclusief eigen onderzoek van de GGZ-aanbieders.

11 **Verkennde gesprekken.** Vervolgens voerden we verkennende gesprekken uit met de opdrachtgever en met betrokkenen van het ministerie

³ De realisatiecijfers over 2018 waren op het moment van dit evaluatieonderzoek nog niet beschikbaar.

van VWS (vertegenwoordigers van directies Curatieve Zorg en Jeugd) en het ZIN. Op basis van de verkennende gesprekken en de literatuurstudie hebben we een topiclijst opgesteld voor de interviews met de GGZ-aanbieders.

12 **Interviews met de gesubsidieerde GGZ-aanbieders.** De tweede fase richtte zich op interviews met alle 11⁴ de in 2019 gesubsidieerde GGZ-aanbieders. Hiermee kunnen we de lezer een volledig beeld verschaffen van de effectiviteit van en de verbetermogelijkheden voor (de uitvoering van) de subsidieregeling, zoals die door de aanbieders wordt ervaren. Een representatief beeld is in deze evaluatie extra van belang, omdat zowel de aangeboden interventies als de doelgroep waar de interventies zich op richten zeer divers is. Aan de hand van inzichten uit de eerste vier gesprekken met aanbieders hebben we de topiclijst verder aangescherpt en bij de daarop volgende interviews meer de nadruk op specifieke knelpunten en daarvoor mogelijke verbeterpunten gelegd.

13 **Enquête gebruikerservaringen.** In deze fase hebben wij, na overleg met de aanbieders over de haalbaarheid, ook een online anonieme enquête onder de gebruikers van de gesubsidieerde interventies uitgezet om hun ervaringen in beeld te krijgen. Verschillende GGZ-aanbieders van anonieme e-mental health hebben hieraan meegewerkt. Andere aanbieders hebben inzicht

verschafft in de tevredenheid met hun interventies door middel van verzamelde testimonia of eigen onderzoek.

4. Resultaten

4.1 Globaal beeld gesubsidieerde interventies

4.1.1 Definitie anonieme e-mental health interventies en criteria van de subsidieregeling.

14 Voordat we ingaan op het huidige aanbod van gesubsidieerde anonieme e-mental health interventies schetsen we eerst de definitie van anonieme e-mental health zoals gesteld in de Memorie van Toelichting. Ook geven we inzicht in de criteria die het ZIN stelt aan interventies en GGZ-aanbieders om voor subsidie in aanmerking te komen.

15 De subsidieregeling zoals die door het ministerie van VWS is geïnitieerd heeft als doel het mogelijk maken van een aanbod aan anonieme e-mental health om vroegtijdige hulp te bieden en/of toe te leiden naar reguliere zorg. De Memorie van Toelichting verstaat onder anonieme e-mental health:

“Een verzamelterm voor internetinterventies die gericht zijn op de preventie en behandeling van psychische aandoeningen. Het aanbod van anonieme e-mental health is zeer divers en is niet onder één noemer te vangen. Veel aanbod vindt plaats op het snijvlak van selectieve preventie en geïndiceerde preventie. Daarnaast is er ook e-mental health aanbod dat als reguliere behandeling kan worden aangemerkt, maar dan online. Er is contact met een behandelaar via de mail of chat.

Anonieme e-mental health interventies vinden in sommige gevallen plaats als een stap voorafgaand aan de weg naar reguliere hulpverlening, maar er zijn ook vele interventies die juist als nazorgtraject na een reguliere behandeling worden gevolgd of in plaats van een reguliere behandeling.”

16 Om voor subsidie in aanmerking te komen dienen de interventies en GGZ-aanbieders aan een aantal criteria te voldoen⁵:

- *De interventie moet gebaseerd zijn op de laatste inzichten uit de wetenschap en uit de praktijk;*
- *Ten behoeve van personen die om psychische redenen noodzakelijkerwijs anoniem zijn;*
- *Interventies moeten worden uitgevoerd onder professionele verantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar (medisch specialisten en klinisch-psychologen);*
- *Aan organisaties voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg.*
- *Voor het soort interventies dat reeds gedurende het laatste kwartaal voor het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar door de organisatie werden verleend.*

17 Daarnaast geldt er een maximum tarief per interventie. Deze is voor 2019 vastgesteld op €347 per volledig uitgevoerde en €173,50 per niet volledig uitgevoerde interventie. De subsidie wordt per kalenderjaar verstrekt.

⁵ Ministeriële regeling, 30 augustus 2016, kenmerk 2016-1008-154096-CZ. Gepubliceerd in de Staatscourant Nr 46543, 7 september 2016.

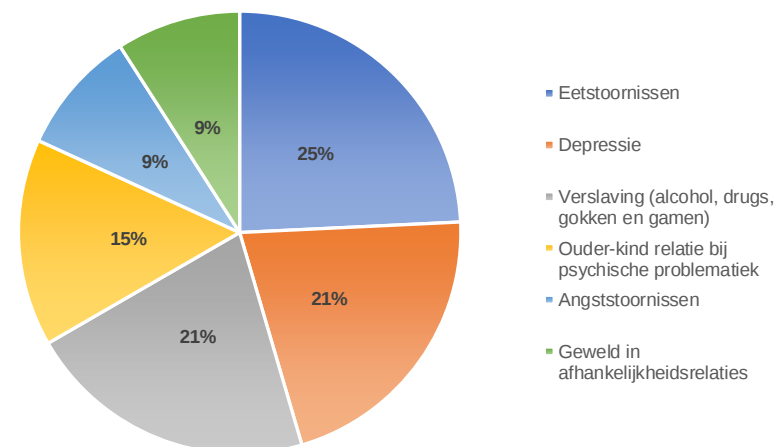
18 Het ZIN is met ingang van 1 januari 2017 bevoegd om subsidies te verlenen binnen de regeling anonieme e-mental health. Bij de overgang van het uitvoeren van de subsidieregeling van het ministerie van VWS naar het ZIN zijn er een aantal zaken veranderd, dit om de aansluiting met de uitvoeringspraktijk te verbeteren. Zo werd de scope van de subsidieregeling teruggebracht naar subsidiëring van interventies die bij aanvraag van de subsidie al operationeel zijn. Tegelijkertijd is het minimaal te verlenen subsidiebedrag verlaagd van €100.000 naar €50.000 per aanbieder, is de verdeelsleutel vereenvoudigd en wordt het subsidiebedrag naar rato verdeeld over de aanbieders als het subsidieplafond wordt overschreden. Ook mogen aanbieders zelf budget verschuiven van de ene interventie naar een andere interventie.

4.1.2 Het aanbod van gesubsidieerde anonieme e-mental health interventies is wisselend van aard en richt zich op diverse aandoeningen en doelgroepen.

19 In 2019 zijn er van de 36 ingediende aanvragen in totaal 33 interventies gesubsidieerd, verdeeld over 12 GGZ-aanbieders. De gesubsidieerde interventies zijn zeer uiteenlopend in de aard van de interventie, de beoogde doelgroep en problematiek waar de interventie op gericht is (zie hoofdstuk 2 voor een overzicht van de binnen de subsidieregeling gesubsidieerde

interventies). Het aanbod richt zich op angstaandoeningen, depressie, eetaandoeningen, geweld in afhankelijkheidsrelaties, ouder-kind relatie bij psychische of verslavingsproblematiek (KOPP/KVO problematiek) en verslaving (alcohol, drugs, gokken en gamen).

20 In figuur 1 is de verdeling te zien van het aantal interventies over de verschillende aandoeningen. Voor cliënten met eetaandoeningen, depressie of verslaving is respectievelijk het meeste aanbod. Ook kunnen deze cliënten kiezen tussen twee of meer interventies. Voor kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen en ouders met psychische of verslavingsproblemen biedt één aanbieder in totaal vijf interventies aan. Op het gebied van angst zijn drie aanbieders actief, samen bieden zij drie interventies aan. Ook voor geweld in afhankelijkheidsrelaties zijn drie interventies. Deze interventies worden door één aanbieder aangeboden.



Figuur 1. Interventies per aandoening.

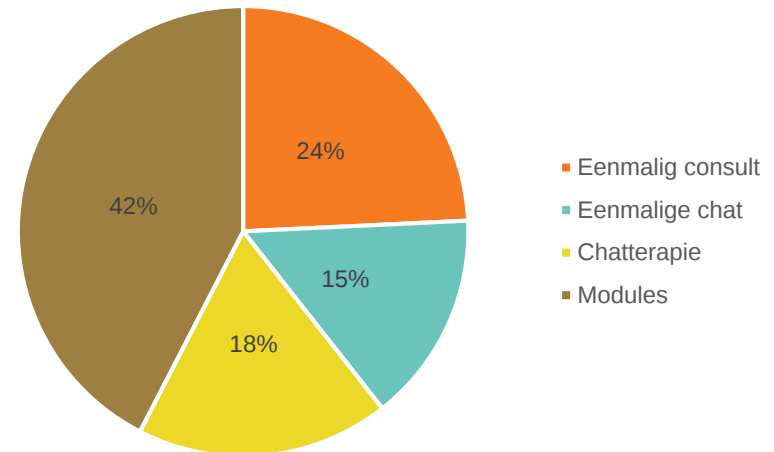
21 Aanbieders bieden minimaal twee en maximaal zes interventies aan. De meeste aanbieders specialiseren zich op aanbod voor één aandoening. Vier aanbieders bieden meerdere interventies gericht op meerdere aandoeningen aan. Hierbij combineren zij een interventie gericht op depressie met (een) interventie(s) gericht op angst en/of verslaving.

22 Zoals we in hoofdstuk twee lieten zien, wisselt de aard van de interventie. De gesubsidieerde interventies bestaan uit online groepsessies, chat/e-mailcontact met GGZ-professionals of ervaringswerkers, forum(moderatie) en/of online modules die een cliënt onder begeleiding doorloopt (zie figuur 2).

23 De cliënt heeft bij deze laatste vorm zelf (deels) de regie over hoe snel de modules worden doorlopen. Een behandeling met meerdere modules duurt meestal tussen de zes weken tot zes maanden om volledig te voltooien en de cliënt doorloopt deze individueel. Aanbieders geven aan de snelheid waarmee een cliënt de modules doorloopt te monitoren en in te grijpen als een cliënt onvoldoende tijd neemt om het geleerde in de praktijk te brengen, of als een cliënt langere tijd inactief is.

24 Chattherapie en eenmalige chats worden zowel individueel als in groepsverband aangeboden. Chattherapie in een groep kent een vaste structuur, bijvoorbeeld een wekelijkse sessie onder begeleiding van een vaste behandelaar. Vaak krijgen cliënten in chattherapie ook oefeningen mee om zelfstandig te doorlopen. Bij individuele chattherapie kunnen de sessies soms door de cliënt zelf worden gepland, waardoor hij zelf de regie houdt. De interventies gebaseerd op een enkel chatcontact of e-mailconsult bieden, al dan niet impliciet, wel de mogelijkheid om hier vaker gebruik van te maken. Onder deze interventies rekenen we ook het contact met een ervaringsdeskundige of professional op een forum.

25 Acht interventies zijn gericht op jeugd/jongvolwassenen tot 23 of 25 jaar (leeftijdsgrens verschilt tussen aanbieders), 13 op volwassenen en 12 op zowel jeugd/jongvolwassenen als volwassenen. Daarbij plaatsen we de kanttekening dat, ondanks dan aanbieders naar de leeftijd vragen, de leeftijd van de cliënten niet met zekerheid is vast te stellen.



Figuur 2. Type aangeboden interventies

4.1.3 Aantal gebruikers van de gesubsidieerde anonieme e-mental health interventies

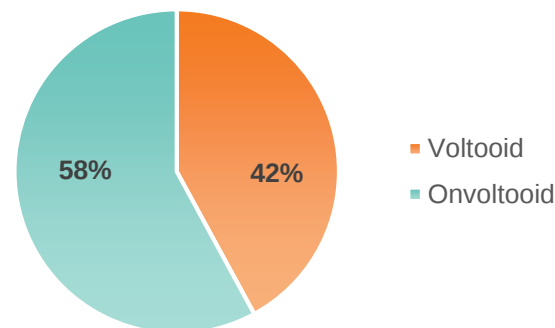
26 Het totaal aantal gebruikers van de gesubsidieerde anonieme e-mental health interventies was in 2017 98.485.⁶ Het aantal gebruikers per interventie ligt tussen de 4 en 26.000. Dit verschil is te verklaren door schaalgrootte en de aard van de interventie. Zo zien we dat interventies gericht op forum/chatcontact hogere gebruikersaantallen kennen dan interventies gericht op het doorlopen van meerdere online modules.

27 Aanbieders ontvangen subsidie op basis van het aantal voltooide en onvoltooide interventies (in paragraaf 4.3 gaan we nader in op dit onderscheid en ervaren knelpunten). Voor een aantal interventies (N=15) geldt dat interventies altijd worden voltooid. Voorbeelden zijn het gebruik van e-mailconsult of eenmalig chatcontact, deze zijn in principe altijd voltooid. In 2017 maakten in totaal 45.845 cliënten gebruik van deze interventies.

In totaal maakten in 2017 11.931 cliënten gebruik van interventies waarbij wel onderscheid te maken is tussen voltooid/onvoltooid (n=15, 1 interventie werd in 2017 nog niet aangeboden, 2 interventies worden in 2019 niet meer

⁶ Het gaat hier om het aantal gebruikers waar subsidie voor is verleend. De websites kennen een hoger bezoekersaantal, een beperkt aandeel van de gebruikers wordt vanuit de subsidieregeling gesubsidieerd.

aangeboden). Hierbij gaat het om 5.019 voltooide en 6.912 onvoltooide interventies (figuur 3).



Figuur 3. Percentage voltooide en onvoltooide interventies

28 Zoals ook in de totalen te zien is geven de meeste aanbieders aan meer onvoltooide dan voltooide interventies te hebben uitgevoerd. Echter zijn er ook interventies die tot drie keer zo veel voltooide als onvoltooide interventies hebben uitgevoerd in 2017. De meeste aanbieders vragen cliënten (via mail of een afrondende vragenlijst) naar ervaringen met de interventie en redenen om de interventie niet af te ronden. De respons op deze vragen is over het algemeen vrij laag. Gebruikers die de vragen beantwoorden geven aan voldoende geholpen te zijn of de overstap maken naar reguliere zorg.

Anderzijds geven aanbieders ook aan dat het stoppen met de interventie een signaal kan zijn dat het juist slechter kan gaan met de cliënt. Ook een anonieme online interventie is op zo'n moment te veel. Soms komen deze cliënten later weer in beeld.

29 Over het algemeen zien aanbieders het aantal (on)voltooide interventies, maar met name de vraag naar anonieme e-mental health stijgen. Dit wordt weergegeven in hogere bezoekersaantallen op de websites en een toename in het aantal aanmeldingen of chatverzoeken. De toename in de vraag naar anonieme e-mental health is één van de oorzaken van de stijging in het totaal aangevraagde subsidiebedrag.

4.2 Doel en effectiviteit van de subsidieregeling

30 In paragraaf 1.2 beschreven we, aan de hand van de Memorie van Toelichting, het doel van de wetsaanpassing en de subsidieregeling die daaruit is voortgekomen. Het doel van de subsidieregeling bevat drie componenten:

1. Structurele financiering voor een beperkt aanbod van anonieme e-mental health interventies;
2. Interventies bieden eerstelijns psychologische zorg of leiden toe naar deze zorg;
3. Interventies zijn bestemd voor cliënten met psychische problematiek die anders geen zorg gebruiken, terwijl zij dit wel nodig hebben (noodzakelijkheid anonimiteit).

31 De GGZ-aanbieders die wij in het kader van dit onderzoek hebben gesproken zien op hoofdlijnen hetzelfde doel: interventies die dankzij subsidie kunnen worden aangeboden zijn een eerste stap in de hulpverlening voor cliënten die anders geen hulp zouden zoeken: mensen die onbereikbaar zijn voor hulpverlening op een laagdrempelige manier bereiken in een zo vroeg mogelijk stadium.

32 In deze paragraaf geven we aan op welke wijze de subsidieregeling en gesubsidieerde GGZ-aanbieders invulling geven aan deze drie componenten.

4.2.1 Structurele financiering voor een beperkt aanbod van anonieme e-mental health interventies

33 De Memorie van Toelichting geeft door middel van de wetswijziging aan structurele financiering te willen bieden voor een beperkt aanbod van anonieme e-mental health interventies. Met de start van de subsidieregeling in 2012 was het bedrag van twee miljoen voldoende. Het totaalbedrag aan subsidieaanvragen bereikte het subsidieplafond niet. In 2018 kwam daar kentering in: het totaal aan aangevraagd subsidiebedrag overschreed het subsidieplafond. Er is gekozen voor een verdeelsleutel: in 2018 is voor 63% van de aangevraagde bedragen subsidie toegekend. In 2019 ligt dit percentage op 67,4%.

34 De gesubsidieerde aanbieders worden door een vaststaand subsidieplafond in combinatie met een toename in subsidie aanvragen geconfronteerd met teruglopende budgetten per aanbieder. Met name aanbieders die meerdere jaren worden gesubsidieerd ervaren hierdoor problemen in de continuïteit van het aanbod. Zij hebben de organisatie (personele inzet, ICT) ingericht op basis van de hoogte van de verstrekte subsidie. Door het teruglopende budget, moeten zij keuzes maken: kiezen zij ervoor om minder cliënten te bedienen? Gaan zij terugschroeven in personele bezetting? Zijn er mogelijkheden om vanuit de eigen middelen of andere financiers te investeren?

35 Naast de teruglopende budgetten, geven de aanbieders aan dat de subsidieregeling op dit moment financieel niet voldoende ruimte biedt om het aanbod kostendekkend aan te bieden. Ook missen aanbieders financiële ruimte om het huidige aanbod door te ontwikkelen naar de behoeften van de gebruiker. Deze opmerking geldt met name voor interventies waar enkel een anonieme variant beschikbaar is. Interventies die ook in niet-anonieme vorm worden aangeboden, kunnen in doorontwikkeling aansluiten bij de doorontwikkeling van de niet-anonieme variant.

36 Aanvullende middelen worden door de GGZ-aanbieder zelf geïnvesteerd. Ook zijn er fondsen die investeren in het aanbod. Sommige aanbieders proberen aanvullende middelen te organiseren vanuit investeringsgelden van zorgverzekeraars of preventiegelden van gemeenten: dit blijkt niet mogelijk, omdat het niet aan te tonen is waar de personen verzekerd of inwonend zijn.

4.2.2 *Interventies bieden eerstelijns psychologische zorg of leiden toe naar deze zorg*

37 Alle aanbieders geven aan dat het in een zo vroeg mogelijk stadium bereiken van cliënten die voor reguliere hulpverlening niet bereikbaar zijn, het bieden van zorg en het toeleiden naar zorg de doelen van anonieme e-mental health zijn. De garantie van anonimiteit en de ruime beschikbaarheid van de interventies, vaak ook 's avonds en 's nachts, maken dit medium laagdrempelig en geschikt voor cliënten die schaamte dan wel angst voor de omgeving ervaren.

38 Andere doelen die aanbieders zien zijn een afname van de klachten of voldoende geholpen zijn door het anonieme e-mental health aanbod. Omdat het om anonieme cliënten gaat, is het niet volledig aantoonbaar in hoeverre dit doel ook wordt bereikt: het is onduidelijk hoeveel cliënten daadwerkelijk de stap naar reguliere zorg nemen. Aanbieders geven aan 'anekdotisch bewijs' te hebben: cliënten die de vragenlijsten na afloop van een interventie invullen geven soms aan dat zij dankzij de interventie de stap hebben genomen naar reguliere zorg. Ook komt het voor dat een cliënt een reguliere behandeling start bij de instelling waar hij of zij de interventie heeft gevolgd en dit bij de intake noemt.

39 Naast anekdotisch bewijs is de (kosten)effectiviteit van (een aantal van de) anonieme e-mental health interventies wetenschappelijk bewezen. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat online interventies met begeleiding door een professional effectief zijn in het behandelen van depressie. De behaalde resultaten zijn vergelijkbaar met de resultaten die traditionele behandelingen

bereiken.^{7,8,9} Ook cliënten met een eetstoornis, van wie bekend is dat zij vaak geen of pas heel laat hulp zoeken vanwege schaamte en angst voor stigmatisering, hebben baat bij online interventies. Een review van beschikbare wetenschappelijke literatuur laat zien dat alle 21 onderzochte studies significante effecten hebben op het verminderen van eetstoornis gerelateerde symptomen.¹⁰ Een andere studie toont aan dat een online behandeling voor boulimia vergelijkbare resultaten behaalt als een traditionele face-to-face behandeling.¹¹ Naar alcoholverslaving is ook veel onderzoek gedaan. Na het volgen van een online behandeling dronken cliënten met alcoholproblemen vaak minder alcohol en was dit vaker binnen de verantwoorde norm^{5,12}.

⁷ Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, et al. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. PLoS One 2010;5(10):e13196.

⁸ Blankers M, Donker T, Riper H. E-Mental health in Nederland. Wetenschappelijke evidentie en uitdagingen voor de praktijk. Psycholoog. 2013;12-23.

⁹ Cuijpers P, Donker T, van Straten A, et al. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. Psychol Med 2010 Dec;40(12):1943-1957.

¹⁰ Aardoor JJ, Dingemans AE, Spinhoven P, et al.. Treating eating disorders over the internet: A systematic review and future research directions. Int J Eat Disord 2013;46(6).

⁴⁰ Naar een aantal van de aangeboden gesubsidieerde interventies is gedegen onderzoek gedaan.¹³ De belangrijkste bevindingen van deze onderzoeken nemen we hieronder op:

⁴¹ Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat 1 op de 2.7 jongeren na het volgen van de groepscursus Grip op je dip vrij is van depressieklachten. Ook verminderden de gevoelens van angst en namen gevoelens van controle en eigen regie toe.¹⁴ Ook onderzoek naar PratenOnline laat zien dat deze individuele chatinterventie een grote afname in depressieve klachten tot

¹¹ Zerwas a Hunna SC, Watson SM, Hofmeier MD, et al. RDCBT4BN: a randomized controlled trial of online chat and face-to-face group therapy for bulimia nervosa. Psychother Psychosom 2017;86(1):47-53.

¹² Smit F, Lokkerbol J, Riper H, et al. Modeling the cost-effectiveness of health care systems for alcohol use disorders: how implementation of eHealth interventions improves cost-effectiveness. J Med Internet Res. 2011;13:e56.

¹³ Het hier volgende overzicht is niet limitatief.

¹⁴ Van der Zanden AP, Kramer J, Gertis R, et al. Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. J Med Internet Res 2012;14(3):e86.

gevolg heeft, die voor 28% van de jongeren zelfs klinisch relevant is.¹⁵ Deelname aan de interventie Kleurjeleven leidt ook tot een reductie in depressieve klachten en is kosteneffectief.¹⁶

42 Onderzoek naar Minderdrinken laat zien dat het alcoholgebruik verminderde, maar ook nam verzuim en productieverlies af, wat lagere maatschappelijke kosten tot gevolg heeft.¹⁷ Op dit moment loopt er een wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de interventie Featback. Hier zijn nog geen resultaten van bekend. Eerder onderzoek naar de effectiviteit van Featback liet zien dat symptomen van angst en depressie en eetstoornis gerelateerde kwaliteit van leven afnamen onder de gebruikers.¹⁸ Indigo / Stichting Mirro voeren bij de interventie Angst en Paniek een start- en eindmeting uit wat betreft klachtenreductie. Deze laat een reductie van 27% in klachten zien. De interventies van Accare, Kenter en Trimbos zijn geregistreerd als effectieve jeugdinterventies in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.¹⁹ Daarnaast zijn het effect en de tevredenheid gedeeltelijk terug te zien in de uitvraag onder gebruikers (paragraaf 4.5).

¹⁵ Kramer J, Conijn B, Oijevaar P, et al. Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. J Med Internet Res 2014;16:e141.

¹⁶ De Graaf LE, Huibers MJ, Riper H, et al. Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. J Affect Disord. 2009;116:227-31.

4.2.3 Interventies zijn bestemd voor cliënten met psychische problematiek die anders geen zorg gebruiken, terwijl zij dit wel nodig hebben

43 Anonieme e-mental health dient te voorzien in een behoefte, daar waar cliënten in de eerste instantie niet durven uit te komen voor hun problemen (vanwege bijvoorbeeld schaamte danwel angst voor de omgeving) en toch dringend behoefte hebben aan hulp. Anonimiteit moet een noodzakelijke voorwaarde zijn voor gebruikers. De regeling is beperkt tot deze categorie personen. De zorgaanbieder van de anonieme e-mental health is verplicht aan te geven op welke wijze hij dit onderzoekt.

44 De GGZ-aanbieders die subsidie ontvangen, stellen bij aanvang van de interventie of anonimiteit voor de cliënt noodzakelijk is en met welke reden / of de cliënt een drempel ervaart om de stap naar reguliere hulpverlening te maken. Wanneer het gaat om anonieme e-mental health in de vorm van chatcontact, worden er in de chatgesprekken vaak ook vragen gesteld of iemand gedacht heeft aan de stap naar hulpverleners. Aanbieders geven

¹⁷ Riper H, Kramer J. MinderDrinken in de praktijk, proefimplementatie van een online zelfhulp site voor probleemdrinkers. Den Haag: ZonMw eindverslag; 2009.

¹⁸ Aardoor JJ, Dingemans AE, Spinhoven P, et al. Web-based fully automated self-help with different levels of therapist support for individuals with eating disorder symptoms: a randomized controlled trial.

¹⁹ <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>

echter aan dat een diepgaand onderzoek of anonimiteit noodzakelijk is niet uitvoerbaar is. Uiteindelijk is het aan de gebruiker of hij/zij besluit om eerlijk op deze vraag te antwoorden. Effect en tevredenheid zijn gedeeltelijk terug te zien in de uitvraag onder gebruikers (paragraaf 3.6).

45 De GGZ-aanbieders die subsidie ontvangen geven aan bij aanvang / aan het begin van de interventie te toetsen of anonimiteit voor hen noodzakelijk is / of de cliënt een drempel ervaart om de stap naar reguliere hulpverlening te maken. Aanbieders geven op verschillende manieren invulling aan deze toetsing:

- Vragenlijst bij aanvang van de interventie bevat items over beweegredenen om interventie te volgen. De ingevulde vragenlijst wordt beoordeeld: indien beweegredenen geen schaamte en angst bevatten, wordt de gebruiker naar de niet-anonieme variant van de module geleid. Ook kan het zijn dat de problematiek van de gebruiker als ernstig wordt ingeschat: in dat geval wordt de gebruiker doorverwezen.
- Uitleg bij start van de interventie over doelgroep van de interventie met gerichte vragen over de drempel die een gebruiker ervaart richting reguliere hulp.
- Gedurende chatcontact stellen de chatmedewerkers de gebruiker specifieke vragen over redenen om anoniem hulp te zoeken. Wanneer blijkt dat anonimiteit geen noodzakelijke voorwaarde is, wordt contact afgebouwd en wordt de cliënt naar reguliere zorg verwezen.

- Afnemen van een checklist 'noodzaak anonimiteit' voor het starten van de internetinterventie.
- Ook zijn er interventies die door middel van wetenschappelijk onderzoek aantonen dat schaamte de belangrijkste rol is om geen hulpverlening te zoeken. Dat is met name het geval bij eetstoornissen: 50% van de jongeren met een eetstoornis heeft geen hulp. Schaamte is daarbij de belangrijkste oorzaak.

46 Daarbij zien we dat het type interventie (chatcontact of doorlopen van een online module) bepalend is voor de omvang van de toetsing. Bij het doorlopen van een online module zijn gebruikers vaak gemotiveerder en eerder bereid een vragenlijst in te vullen. Wanneer het gaat om (kortdurend) chatcontact is verhoogt een uitgebreide intake de drempel om chatcontact aan te gaan. Deze aanbieders kiezen dan ook vaker voor één of enkele vragen voor de chat opent, of stellen deze vragen gedurende het chatcontact.

4.3 Proces en uitvoering van de subsidieregeling

47 GGZ-aanbieders vragen subsidie aan door middel van het invullen van een aanvraagformulier. Aanbieders vragen subsidie aan op basis van het aantal voltooide en onvoltooide interventies van het voorgaande jaar. Zij vullen voor 1 oktober in het jaar voorafgaand aan de subsidieverlening één aanvraagformulier in. Het aanvraagformulier bevat (naast administratieve gegevens over de rechtspersoon) acht onderwerpen:

- Inhoud van de interventie;
- Doel van de interventie;
- Hoe de aangeboden vorm van internetinterventie voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk;
- Het aantal interventies en de onderbouwing van het aantal;
- De wijze waarop wordt vastgesteld dat de interventie wordt verleend aan een persoon die om psychische redenen noodzakelijkerwijs anoniem is;
- De wijze waarop anonimiteit wordt gewaarborgd;
- Het beleid van de organisatie ter beveiliging van de gegevensverwerking met betrekking tot de interventie;
- De opgaven van inschrijving in een register als bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) van de beroepsbeoefenaren onder wiens verantwoordelijkheid de interventies verleend worden. Het gaat specifiek om medisch specialisten en klinisch psychologen;
- Kostprijsberekening per interventie en begroting voor het subsidiejaar.

48 Het ZIN beoordeelt de aanvragen en streeft ernaar om voor 1 december van het jaar voorafgaand aan de subsidieverlening uitsluitend te geven over de hoogte van de subsidieverlening. Daarbij passen zij sinds 2018 een verdeelsleutel toe. In 2018 is gekozen voor een percentuele korting op het aangevraagde subsidiebedrag. In 2019 is de verdeelsleutel aangepast. Om het minimumbedrag van € 50.000,- per interventie te kunnen bieden, wordt er

op hogere subsidieaanvragen relatief meer gekort. In het derde kwartaal van het jaar volgend op het subsidiejaar stelt het ZIN de hoogte van het subsidiebedrag per aanbieder vast. Dit gebeurt naar aanleiding van de door de GGZ-aanbieder ingevulde verantwoording (aangeleverd uiterlijk tweede kwartaal van het jaar volgend op het subsidiejaar) over het aantal voltooide en onvoltooide interventies.

49 Over het algemeen zijn alle betrokken partijen tevreden over het proces. De huidige gesubsidieerde aanbieders vinden de aanvraagcriteria helder en toereikend. Wel geven aanbieders aan zich af te vragen in welke mate het ZIN ook daadwerkelijk controleert in hoeverre de criteria (zoals de check op noodzakelijkheid van anonimiteit) door de GGZ-aanbieders worden nageleefd. Daarnaast zien de aanbieders een aantal aandachtspunten. Deze aandachtspunten hebben met name betrekking op de onzekerheid door de jaarlijkse cyclus van aanvragen en toekennen en de teruglopende subsidiebedragen per interventie.

50 Daarnaast stellen een aantal aanbieders vragen bij de scope van de subsidieregeling: het ZIN toetst onder andere of de interventie op het moment van aanvragen al beschikbaar is. Dit doen zij omdat de subsidieregeling niet het doel heeft om ontwikkeling van nieuwe interventies te financieren. Dit bemoeilijkt het toetreden van 'nieuwe' aanbieders en interventies. Dit criterium vraagt namelijk dat een interventie uit eigen middelen wordt ontwikkeld, alvorens subsidie aangevraagd kan worden. Aanbieders geven hiermee aan dat de keuze voor de scope van de subsidieregeling innovatie tegen gaat.

Deze keuze komt voort uit de stijging in aangevraagd subsidiebedrag en het vaste budgetplafond. Op deze manier wordt verdere verdeling en teruglopen van het subsidiebedrag per interventie tegengegaan.

51 Het ZIN geeft aan dat een deel van de gesubsidieerde interventies zien op zorg zoals huisartsen deze plegen. In de wet is op dit moment opgenomen dat de interventies zich dienen te richten op 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden. In de praktijk richten veel interventies zich op problematiek die in de eerste lijn kan worden afgedaan, waardoor verergering van problematiek kan worden voorkomen. Het ZIN pleit daarom voor het aanpassing van de wet, zodat ook zorg zoals huisartsen deze plegen te bieden wettelijk gezien gesubsidieerd mag worden.

4.3.1 Het jaarlijks aanvragen en toekennen neemt onzekerheid voor aanbieders met zich mee.

52 Het jaarlijks toekennen van de subsidie neemt onzekerheid voor de aanbieders met zich mee: zij weten op voorhand niet van welke termijn van financiering zij uit kunnen gaan. De verdeelsleutel en afname van het beschikbare subsidiebedrag per interventie versterkt dit gevoel. De onzekerheid die het jaarlijks toekennen met zich meeneemt heeft tot gevolg dat aanbieders een belemmering ervaren voor het doen van onderzoek naar de effectiviteit van en het door ontwikkelen van de interventies. Meerjarige

toekenning stimuleert ook doorontwikkeling interventie inhoudelijk of bijvoorbeeld de lay-out interventie Doorontwikkeling van e-mental health interventies is nodig om aan te blijven sluiten bij de (snel) veranderende digitale omgeving. Zeker bij de doelgroep jeugd / jongvolwassenen verandert de vraag en behoefte snel.

4.3.2 Het teruglopend subsidiebedrag per interventie neemt onzekerheid voor aanbieders met zich mee.

53 Aanbieders hebben moeite met de onzekerheid die de verdeelsleutel met zich mee brengt. Deze onzekerheid ziet, naast de jaarlijkse procedure van aanvragen en toekennen, ook op de toename in aanvragen met gelijkblijvend totaal budget, waardoor er minder financiële middelen per interventie beschikbaar is. Aanbieders hebben, met een bepaald subsidiebedrag in het achterhoofd (gebaseerd op eerdere jaren) in een interventie geïnvesteerd. Deze investering ziet met name op ontwikkelkosten, ICT-onderhoud en personeel. De stijging van het totaal aangevraagd subsidiebedrag in combinatie met een vaststaand maakt dat aanbieders zelf investeringen dienen te doen om het aanbod 'in de lucht te houden', of via andere kanalen externe financiering te organiseren. Daarmee komen we op het volgende knelpunt:

4.3.3 *Het is voor aanbieders niet duidelijk welke gevolgen zij aan de verdeelsleutel moeten geven.*

54 Het is voor aanbieders niet duidelijk met welke verwachting het ZIN kort op het aangevraagde subsidiebedrag. Aanbieders vragen zich af of het de bedoeling is dat zij minder ‘produceren’ (vindbaarheid van interventies verlagen, zodat er minder interventies worden gestart), moeten bezuinigen (lagere kosten per interventie), of zelf dienen te investeren (het aangevraagd aantal interventies tegen het aangevraagde tarief). Het gaat hier niet zo zeer om het feit dat er een maximum subsidiebedrag is vastgesteld (dat is immers ook het geval bij de bekostiging van zorgverzekeraars binnen de curatieve GGZ). Aanbieders vragen met name om het bieden van een duidelijke verwachting.

4.3.4 *Gevolgen van de verdeelsleutel voor cliënten.*

55 Het grootste gedeelte van de aanbieders geeft aan dat de verdeelsleutel geen direct effect heeft voor de gebruikers van de gesubsidieerde anonieme e-mental health interventies. Zij dragen er zorg voor dat de gebruikers die op dat moment deelnemen aan een interventie de interventie kunnen continueren. Daar is één uitzondering op: als gevolg van de landelijke publiekscampagne “Hey, het is oké” heeft één interventie te maken gehad met een dermate toestroom van gebruikers, dat zij 350 jongeren door hebben moeten verwijzen naar een ander type hulp. Omdat het gaat om anonieme

gebruikers, is het niet te achterhalen of deze personen ook daadwerkelijk elders hulp hebben gezocht. Dit kwam door de grens aan het budget en de grens aan de maximale inzet / beschikbaarheid van professionals.

56 Aanbieders geven aan dat het voor hen lastig is om te sturen op het aantal afgenomen interventies in combinatie met het plafond in het toegewezen subsidiebedrag, zeker omdat zij huidige cliënten continuïteit in het aanbod willen bieden. Aanbieders sturen met name door het meer of minder sturen op de bekendheid/vindbaarheid van een interventie. Deze ‘promotie’ verloopt met name via internet (SEO, advertenties op social media en de eigen website). Ook verstrekken aanbieders folders en spreken zij met huisartsen, POH, scholen en het CJG. Het grootste deel van de aanbieders vermindert de promotie of stopt met het promoten van het aanbod op het moment dat zij het budgetplafond bijna hebben bereikt. Een aanbieder geeft aan halverwege het jaar te moeten stoppen met de promotie, omdat het budget op dat moment op is. Dat zorgde bij deze interventie voor een afname van het aantal gebruikers van 80 tot 90%. Veel aanbieders geven aan dergelijke strategieën te hebben om de toestroom zo te sturen dat zij geen cliënten hoeven af te wijzen en door moeten verwijzen naar reguliere GGZ. Het moeten weigeren van cliënten kan het vertrouwen in de hulpverlening zodanig schaden dat dit leidt tot uitstel en mogelijk afstel van het tijdig zoeken van hulp. Deze strategieën geven wel aan dat het potentiële bereik van anonieme e-mental health nog veel groter is dan het aantal cliënten dat nu bereikt wordt.

4.4 Financiële aspecten

57 In deze vraag staan we stil bij de financiële aspecten van de subsidieregeling. Onder financiële aspecten verstaan wij de opbouw van de tarieven.

4.4.1 Opbouw tarieven anonieme e-mental health tarieven

58 Het maximale subsidiebedrag is voor 2019 vastgesteld op €347,- per volledig uitgevoerde en €173,50 per niet volledig uitgevoerde interventie. Ter vergelijking: de Nederlandse Zorgautoriteit hanteert vier tarieven voor de generalistische basis-ggz²⁰:

- Prestatie kort (294 minuten): €507,62
- Prestatie Middel (495 minuten): €864,92
- Prestatie Intensief (750 minuten): €1.356,25
- Prestatie Chronisch (750 minuten): €1.251,70
- Het maximumtarief voor de prestatie onvolledig behandeltraject is vastgesteld op €207,19

59 Over het algemeen geven aanbieders aan dat het vastgestelde maximumtarief voor hen uitvoerbaar is, een beperkt aantal aanbieders geeft aan dat de tarieven niet toereikend zijn. Deze aanbieders bieden alleen een interventie aan die zich richt op een online behandeling. We zien dat de

tarieven voor interventies gericht op een online behandeling over het algemeen hoger liggen dan het tarief voor een interventie gericht op chatcontact/forummoderatie. Omdat de aard van de interventies dermate van elkaar verschillen, is een eenduidige opbouw van de tarieven niet aan te raden. Wel zien we een aantal rode draden:

60 De aangevraagde tarieven voor chatcontact variëren van €5,- voor kortdurend chatcontact door een ervaringswerker tot €335,- voor lang intensief chatcontact dat in totaliteit vier uur in beslag neemt door een professional wiens beroep is opgenomen in de DBC-beroepentabel en een hoofdbehandelaar. De aangevraagde tarieven voor online behandeling en het doorlopen van online modules varieert sterk: van €220,- euro tot €1400,-. Uiteraard worden tarieven boven het maximaal vastgestelde tarief niet toegekend, de aanbieder ontvangt in dit geval €347,- per volledig afgeronde interventie. De variatie wordt met name verklaard door de personeelskosten. Deze zijn afhankelijk van de intensiteit van de geboden begeleiding.

61 Aanbieders besteden het toegekende subsidiebedrag met name aan personeelskosten en onderhoud van ICT. Over het algemeen bestaat het aangevraagde tarief per interventie voor 75% tot 100% uit personeelskosten. Dat zijn met name kosten voor behandelend zorgprofessionals en/of ervaringswerkers. Daaronder verstaan wij ook de kosten voor forummoderatie. Ook worden kosten voor scholing van personeel of

²⁰ Tariefbeschikking generalistische basis-ggz 2019, Nederlandse Zorgautoriteit.

projectmanagement/coördinatorkosten door een aantal aanbieders in het tarief verwerkt. De rest van het tarief wordt met name bepaald door de kosten voor hosting en onderhoud van ICT. Een beperkt aantal aanbieders rekent een beperkte (1-2% van het aangevraagde tarief) opslag voor bureaunkosten of administratie.

4.4.2 Knelpunten in de tarifiering

62 De aanbieders die we in deze evaluatie hebben gesproken geven aan dat de tarieven geen ruimte bieden voor doorontwikkeling van het huidige aanbod en het uitvoeren van onderzoek naar de effecten van de interventies. Zij geven aan hier graag ruimte voor te zien. Met name op het gebied van onderhoud en doorontwikkeling zien de aanbieders een risico: de ontwikkelingen in de ICT gaan snel. Wanneer onderhoud aan een interventie achterblijft neemt dit risico's op het gebied van beveiliging met zich mee. Ook zien aanbieders dat gebruikers, met name jongeren, afhaken bij een verouderde website of app.

63 Een aantal aanbieders noemt de onderverdeling naar voltooide en onvoltooide interventies een knelpunt. Hierbij geldt dat een niet volledig doorlopen interventie als onvoltooid wordt geteld. Dit punt wordt met name genoemd door aanbieders die een online behandeling aanbieden. Het komt echter voor dat een cliënt voldoende geholpen is na een halve of driekwart voltooide online behandeling. Daarbij bepaalt de cliënt zelf welke intensiteit in begeleiding hij/zij wenst. Het komt dan ook voor dat een cliënt intensief contact met een begeleider heeft gehad, maar de helft van de modules heeft afgerond.

Deze interventie telt als 'onvoltooid', terwijl de kosten hoger zijn dan voor een cliënt die met minder begeleiding alle online modules heeft gevolgd. Uit de interviews bleek dat er bij een aantal aanbieders naast de voltooide interventies en onvoltooide interventies nog een tweede variant is. Het gaat om een groep cliënten die zich wel heeft aangemeld en begonnen is met de interventie, maar niet ver genoeg gekomen is om door de aanbieder als 'onvoltooid' te worden meegeteld. Voor deze groep cliënten vragen aanbieders geen subsidie aan. Flexibiliteit in de definitie van voltooid, bijvoorbeeld op basis van gebruikersoordeel of ureninzet, biedt daarbij uitkomst.

4.5 Ervaringen gebruikers/cliënten anonieme e-mental health

64 De betrokken GGZ-aanbieders geven allen aan hun gebruikers te vragen naar hun ervaringen en/of tevredenheid met de behandeling. Sommige aanbieders doen dit in de vorm van testimonia, dit is vaak alleen aan het einde van de behandeling. Andere aanbieders vragen op een gestructureerde wijze uit, na elke sessie of alleen aan het einde van de behandeling. In het geval van testimonia is de opgehaalde input incidenteler, maar biedt deze alsnog inzicht in wat de interventie de cliënt heeft opgeleverd. Aanbieders kiezen voor deze wijze van ervaringen ophalen om cliënten niet af te schrikken. Zoals eerder genoemd bij de intakeprocedure brengt het gebruik van vragenlijsten

het risico tot meer uitval van cliënten met zich mee. Ook maakt de opzet van sommige interventies (eenmalige contacten) een voor- en nameting lastig.

4.5.1 Cliënttevredenheid op basis van reguliere uitvraag door gesubsidieerde GGZ- aanbieders

65 Onder andere Accare en Trimbos vragen op een gestructureerde wijze uit hoe cliënten de behandeling of de chat ervaren.²¹ Uit 117 metingen gedaan na de online behandeling 99gram.nl van Accare blijkt dat de relatie met de behandelaar op een schaal van 1 tot 10 een 8,6 scoort, de doelen en onderwerpen die aan bod komen een 8, de aanpak en werkwijze een 8,3 en het gehele behandelcontact een 7,9. De tevredenheid van gebruikers van de chat is vergelijkbaar.²² Ouders die deelnemen aan de cursus KopOpOuders van Trimbos waarderen deze met een rapportcijfer 7,8.²³

66 GGZ Rivierduinen (Proud2Bme) vraagt niet structureel naar de ervaringen van gebruikers, maar doet wel op regelmatige basis onderzoek naar de ervaringen met Proud2Bme. Onderzoek onder 311 gebruikers van de site wees uit dat de tevredenheid van gebruikers hoog is. Cliënten met een eetstoornis of eetprobleem bezoeken Proud2Bme onder andere om informatie over eetproblemen op te zoeken en om geholpen te worden. Een belangrijke

bevinding is dat twee-derde van de deelnemers aangeeft dat het gebruik van Proud2Bme ertoe heeft geleid dat zij hadden overwogen om hulp te zoeken en dat zij beter weten hoe en waar die hulp te vinden. Van de deelnemers die op het moment van invullen in behandeling was bij een reguliere instelling gaf 53% aan dat dit dankzij hun bezoek aan de website was.

4.5.2 Cliëntervaringen

67 Ten behoeve van deze evaluatie hebben we ook zelf een korte vragenlijst uitgezet onder cliënten van de diverse interventies. Deze vragenlijst werd met cliënten gedeeld middels een link op de website, of cliënten werden persoonlijk gevraagd de vragenlijst in te vullen aan het einde van een chatsessie. De vragenlijst is ontwikkeld met behulp van het online survey programma Survey Monkey. We hebben cliënten de volgende vragen gesteld:

- a. Om welke reden heb je voor deze anonieme vorm van hulp gekozen?
- b. Wat heeft deze anonieme vorm van hulp jou opgeleverd?
- c. Heb je naast deze vorm van hulp ook gesprekken met hulpverleners (psycholoog, huisarts, etc.)?
- d. Heb je nog opmerkingen of tips?

²¹ Dit overzicht is niet limitatief en dient ter illustratie.

²² <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/99gramnl-Online-behandeling>

²³ <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/KopOpOuders-Online>

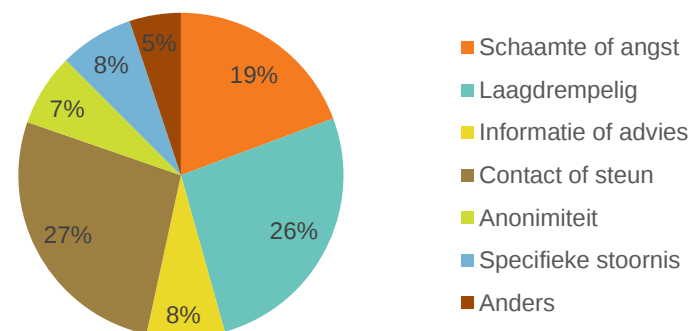
68 Op deze open vragen konden respondenten meerdere antwoorden geven. De antwoorden hebben we gecategoriseerd. Bij één interventie zijn de vragen vanwege de doelgroep in aangepaste vorm gesteld (gesloten i.p.v. open).

69 In totaal hebben 411 cliënten van diverse aanbieders de vragenlijst ingevuld. Hierbij moeten we de kanttekening plaatsen dat het grootste deel (schatting: 80-90%) van de respons is binnengekomen naar aanleiding van een blogpost op Proud2Bme.nl²⁴. Het is waarschijnlijk dat de resultaten verschillend zouden zijn bij een evenredigere vertegenwoordiging van de verschillende aanbieders, onder andere omdat Proud2Bme mogelijkheid biedt tot peer support²⁵. Dat is bij andere interventies niet het geval.

70 De respondenten kiezen met name voor anonieme e-mental health vanwege de volgende redenen:

- Contact met en steun van lotgenoten en ervaringsdeskundigen;
- Anonieme e-mental health is laagdrempelig en toegankelijk;
- Schaamte om over problemen te praten.

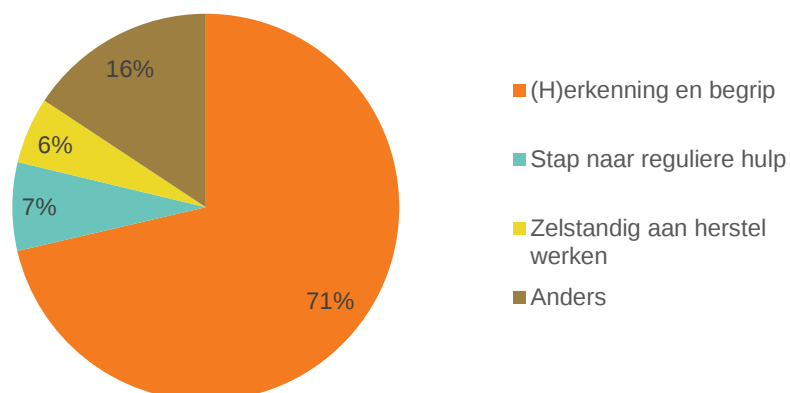
71 In figuur 4 zijn deze en minder genoemde redenen weergegeven.



Figuur 4. Om welke reden(en) kiezen cliënten voor anonieme e-mental health?

72 Anonieme e-mental health levert respondenten met name (h)erkenning en begrip op (71%). Het erkennen van de eigen problemen is een belangrijke randvoorwaarde om voor herstel te kiezen en hieraan te werken. Bovendien voelen cliënten zich gesteund door lotgenoten en (ervarings)deskundigen en doen zij motivatie op door het lezen van realistische succesverhalen. Respectievelijk 7% en 6% van de cliënten heeft door de interventie de stap naar reguliere hulpverlening durven zetten of werkt zelfstandig aan herstel en krijgt hier handvatten voor door de interventie. Ook hier is het waarschijnlijk dat de percentages hoger zouden zijn als er gesloten vragen waren gesteld. Andere redenen die cliënten noemen zijn bijvoorbeeld meer zelfvertrouwen, minder schaamte, motivatie en hoop voor de toekomst (figuur 5).

²⁴ De precieze aantallen per aanbieder zijn niet te specificeren.

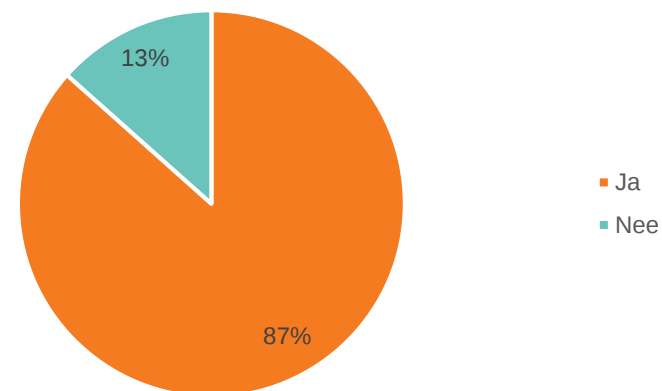


Figuur 5. Wat levert anonieme e-mental health cliënten op?

73 87% van de respondenten geeft aan dat zij op het moment van invullen reguliere hulp²⁶ hebben of deze in een eerder stadium hebben gehad. Belangrijk is om hierbij op te merken dat een deel van de cliënten deze stap heeft durven zetten dankzij anonieme e-mental health. Zij maken daarnaast nog gebruik van het online aanbod in aanvulling op reguliere hulp, bijvoorbeeld als deze niet frequent genoeg is en zij tussen afspraken in behoefte hebben aan steun. Ook heeft een deel van de respondenten reguliere hulp (gehad) voor andere problematiek en ervaren zij (nog) te veel schaamte om te praten over de aandoening waarvoor zij online hulp hebben. Sommige cliënten geven aan dat reguliere hulpverlening hen niet voldoende heeft geholpen of dat zij zich daar niet serieus genomen voelden. Als laatste

²⁶ Naast het gebruik van het anonieme e-mental health aanbod.

wordt anonieme e-mental health door sommige respondenten ingezet als terugvalpreventie.



Figuur 6. Heeft de cliënt nu of op een eerder moment reguliere hulp (gehad)?

74 De reacties op de laatste vraag ("Heb je nog tips of opmerkingen?") onderstrepen het belang en de meerwaarde van anonieme e-mental health. Een greep uit de reacties:

“Mooie doorstroom medium naar hulpverlening, ondersteuning, motivatie, (h)erkenning.”

“Het fijne aan online (anonieme) hulp is dat het op elk moment bereikbaar en beschikbaar is voor als je het nodig hebt. Dit is vooral het geval als je nog geen professionele hulp hebt, dan kan heel erg helpend zijn om hulp te zoeken, jezelf serieus te nemen of voorkomen dat je “stomme” dingen doet die je eigenlijk niet wilt doen. En ook daarna heeft het mij erg geholpen om herkenning te vinden, wat helpt om eerlijker te zijn naar jezelf en om die punten te bespreken met je hulpverlener omdat ik me er dan minder voor schaam.”

“Dit is zo waardevol. Het laagdrempelig contact en steun van de ervaringsdeskundige was in mijn geval essentieel om de stap te doen naar de reguliere hulpverlening. Ik kan elke dag schrijven over hoe het met mij gaat en steun maar ook feedback krijgen. Laat dit alsjeblieft bestaan want het helpt zoveel mensen die soms ook heel lang moeten wachten op hulpverlening.”

“Ik kan zeggen dat ik zonder deze site nu niet meer zou hebben geleefd. Het is belangrijk dat dit soort sites bestaan om laagdrempelig de hulpverlening in te stappen en openheid te geven over de problemen waar je tegenaan loopt.”

5. Samenvatting en conclusie

75 In dit hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvragen. Daarmee vatten we de resultaten zoals volledig uitgeschreven in hoofdstuk 4 samen.

5.1 Doel en effectiviteit

76 De onderzoeksvragen behorende bij doel en effectiviteit zijn: Draagt de regeling voldoende bij aan het ontwikkelen van (laagdrempelige) anonieme e-mental health (laagdrempelige interventies op het terrein van de eerstelijns psychologische hulp; kortdurende generalistische behandeling van een persoon met lichte tot matig ernstige problematiek) die aansluit bij de behoefte en ruimte geeft voor vroegtijdige hulp? Wat is er bekend over de effectiviteit van de gesubsidieerde interventies? In hoeverre lukt het om toe te leiden naar reguliere zorg? Is er sprake (of moet er sprake zijn) van een niet-anonieme, bewezen effectieve variant van de anoniem aangeboden interventie?

- Het doel van de subsidieregeling bevat, volgens de Memorie van Toelichting, drie componenten:
 - Structurele financiering voor een beperkt aanbod van anonieme e-mental health interventies. We zien dat, mede door het vaststaand subsidieplafond in combinatie met de toename in subsidieaanvragen, dat het toegekende subsidiebedrag per aanbieder terugloopt. In 2019 ligt het percentage toegekende

subsidies op 67,4%. Dat neemt financiële onzekerheid met zich mee voor GGZ-aanbieders.

- Interventies bieden eerstelijns psychologische zorg of leiden toe naar deze zorg. Aanbieders zien het in een zo vroeg mogelijk stadium bereiken van cliënten die voor de reguliere hulp niet bereikbaar zijn, het bieden van zorg en het toeleiden naar reguliere hulpverlening als doelen van de gesubsidieerde interventies. Het ZIN kent enkel subsidies toe aan interventies die eerstelijns psychologische zorg bieden. Daarnaast geven alle aanbieders aan te sturen op toeleiding naar reguliere zorg: dit doen zij door toetsing tijdens de intake of anonieme zorg echt noodzakelijk is. Ook gedurende de behandeling en het anoniem contact wijzen behandelaren op de mogelijkheid om reguliere hulp te zoeken. Omdat het om anonieme cliënten gaat, is het niet volledig aantoonbaar in hoeverre dit doel ook wordt bereikt: het is onduidelijk hoeveel cliënten daadwerkelijk de stap naar reguliere zorg nemen. Aanbieders geven aan 'anekdotisch bewijs' te hebben: cliënten die de vragenlijsten na afloop van een interventie invullen geven soms aan dat zij dankzij de interventie de stap hebben genomen naar reguliere zorg. Ook komt het voor dat een cliënt een reguliere behandeling start bij de instelling waar hij of zij de interventie heeft gevolgd en dit bij de intake noemt.
- Interventies zijn bestemd voor cliënten met psychische problematiek die anders geen zorg gebruiken, terwijl zij dit wel

nodig hebben. Alle aanbieders vragen een gebruiker of anonimiteit noodzakelijk is en of de cliënt een drempel ervaart om contact op te nemen met reguliere hulpverlening (zie ook paragraaf 5.2).

- Naast anekdotisch bewijs is de (kosten)effectiviteit van een aantal (op moment van schrijven in ieder geval van vier van de interventies) de anonieme e-mental health interventies wetenschappelijk bewezen. Ook onderzoeken een aantal interventies zelf de effectiviteit (door middel van een start- en eindmeting) en zijn een aantal interventies opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies). Ook is er algemeen wetenschappelijk onderzoek beschikbaar naar het voorkomen van schaamte en angst bij bepaalde stoornissen. Aanbieders geven aan dat het mogelijk is om onderzoek te doen naar de effecten van (zie paragraaf 6.1.2) de gesubsidieerde interventies. De huidige tarifiering biedt daar onvoldoende mogelijkheid voor.
- Bij 2/3^e van de gesubsidieerde interventies is er sprake van een niet-anonieme variant.

5.2 Anonimiteit

77 De onderzoeksvragen met betrekking tot anonimiteit zijn: Is bij de gesubsidieerde interventies anonimiteit altijd noodzakelijk? In welke situaties is dit het geval? Hoe toetst de aanbieder of anonimiteit gewenst of zelfs

noodzakelijk is en wat zijn de redenen om wel/niet door te verwijzen naar reguliere (niet anonieme) zorg?

- Aanbieders vragen een gebruiker of anonimiteit noodzakelijk is en of de cliënt een drempel ervaart om contact op te nemen met reguliere hulpverlening. Dat is niet altijd het geval. Wanneer anonimiteit in de ogen van de aanbieder niet noodzakelijk is, wordt een cliënt doorverwezen naar een niet-anonieme variant van de interventie,
- Andere veel voorkomende redenen om door te verwijzen naar reguliere zorg zijn ernstige problematiek en het toenemen van het inzicht in de eigen problematiek of afnemen van schaamte waardoor de cliënt bereid is de stap naar de reguliere hulp te zetten. Ook komt het voor dat anonieme e-mental health interventies worden gebruikt ter overbrugging van wachtlijsten.
- De controle op anonimiteit krijgt concreet vorm door middel van een vragenlijst bij start van de interventie of gedurende (chat)contact tijdens de interventie. De omvang van de vragenlijst verschilt per interventie: bij sommige interventies (denk aan kortdurend chatcontact) is een uitgebreide intake niet mogelijk.
- De belangrijkste redenen om anoniem te willen blijven zijn schaamte of angst, laagdrempelig en toegankelijk, behoefte aan informatie of advies en zoeken naar (anoniem) contact of steun.

5.3 Proces en uitvoering van de subsidieregeling

78 In deze paragraaf beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen: bestaan er in de ogen van GGZ-aanbieders knelpunten in het proces van subsidieverlening? Hoe verloopt het proces van subsidieaanvragen, beoordeling en toekenning van de subsidies? Welke criteria hanteert het ZIN? Levert een lagere subsidietoekenning problemen op voor de continuïteit van het geleverde aanbod? Welk effect heeft de eis dat een GGZ-aanbieder de subsidie aan moet vragen op (bijvoorbeeld) de diversiteit van het aanbod?

- Het proces van subsidieverlening doorloopt de volgende stappen:
 - GGZ-aanbieders vragen de subsidie aan door middel van het invullen van een aanvraagformulier;
 - Het ZIN beoordeelt de aanvragen en geeft uitsluitel over de voorlopige hoogte van het subsidiebedrag. Daarbij passen zij sinds 2018 de verdeelsleutel toe;
 - In het tweede kwartaal van het jaar volgend op het subsidiejaar leveren de GGZ-aanbieders de verantwoording aan over het aantal voltooide en onvoltooide interventies;
 - In het derde kwartaal van het jaar volgend op het subsidiejaar stelt het ZIN het definitieve subsidiebedrag vast.
- Het ZIN toetst de aanvragen aan de hand van 8 criteria: de interventie is gebaseerd op laatste inzichten uit de wetenschap en praktijk, enkel voor personen die om psychische redenen noodzakelijkerwijs anoniem zijn, interventies moeten worden uitgevoerd onder professionele verantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde professional, aan

organisaties voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg en de interventie dient gedurende het laatste kwartaal van het jaar voorafgaand aan het subsidiejaar operationeel te zijn.

- Over het algemeen zijn betrokken partijen tevreden over het proces van subsidieverlening. De belangrijkste knelpunten in de ogen van GGZ-aanbieders zien op de onzekerheid door de jaarlijkse cyclus van aanvragen en toekennen en de teruglopende subsidiebedragen. Deze worden veroorzaakt door het vaststaand subsidieplafond en toename in subsidieaanvragen.
- De lagere subsidietoekenning levert niet direct problemen op voor bestaande cliënten: deze kunnen de interventie continueren. GGZ-aanbieders sturen door middel van promotie op de bekendheid en vindbaarheid van de interventie (denk aan SEO of advertenties op social media) om de doelgroep te bereiken. Deze promotie wordt gedurende het jaar, bij bijna bereiken van het budgetplafond afgebouwd of stopgezet. Het potentiële bereik van anonieme e-mental health is daarmee groter dan wat nu wordt gerealiseerd.
- In de wet is op dit moment opgenomen dat de interventies zich dienen te richten op 'geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden. In de praktijk richten veel interventies zich op problematiek die in de eerste lijn kan worden afgedaan, waardoor verergering van problematiek kan worden voorkomen. Het ZIN pleit daarom voor het aanpassing van de wet, zodat ook zorg zoals huisartsen deze plegen te bieden wettelijk gezien gesubsidieerd mag worden.

5.4 Financiële componenten

De onderzoeksvragen met betrekking op financiële componenten zijn: hoe komen de tarieven per interventie tot stand? Welke variabelen bepalen de (verschillen in) kosten? Welke tarieven hanteren zorgverzekeraars voor (min of meer) vergelijkbare, niet anonieme varianten van de betreffende interventies? Wordt het subsidiegeld effectief besteed?

- Het maximale subsidiebedrag per afgeronde interventie is voor 2019 vastgesteld op €347,- per afgeronde interventie en €173,50 per niet volledig uitgevoerde interventie. De Nederlandse Zorgautoriteit hanteert vier tarieven voor de generalistische basis-ggz:
 - Prestatie kort (294 minuten): €507,62
 - Prestatie Middel (495 minuten): €864,92
 - Prestatie Intensief (750 minuten): €1.356,25
 - Prestatie Chronisch (750 minuten): €1.251,70
 - Het maximumtarief voor de prestatie onvolledig behandeltraject is vastgesteld op €207,19
- Omdat de aard van de interventies dermate van elkaar verschilt, is er geen eenduidige opbouw van tarieven. We zien dat de tarieven bij interventies gericht op e-modules hoger zijn dan bij interventies die zich richten op chatcontact.
- Aanbieders besteden het toegekende subsidiebedrag met name aan personeelskosten (75%-100% van het aangevraagd bedrag). Andere componenten zijn onderhoud van ICT, hosting en scholing van personeel.

5.5 Scope van de subsidieregeling

79 Het gaat hier om de onderzoeksvragen: hoe past jeugd binnen de subsidieregeling? En: wat zijn de consequentie als deze groep wordt uitgesloten van de subsidieregeling?

- Het uitsluiten van jeugdigen in deze subsidieregeling lijkt gezien drie punten onwenselijk en onpraktisch:
- Het merendeel van de gebruikers van de gesubsidieerde interventies betreft waarschijnlijk jeugdigen. We zien dat ruim de helft van de aangeboden interventies zich richt op jongeren / jongvolwassenen (acht) of jeugdigen en volwassenen (12). Dit is te verklaren door de affiniteit die jongeren hebben met digitale platforms en schaamte die bij deze doelgroep speelt richting vrienden en familie.
- Interventies richten zich niet specifiek op jeugdigen, maar op jeugdigen én volwassenen of op jongvolwassenen. Vanuit zorginhoud is er geen noodzaak om interventies gescheiden aan te bieden. Uitsluiten van jeugdigen binnen de subsidieregeling zorgt daarmee voor inefficiency in het ontwikkelen en operationeel houden van het aanbod.
- Er lijkt geen alternatieve financieringsbron voor handen: gemeenten hanteren een woonplaatsbeginsel.
- Tot slot is de leeftijd van jeugdigen niet met zekerheid vast te stellen, omdat het om anonieme gebruikers gaat.

6. Reflectie en aanbevelingen

6.1 Reflectie

80 In het vorige hoofdstuk vatten we de bevindingen van het onderzoek samen en beantwoordden we de onderzoeksvragen. Naast deze inhoudelijke conclusie hechten we er belang aan om kort te reflecteren op twee bevindingen.

6.1.1 Onbekendheid over de visie van het ministerie van VWS op de subsidieregeling en de rol van anonieme e-mental health binnen de preventieve GGZ.

81 De Memorie van Toelichting uit 2013 definieert anonieme e-mental health als: *“Een verzamelterm voor internetinterventies die gericht zijn op de preventie en behandeling van psychische aandoeningen. Het aanbod van anonieme e-mental health is zeer divers en is niet onder één noemer te vangen. Veel aanbod vindt plaats op het snijvlak van selectieve preventie en geïndiceerde preventie. Daarnaast is er ook e-mental health aanbod dat als reguliere behandeling kan worden aangemerkt, maar dan online. Er is contact met een behandelaar via de mail of chat. Anonieme e-mental health interventies vinden in sommige gevallen plaats als een stap voorafgaand aan de weg naar reguliere hulpverlening, maar er zijn ook vele interventies die juist*

als nazorgtraject na een reguliere behandeling worden gevolgd of in plaats van een reguliere behandeling.”

82 Vrijwel alle aanbieders die we in het kader van deze evaluatie hebben gesproken, benadrukken het belang van de subsidieregeling en het handhaven en doorontwikkelen van het aanbod anonieme e-mental health interventies. Zij geven, op basis van eigen ervaringen, uitvraag bij gebruikers van anonieme e-mental health en gesprekken met (uit de anonimiteit getreden) cliënten, aan dat anonieme e-mental health laagdrempelig en snel hulp biedt voor cliënten die vanuit schaamte niet elders terecht kunnen of voor cliënten die (nog) geen hulpvraag kunnen of willen formuleren (paragraaf 3.2 en 3.5) De resultaten van de enquête die onder gebruikers van een aantal anonieme e-mental health interventies is uitgezet benadrukt dit beeld; laagdrempeligheid, schaamte en angst worden samen door 45% van de respondenten genoemd als reden waarom zij anonieme hulp hebben gezocht (paragraaf 4.5).

83 Op basis van deze ervaringen zien aanbieders, in lijn met de positionering van anonieme e-mental health in de Memorie van Toelichting, het aanbod van anonieme e-mental health als een belangrijke schakel in de preventieve GGZ: anonieme e-mental health biedt de mogelijkheid om vroegtijdig en op laagdrempelig niveau verergering van problematiek te voorkomen.

84 Het totale subsidiebedrag werd in de beginjaren van de subsidieregeling niet volledig benut. Aanbieders zien het aantal gebruikers van en met name

de vraag naar anonieme e-mental health stijgen (paragraaf 4.1). De stijging van gebruikers is volgens aanbieders te verklaren door de behoefte van de doelgroep, met name onder jongeren is dit het geval, door eigen promotie en door landelijke publiekscampagnes gericht op het bestrijden van stigma/schaamte (“Hey het is oké”). Tegelijkertijd zien zij zich, door de toelating van nieuwe anonieme e-mental health aanbieders tot de subsidieregeling en een stijging in aantallen interventies in combinatie met een ‘vast’ subsidieplafond van twee miljoen euro geconfronteerd met teruglopende budgetten. Het toekennen van minder budget betekent dat aanbieders óf minder cliënten moeten bedienen dan beoogd en mogelijk is, óf uit eigen / andere middelen moeten bijleggen om de groeiende doelgroep te kunnen voorzien.

85 Met deze ‘spagaat’ in het achterhoofd geven GGZ-aanbieders aan dat de visie van het ministerie van VWS op de subsidieregeling en de rol van anonieme e-mental health (binnen de preventieve GGZ) voor hen onduidelijk is. Het ministerie van VWS geeft aan de subsidieregeling te gebruiken om mensen die zich schamen voor hun psychische klachten te bereiken. Naast de subsidieregeling zet het ministerie van VWS in op het verkleinen van het stigma en de schaamte die op psychische aandoeningen rusten. Dat doen zij onder andere door middel van publiekscampagnes zoals “Hey, het is oké”. Deze campagne wordt in 2019 uitgebreid van depressie naar andere psychische aandoeningen. Ook ondersteunt het ministerie van VWS de activiteiten van de stichting Samen Sterk zonder Stigma. Deze investeringen

hebben het doel om bij te dragen aan een samenleving waarin je je niet hoeft te schamen voor je psychische aandoening.

6.1.2 Verdeling van beschikbaar budget

86 Over het algemeen begrijpen aanbieders de keuze voor de huidige verdeelsleutel. Wel geven aanbieders aan hinder van de verdeelsleutel te ondervinden met betrekking tot de continuïteit van het aanbod. Het verder terugdringen van het toegekende subsidiebedrag per interventie zorgt ervoor dat minder cliënten (dan mogelijk per interventie) worden geholpen. De vraag is hoe houdbaar de systematiek van de huidige verdeelsleutel is: wat is het effect van het verder verdelen van de beschikbare middelen? Hoe reageren aanbieders op een jaarlijkse afname van het budget? Komt er een moment waarop aanbieders besluiten te stoppen met het aanbieden van anonieme e-mental health? Wat is het effect van nieuwe toetreders?

87 We zien op basis van deze evaluatie drie mogelijke aanpassingen (die ook in combinatie mogelijk zijn) in de verdeelsleutel / het verdelen van het subsidiebedrag. Deze aanpassingen zijn besproken met de aanbieders. Daar komt geen eenduidig beeld uit, elke aanpassing kent andere voordelen en nadelen:

1. **Financiering op basis van het aantal aangeboden interventies in combinatie met onderzoek naar de effecten van een interventie.**

88 Aanbieders geven aan dat het voor hen mogelijk is om informatie op te halen en te verschaffen over de effecten die de aangeboden interventies in de ogen van gebruikers hebben. Daarnaast zijn een aantal van de gesubsidieerde interventies opgenomen in de databank effectieve interventies en/of zijn goed beschreven, goed onderbouwt of effectief. Dit laat zien dat het ophalen van gebruikerservaringen en het aantonen van de effecten van een interventie bij (het merendeel van de gesubsidieerde interventies) mogelijk is. Een mogelijkheid is om, gezamenlijk met de aanbieders, een aantal criteria te ontwikkelen waar bij het toekennen van de subsidie op wordt gestuurd. Te denken valt aan het vertalen van de uitgangspunten van de wetgeving/Memorie van Toelichting in een aantal meetbare criteria, zoals (kwantitatieve) onderbouwing dat anonimiteit noodzakelijk is, klachtenreductie, afname in schaamte en/of toeleiding naar reguliere hulp.

89 Deze informatie kan verzameld worden door een (beknopte) vragenlijst voorafgaand en na afronding van de interventie, of tijdens het (chat)contact dat tijdens de interventie plaatsvindt. De mate waarin dit mogelijk is, verschilt per type interventie. Aanbieders die interventies aanbieden in de vorm van online zelfhulp modules of online modules onder begeleiding, voeren een dergelijk onderzoek in meer of mindere mate al uit. Aanbieders van interventies die bestaan uit (kortdurend) chatcontact, geven aan dit onderzoek minder gestructureerd te kunnen doen. De drempel om een chatcontact op te zoeken wordt dermate verhoogd wanneer er een vragenlijst ingevuld moet

worden, dat zij input op deze vragen uit individueel contact óf een algemeen cliëntonderzoek moeten halen.

90 Het in kaart brengen van de effecten van een interventie (met oog voor de administratieve lasten bij GGZ-aanbieders en het ZIN) zou, wanneer er meer onderbouwing van cliënttevredenheid en/of de effecten van een interventie bekend zijn, op deze manier gepaard kunnen gaan met verhogen van het subsidieplafond. Mocht er voor deze variant gekozen worden, zijn een aantal punten van belang:

- Het opstellen van criteria vraagt om een duidelijke visie wat er met de subsidieregeling wordt beoogd;
- Deze manier van subsidie verstrekken vraagt ten eerste om extra financiële middelen voor aanbieders om onderzoek te doen naar effectiviteit en kwaliteit;
- Daarnaast vraagt deze systematiek om een inhoudelijke beoordeling en selectie van het ZIN;
- Deze variant vraagt om een overgangsperiode om bestaande interventies in tijd en financiële middelen de mogelijkheid te bieden om onderzoek naar de effecten uit te voeren. Ook moet er worden nagedacht wat de consequenties zijn voor het toetreden van nieuwe aanbieders; deze systematiek lijkt nieuwe toetreders op het eerste oog uit te sluiten (tenzij het gaat om interventies die op niet-anonieme basis worden aangeboden).
- De consequentie van deze verdeelsleutel is dat interventies waarbij de effecten onvoldoende in beeld kunnen worden gebracht worden

uitgesloten van de subsidieregeling. Mocht hiervoor worden gekozen, dan is de vraag wat er met deze interventies gebeurt. Is er een mogelijke andere financieringsbron te vinden?

2. Een tweede mogelijkheid is het selecteren en prioriteren van hoofdthema's of speerpunten waar de interventies zich op dienen te richten.

91 Deze selectie en prioritering kan gericht worden op type interventies, en/of op specifieke aandoeningen. Daarbij is weer een keuze te maken tussen prevalentie, of juist niche (landelijk aanbod creëren voor problematiek die in de regio te weinig voorkomt om daar iets voor te organiseren). Bij het bepalen van de prioritering kan aangesloten worden bij de bedoeling van de subsidieregeling, zoals omschreven in de Memorie van Toelichting, bestaande effectonderzoeken, prevalentie van problematiek en de mate waarin is aangetoond dat schaamte en/of angst voor de omgeving vaak samen gaat met een specifieke aandoening of problematiek. Daarbij is een belangrijke vraag op welke wijze de thema's worden vastgesteld. Ook is het van belang dat de thema's voor meerdere jaren speerpunt zijn, om continuïteit in financiering en daarmee het aanbod te garanderen.

3. Een derde optie is het aanpassen van de verdeelsleutel op het aantal interventies per aandoening, al dan niet aangepast naar het bereik van een interventie.

92 In de verdeling van het beschikbare budget wordt op dit moment geen rekening gehouden met het reeds bestaande aanbod. In paragraaf 4.1 clusterden wij het gesubsidieerde aanbod naar aandoeningen/problematiek. Daarbij rijst de vraag wat het toetreden van een nog niet gesubsidieerde interventie toevoegt aan het aanbod, indien voor deze aandoening al meerdere interventies worden gesubsidieerd die een landelijk bereik, hoge bezoekersaantallen en aangetoonde toegevoegde waarde hebben (zie de eerste aanpassing). In deze variant wordt gestuurd op een beperkt aantal gesubsidieerde interventies per aandoening, met een groot landelijk bereik. Samenwerkingen tussen verschillende instellingen zouden daarbij wenselijk zijn. Bij deze variant zijn een aantal aandachtspunten genoemd:

- Het is niet eenvoudig om een gegronde afweging te maken of een nieuwe interventie een toevoeging is op een bestaande: dit is onder andere afhankelijk van de aandoening, maar ook van het type interventie (bieden van preventie, nazorg, lotgenotencontact, ect) en de doelgroep (volwassenen, adolescenten of jeugdigen).
- Daarnaast rijst de vraag hoe om wordt gegaan met aanbod gericht op meerdere aandoeningen. De combinatie van angst en depressie binnen één interventie komt bijvoorbeeld een aantal keren voor in het gesubsidieerde aanbod.
- Ook is de vraag op welke manier de selectie onder de huidige aanbieders gaat gebeuren: hoe kan op een objectieve manier worden bepaald welke interventie 'blijft'? En; wat gebeurt er met de overige aanbieders? Wordt hier een overgangsperiode voor geboden? Wordt er gezocht naar een andere bron van financiering?

6.2 Aanbevelingen

93 Vanuit deze evaluatie zien we vijf aanbevelingen:

6.2.1 Het gestructureerd inzichtelijk maken van de effecten van anonieme e-mental health scherpt de discussie over visie en toekomst van de subsidieregeling, de mogelijkheden tot een andere systematiek en de hoogte van het subsidieplafond.

94 Omdat het gaat om anonieme cliënten en interventies van een verschillende aard is het op eenzelfde manier voor alle interventies aantonen van effectiviteit niet mogelijk. Aantonen - en controleren op welke manier er invulling wordt gegeven aan de criteria van de subsidieverstreking én wat een interventie hier concreet mee bereikt lijken echter wel mogelijk. Wel zien we dat voor specifieke typen anonieme e-mental health interventies, namelijk begeleide (groeps)chats en zelfstandig door te werken modules waarbij de cliënt feedback krijgt van een behandelaar, de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond. Ook brengen de gesubsidieerde aanbieders effecten van de eigen interventie(s) in beeld. De mate waarin zij dat gestructureerd en wetenschappelijk onderbouwd doen, verschilt. Vrijwel alle aanbieders geven aan dat inzicht bieden in de effecten van een interventie mogelijk is.

95 We raden aan gezamenlijk criteria te ontwikkelen, waarop de effecten van de interventies in beeld gebracht (blijven) worden. Te denken valt aan criteria gericht op onderbouwing dat anonimiteit noodzakelijk is, klachtenreductie,

afname in schaamte en/of toeleiding naar reguliere hulp. Het gestructureerd in beeld brengen van deze onderbouwing maakt de toegevoegde waarde van de anonieme e-mental health interventies inzichtelijk. Dit ondersteunt het gesprek over de visie van het ministerie van VWS en de gesubsidieerde aanbieders en het aanpassen van de systematiek van de subsidieregeling, al dan niet in combinatie met het verhogen van het subsidieplafond.

96 Daarbij willen we aangeven dat het gestructureerd in beeld brengen van de effecten weinig administratieve lasten met zich mee dient te brengen, dan wel bekostigd dient te worden door het verhogen van de tarieven per interventie. Deze laatste optie is uiteraard alleen werkbaar wanneer het subsidieplafond wordt verhoogd.

6.2.2 Communiceer de visie van het ministerie van VWS op de subsidieregeling en de rol van anonieme e-mental health binnen de preventieve GGZ.

97 Tijdens het uitvoeren van de evaluatie merken we dat de visie van het ministerie van VWS bij de gesubsidieerde GGZ-aanbieders onbekend is. De gesubsidieerde GGZ-aanbieders worden geconfronteerd met hogere bezoekersaantallen/gebruikers in combinatie met teruglopende budgetten. Aanbieders hebben behoefte aan duidelijkheid over visie en richting die het ministerie van VWS heeft met betrekking tot de toekomst van de subsidieregeling én de rol van anonieme e-mental health binnen de preventieve GGZ. Het is aan het ministerie van VWS om deze duidelijkheid te

scheppen. Daarnaast is het aan te bevelen om vervolgens het gesprek te voeren tussen het ministerie van VWS, het ZIN en gesubsidieerde GGZ-aanbieders over de visie en richting van het ministerie van VWS enerzijds en de ervaringen met- en effecten van de gesubsidieerde interventies anderzijds.

6.2.3 Verken de mogelijkheden voor een andere verdeelsleutel of systematiek

⁹⁸ Zoals we in paragraaf 6.1 beschreven lijkt de huidige verdeelsleutel op de langere termijn niet houdbaar. We raden aan de mogelijkheden om tot een andere systematiek of verdeelsleutel te komen te onderzoeken. Zoals beschreven zien wij drie mogelijke verdeelsleutels (of een combinatie van deze):

1. Financiering op basis van het aantal aangeboden interventies in combinatie met onderzoek naar de effecten van een interventie.
2. Een tweede mogelijkheid is het selecteren en prioriteren hoofdthema's of speerpunten waar de interventies zich op dienen te richten.
3. Een derde optie is het aanpassen van de verdeelsleutel op het aantal interventies per aandoening, al dan niet aangepast naar de prevalentie van een bepaalde aandoening en het bereik van een interventie.

⁹⁹ Zoals gezegd helpt het gestructureerd in beeld brengen van de effecten van een anonieme e-mental health interventie in de discussie over de (on)mogelijkheden verdeelsleutel.

6.2.4 Overweeg of het huidige subsidieplafond voldoende toereikend is voor het aanbod aan anonieme e-mental health interventies

¹⁰⁰ In deze rapportage beschrijven we daar waar mogelijk de effecten van het gesubsidieerde anonieme e-mental health aanbod. Gebruikers geven aan dat anonieme e-mental health hen onder meer steun van lotgenoten en/of (ervarings)deskundigen, erkenning en motivatie om aan herstel te werken oplevert. Daarnaast geven de interventies handvatten om ook nadat deze is afgelopen zelfstandig verder te werken aan het herstel of durven cliënten de stap naar reguliere hulpverlening te maken. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat (anonieme) e-mental health kan leiden tot een reductie in klachten en symptomen gerelateerd aan de aandoening en dat de effecten vaak niet onderdoen voor die van reguliere behandelingen met face-to-face contact. Ook is e-mental health kosteneffectief op de langere termijn. De gesubsidieerde aanbieders onderzoeken de effecten ook zelf. Diverse interventies zijn bijvoorbeeld als goed onderbouwde erkende interventie opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies en / of onderzocht in gerandomiseerde, gecontroleerde trials waarbij hun effectiviteit is aangetoond. Daarnaast zijn ook van andere gesubsidieerde interventies resultaten en / of tevredenheid van de cliënten bekend.

¹⁰¹ Zoals we in paragraaf 4.1 beschreven gaan deze positieve effecten gepaard met een toename van het aantal gebruikers van anonieme e-mental health. Gezien de ervaren toegevoegde waarde van het aanbod van anonieme

e-mental health en de groei in het aantal gebruikers, is het aan te bevelen om de hoogte van de totale subsidie in overweging te nemen.

102 Het verhogen van het subsidieplafond biedt ook ruimte om de effecten van de aangeboden interventies gestructureerd in beeld te brengen. Daartoe kan een extra component voor effectonderzoek en mogelijkheid tot onderhoud in de tarifiering per interventie worden opgenomen.

6.2.5 Blijf aanbod gericht op jongvolwassenen en/of jeugdigen binnen de subsidieregeling includeren.

103 Gezien de decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten in 2015 is er discussie over de scope van de subsidieregeling.

104 We zien dat ruim de helft van de interventies gericht is op jeugdigen / jongvolwassenen. Acht interventies richten zich specifiek op jeugdigen / jongvolwassenen. Nog eens 12 interventies richten zich zowel op jeugdigen als op volwassenen. Aanbieders geven aan te zien dat met name jeugdigen en jongvolwassenen gebruik maken van de anonieme e-mental health interventies. Dat is te verklaren vanuit de affiniteit van jongeren met digitale platforms en schaamte die speelt richting vrienden en familie. Aanbieders zijn bang dat het uitsluiten van jeugdigen in de subsidieregeling ervoor zorgt dat de interventies niet langer aangeboden kunnen worden. Aanbieders geven aan dat zij, naast de huidige subsidieregeling, zoeken naar aanvullende vormen van financiering. Zij geven aan dat dit lastig is: omdat gemeenten een

woonplaatsbeginsel hanteren moet aangetoond worden dat de gebruikers inwoners uit een specifieke gemeente zijn. Omdat het om anonieme gebruikers gaat is dat niet mogelijk.

105 Daarnaast zien we dat interventies zich niet specifiek op jeugdigen (18-) richten. De meeste interventies richten zich zowel op jeugdigen als op volwassenen, of richten zich op de doelgroep jongvolwassenen (15-25). Vanuit de zorginhoud is er geen noodzaak om interventies gescheiden aan te bieden. Het uitsluiten van jeugdigen binnen de subsidieregeling zorgt daarmee voor inefficiency in het ontwikkelen en operationeel houden van het aanbod.

106 Naast inhoudelijke bezwaren wordt er ook een praktisch bezwaar gezien: het met zekerheid vaststellen van de leeftijd van een gebruiker is onmogelijk. Aanbieders vragen de leeftijd van gebruikers in veel gevallen uit voor er met een interventie gestart wordt. Het is echter niet goed mogelijk te controleren of iemand deze vragen naar waarheid invult.

107 Daarmee lijkt het uitsluiten van jeugdigen in deze subsidieregeling onwenselijk en onpraktisch.

A. Gedetailleerd overzicht van de onderzoeksvragen

Doel subsidieregeling
Wat zien de betrokken instanties als het doel van de subsidieregeling anonieme e-health?
Waar wordt het toegekende subsidiegeld door GGZ-aanbieders aan besteed?
Criteria toewijzen subsidie
In welke situaties is anonimiteit noodzakelijk volgens GGZ-aanbieders?
Op welke manier geven de GGZ-aanbieders uitvoering aan de check op noodzakelijkheid van anonimiteit?
Hoe hangt de noodzakelijkheid van anonimiteit samen met de geboden interventies?
Criteria toewijzen subsidie
Aan de hand van welke criteria beoordeelt ZIN de aanvragen voor subsidies?
Verdeling subsidiebedrag
Heeft de GGZ-aanbieder de aangevraagde bedragen toegekend gekregen? Zo niet, welk deel?
Wat was daar de reden voor?
Inzet anonieme e-health
Welke interventies worden er bij anonieme e-health geboden?
Zijn er niet-anonieme verzekerde varianten van de interventies / behandelingen?
Is het nodig dat er niet-anonieme verzekerde varianten van de interventies / behandelingen zijn?
Op welke wijze promoten GGZ-aanbieders de anonieme e-mental health?
Op welke wijze betrekken GGZ-aanbieders verwijzers (zoals huisartsen) in de promotie van de anonieme e-mental health?
Knelpunten subsidieregeling
Welke knelpunten in de subsidieregeling ervaren de betrokken partijen op dit moment?
Wat zijn mogelijke oplossingen voor deze knelpunten?
Tarieven
Op welke manier worden tarieven per interventie bepaald? Welke variabelen liggen daaraan ten grondslag?
Is het nodig dat tarieven voor interventies eenduidig zijn opgebouwd?
Op welke manier kunnen tarieven eenduidiger worden opgebouwd?
Wat rekenen zorgverzekeraars voor de niet anonieme varianten van de interventies
Zijn de kosten voor de anonieme variant van e-mentalhealth anders dan reguliere e-mentalhealth en waarom?
Scope subsidieregeling
Wat zijn de consequenties van uitsluiten van jeugd voor deze subsidie?
Controleren GGZ-aanbieders de leeftijd van deelnemers? Is het mogelijk om de leeftijd van een deelnemer te controleren?
Is er inzicht in hoeveel jeugdigen gebruik maken van het anonieme e-mental health aanbod?
Subsidiebedrag
Heeft de GGZ-aanbieder de aangevraagde bedragen toegekend gekregen? Wat was daar de reden voor?
Wat heeft de cliënt daarvan gemerkt / heeft dat problemen (continuïteit geleverde aanbod) opgeleverd?
Vinden GGZ-aanbieders de huidige verdeelsleutel passend?
Welke ideeën hebben GGZ-aanbieders voor een beter passende verdeelsleutel?
Doelbereik
Heeft de subsidieregeling bijgedragen aan het doel van anonieme e-health?
Hoe heeft anonieme e-health patiënten geholpen?
Kan de regeling in de praktijk voldoende voorzien in de behoefte aan anonieme e-health?
Biedt de regeling volgens GGZ-aanbieders voldoende ruimte om vroegtijdig hulp te geven?
Zijn de doelen van betrokken instanties in lijn met het beoogde doel van de subsidie (het bieden van laagdrempelig aanbod om vroegtijdig hulp te bieden of om toe te leiden naar reguliere
Subsidiegelden
In hoeverre wordt het toegekende subsidiebedrag effectief besteed?
Aantallen
Hoeveel patiënten na afronding van een behandeling voldoende geholpen?
Hoeveel behandelingen worden niet afgerond? Wat is daar de reden voor?
Hoeveel patiënten worden toegeleid naar reguliere zorg? Wat verstaan we onder reguliere zorg?
Hoe lang duurt een behandeling / toeleiden naar reguliere zorg gemiddeld?