

Van Korrelatie tot drankjewel.nl

Een leven zonder internet is niet meer voor te stellen. Ook veel vormen van begeleiding en hulpverlening vinden plaats via het net. Hoe werkt digitale hulpverlening precies?

door Remmelt Veenkamp

Sinds de crash op de technologie-aandelenmarkt in 2001 ontwikkelt het internet zich meer tot een sociaal, democratisch platform, met *social software* programma's. Achterliggende gedachte bij deze programma's en sites is dat de 'macht' bij de gebruiker ligt. Dankzij nieuwe technologieën kunnen we eenvoudig informatie delen. Denk aan de webencyclopedie Wikipedia waarin iedereen kan bijdragen aan kennisontwikkeling. Een ander voorbeeld is Flickr.com, een online fotoalbum waarin iedereen foto's kan plaatsen en delen met anderen. Maar het opmerkelijkste is dat je met *social software* vrienden kunt delen. MSN, het *instant messaging*-programma van Microsoft is hiervan het bekendste voorbeeld. Het was via MSN dat in november 2007 de scholierenstaking over het aantal verplichte lessen escaleerde. Het berichtje van een individuele scholier die zijn vrienden mobiliseerde, verspreidde zich als een olievlek over Nederland.

Kritische cliënten

In 2005 zocht driekwart van de Nederlandse internetgebruikers online informatie over gezondheid en zorg, zo rapporteerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2006. Daarbij komt dat cliënten van zorg en welzijn steeds kritischer zijn geworden. Zij stellen meer vragen, willen informatie over behandelingen en staan op hun rechten (Visser & van Lieshout 2001). Zorg en welzijn worden steeds meer een product, aldus onderzoekers van de Fontys Hogeschool in hun onderzoek naar ICT in de sociale sector: 'De cliënt kijkt en vergelijkt, wil kwaliteitsinformatie' (Van Lieshout, 2002).

Organisaties in de sociale sector profileerden zich online in eerste instantie door middel van een site. Dit waren vaak online folders, gericht op het geven van informatie over de organisatie. Maar al snel namen sommige organisaties het initiatief om digitale mogelijkheden beter te gebruiken. Websites evolueerden tot inhoudelijk informatieve sites. De e-mailfunctie werd actief opgepakt en discussiefora werden gestart.

Stichting Korrelatie was een van de eerste organisaties in Nederland die de mogelijkheden van onlinehulpverlening aftastte. In 2000 startte Korrelatie een digitale service via het e-mailadres vraag@korrelatie.nl. Uit onderzoek van Deanne Radema

in opdracht van Korrelatie bleek dat 88% van de vraagstellers nooit eerder contact had gehad met de organisatie. Dit toont het belang van internet als medium om nieuwe doelgroepen aan te spreken.

Ook uit het doelgroeponderzoek van alcoholdebaas.nl blijkt dit (Postel, 2005). Vrouwen en hoger opgeleiden zijn daar opvallend goed vertegenwoordigd en dit blijken juist doelgroepen die bij de *face-to-face* behandelingen niet worden bereikt.

In 2000 startte Korrelatie zwaarweer.nl voor jongeren en depressie. Hierop is naast informatie over depressie onder andere een forum te vinden. De insteek van Korrelatie was aanvankelijk



gericht op het beheren en het modereren van de bijdragen. Als pionier had de organisatie weinig vergelijkingsmateriaal. Al snel werd het forum intensief bezocht en ontstond er grote dynamiek tussen de bezoekers. Ook werd duidelijk dat zij hoge verwachtingen hadden ten aanzien van de moderatoren van Korrelatie. Het beheren alleen volstond niet, interveniëren bleek nodig. Zo evolueerde de taak van de medewerkers van moderator naar hulpverlener. Uit evaluatie bleek dat deze vorm van hulpverlening vraagt om een duidelijke taak- en methodiekbeschrijving en een goede afstemming tussen medewerkers.

24 uur per dag

Internethulpverlening groeit inmiddels uit tot een geïntegreerd onderdeel van het zorgspectrum. Maar wat is nu precies internethulpverlening, *e-mental health* of onlinehulp? Al die verschillende namen gaan over hetzelfde, namelijk het verschaffen van

informatie, advies of ondersteuning via internet op het gebied van zorg, welzijn of educatie.

Hulpverlening via internet heeft een groot potentieel bereik en is laagdrempelig.

Eenzijds komt dat door de toegankelijkheid. 24 uur per dag kan iemand inloggen of een vraag stellen. Instellingen kunnen verschillende onderdelen van de hulp automatiseren en standaardiseren en zo hulpverlening buiten kantooruren organiseren. Het is immers niet nodig om iedere vraag persoonlijk te beantwoorden. Daardoor heeft de organisatie meer tijd voor complexe hulpvragen via chat of e-mail. Tenslotte kunnen gesprekken eenvoudiger bewaard en onderzocht worden.

Een ander voordeel is de anonimiteit van de hulpvrager. Veel mensen schamen zich voor hun problemen en durven zich daarom niet bloot te geven in contact met een hulpverlener. Juist de anonimiteit van internet kan de drempel verlagen.

Eigen server

Er zijn allerlei toepassingen van digitale hulpverlening. Zo zijn er veel patiëntenzelfhulpgroepen die via het internet contact met elkaar hebben. Een voorbeeld hiervan is **msweb.nl**. Het doel van deze website is een vraagbaak en ontmoetingspunt te zijn voor alle mensen met multiple sclerose en direct betrokkenen. Het is een forum waarvan de doelgroep intensief gebruik maakt. Lotgenoten treffen elkaar dagelijks, informeren elkaar over hun ziekteproces en activiteiten en ondersteunen elkaar. Die ondersteuning staat ook centraal bij **e-buddyzorg.nl** opgestart door een professionele organisatie, Maatschappelijke Dienstverlening Veluwe. Via deze site worden geschoolde vrijwilligers ingezet om hulpvragers te ondersteunen via e-mailcontact. E-buddyzorg is ontwikkeld analoog aan de buddyzorg en richt zich op cliënten, patiënten met een chronische of levensbedreigende ziekte die in een isolement verkeren. Na aanmelding volgt een intake door de professionele staf van het project, die vervolgens de cliënt met een vaste vrijwilliger in contact brengt. Het contact verloopt om privacyredenen via een eigen server.

Zelftesten

Andere toepassingen leggen de klemtoon op informatie en advies, zoals Stichting Korrelatie. Uit haar jaarverslagen blijkt dat de top 5 van e-mailvragen grotendeels overeenkomt met de onderwerpen die telefonisch aan bod komen: depressie, relationele problemen, angsten/fobieën, toegankelijkheid van de zorg en assertiviteit/onzekerheid.

Ook amw-instellingen bieden hun cliënten de mogelijkheid van digitaal contact. Zij liepen aan tegen het probleem dat ze lokaal of regionaal gesubsidieerd worden, terwijl via internet mensen uit het hele land kunnen aankloppen (Veenkamp, 2006). Met **internethulpverlening.nl** proberen de aangesloten amw-organisaties dit probleem te ondervangen. Cliënten vullen via deze site hun postcode in, zodat hun vragen naar de welzijnsinstelling in hun eigen postcodegebied gestuurd kunnen worden.

drankjewel.nl is een informatieve website voor jongeren en volwassenen met ouders die een alcoholprobleem hebben. Op deze site wordt de rubriek 'veelgestelde vragen' (FAQ's) ingezet om informatie en advies te geven.

Zelftesten zijn voor hulpverleningsorganisaties tegenwoordig vaak een instrument om cliënten informatie en inzicht te geven over de ernst van hun probleem. Dat kan goed via internet.

Doordat de cliënt zelf een test kan invullen, scheelt het de organisatie tijd en dus geld. **www.drinktest.nl** van NIGZ geeft cliënten bijvoorbeeld zicht op hun drinkgedrag en advies ten aanzien van vervolgstappen.

Veel maatschappelijk werkers hebben goed zicht op de sociale kaart. Het internet biedt de mogelijkheid om dit te standaardiseren. Een voorbeeld hiervan is **zorgwel.nl** waaraan een aantal GGD'en zich heeft verbonden. Zij bieden hun sociale kaart per regio en per type medische zorg aan. Het succes van deze dienstverlening vraagt wel om onderhoud. Verouderde of verkeerde data zal onherroepelijk leiden tot wantrouwen ten aanzien van de kwaliteit. Aan de andere kant biedt deze dienstverlening de mogelijkheid tot *self service*. Hoewel het onderhoud tijd kost, bespaart het de organisatie dus ook tijd.

Chatsessies

Sommige sites zetten een stap verder in het hulpverleningsproces. Voorbeelden hiervan zijn **interapy.nl** en **alcoholdebaas.nl**, beide geprotocolleerde behandelingen. Interapy biedt procesmatige begeleiding voor verschillende problematieken zoals burn out, depressie, boulimie, paniekaanvallen, posttraumatische stress-stoornis (Lange e.a., 2005). Cliënten krijgen een vaste hulpverlener en worden begeleid met verschillende instrumenten: screening, scoringslijsten en schrijfopdrachten. Het contact verloopt via e-mail. De begeleiding duurt gemiddeld drie maanden. Uit effectiviteitsmetingen blijkt dat de cliënten

Veel mensen schamen zich voor hun problemen en durven zich daarom niet bloot te geven in contact met een hulpverlener. Juist de anonimiteit van internet kan de drempel verlagen

die de behandeling afmaken, qua gezondheid en welbevinden significant beter scoren dan mensen die op een wachtlijst staan (Emmelkamp, 2005).

De begeleiding van **alcoholdebaas.nl** richt zich uitsluitend op alcoholverslaving. Uit onderzoek blijkt dat deze digitale behandeling even succesvol is als de reguliere *face-to-face* benadering. Verder blijkt dat de digitale vorm doelgroepen aanspreekt die weinig tot geen gebruik maken van de reguliere benadering. Anonimiteit en 'eigen tijd, eigen plek' blijken belangrijke redenen te zijn om te kiezen voor **alcoholdebaas.nl**. Uit metingen blijkt dat bij afronding de behandeling ook op langere termijn effectief is (Postel, 2005).

Het internet biedt ook mogelijkheden om groepsgerichte begeleiding op te zetten. Daarvan is **gripopjedip.nl** een voorbeeld. De

site is bedoeld voor jongeren tussen 16 en 25 jaar met depressieve klachten en voor hun omgeving. Via een online cursus leer je om 'grip op je dip' te krijgen, samen met maximaal zes andere jongeren. Dat gebeurt in een besloten chatbox onder begeleiding van een deskundige. De begeleiding duurt zes chatsessies van 1,5 uur.

Helpff

Intussen stoppen de ontwikkelingen op internet niet. Vanuit begeleiding en hulpverlening is het belangrijk om bij deze ontwikkelingen aan te sluiten. Eerder is psycho-educatie een effectieve methodiek gebleken bij digitale hulpverlening. Het uitgangspunt om cliënten te informeren over eventuele problematieken werkt blijkbaar goed via dit medium. Onderzoeken geven ook aan dat cognitieve gedragstherapie en RET uitermate geschikt zijn voor procesmatige hulpverlening. Inmiddels worden verschillende online behandelingen als *evidenced based* gekwalificeerd (Riper e.a., 2007).



Nieuwe methodische mogelijkheden worden onderzocht en uitgewerkt. Zo wil SOA AIDS Nederland in hun chat de methodiek 'motiverende gespreksvoering' gaan uitwerken en invoeren. Zij doen dit in samenwerking met Rezet, rezet.org. Ook schoolmaatschappelijk werkers uit Rotterdam zijn aan het chatten met scholieren via helpff.nl om zodoende de drempel naar hulpverlening voor de doelgroep te verlagen. In samenwerking met het lectoraat E-learning van Hogeschool INHolland bepalen zij de mogelijkheden van oplossingsgerichte hulpverlening voor internet.

Investeren

Deze methodieken zijn succesvol omdat ze allemaal in meer of mindere mate informerend en inzichtgevend zijn. Ze zijn vanuit het heden gericht op de toekomst en activeren de cliënt om te participeren in de begeleiding. Maar die troeven komen niet uit de lucht vallen. Digitaal actief zijn vraagt van organisaties dat zij investeren in deskundigheidsbevordering en in faciliteiten. Het is belangrijk dat hulpverleners geschoold worden in het digitaal verantwoord interveniëren. Daarnaast is het belangrijk dat hulpverleningsorganisaties investeren in faciliteiten, niet alleen in hardware maar ook in software. Zo zijn inmiddels diverse e-mailsystemen op de markt die geschikt zijn voor vraagafhandeling. Ook op het gebied van personeel moeten instellingen randvoorwaarden stellen.

Zo moeten zij mensen werven om de technische aspecten van digitale communicatie goed te begeleiden.

Organisaties zijn overwegend positief over de mogelijkheden die digitale hulpverlening hen biedt. Het blijkt niet alleen inhoudelijk een aanwinst, maar ook effectief vanuit financieel oogpunt. Digitale hulpverlening is een goedkope vorm van hulpverlening die aansluit bij de *stepped care*-benadering: de meest effectieve vorm van hulpverlening bieden die het minst belastend is voor de cliënt (Meeuwissen & Donker, 2004). Tegelijkertijd is er nog onvoldoende financieel draagvlak voor deze vorm van hulpverlening. Dit komt omdat het nog niet geïntegreerd is in de reguliere financieringsvormen. Tweederde van de aanbieders berekent op dit moment geen kosten door aan hun opdrachtgevers, terwijl er uiteraard wel kosten gemaakt worden. De ontwikkelingen van onlinehulpverlening zijn tot nu toe vooral te danken aan het initiatief van betrokken organisaties. Zij financieren hun initiatieven met interne gelden en met extern gegenereerde projectgelden. Deze onduidelijke financiële infrastructuur maakt de continuïteit van het aanbod onzeker. Bovendien bemoeilijkt het binnen de organisaties de beeldvorming op dit domein. Tegelijkertijd startte Trimbos, het landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg, onlangs in opdracht van het ministerie van VWS het programma *E-mental Health* (Riper e.a., 2007). Zij bevelen het ministerie van VWS en het college van Zorgverzekeringen aan welk deel van de digitale hulp in het basispakket van de zorgverzekeringen opgenomen moet worden.



Bronnen

- Postel, M. (2005), *Projectbeschrijving Alcoholdebaas.nl*.
- Emmelkamp, P.M.G. (2005), *Behandeling van paniekstoornis met en zonder Agorafobie via internet*.
- Radema, D. (2000), *Korrelatie, On Line in Gebruik*.
- Lange, A., B. Schrieken, R. Scheijde, J. Broeksteeg, J. Ruwaard, M. Schrijver et al. (2005), 'Interapy. Diagnostiek en geprotocolleerde behandeling van welomschreven stoornissen via het internet'. In: *Tijdschrift voor psychotherapie*, jg. 31, nr. 5, pp. 355-376.
- Lieshout, H. van, L. Hesemans & J. van der Maarel (2002), *ICT in de sociale sector, een agenda voor de toekomst*, Eindhoven: Fontys Hogeschool.
- Meeuwissen, J., & M. Donker (2004), 'Minder is meer. Stepped care in de GGZ', In: *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, jg. 59 nr. 11.
- Riper, H., Smit, F., van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007), *E-mental health: high tech, high touch, high trust*, Utrecht: Trimbosinstituut.
- Veenkamp, R (2006), *@MW digitaal*, in opdracht van MOgroep.
- Visser, A., & H. van Lieshout (red.) (2001), *Welzijns-werk en computers. Meer dan tekstverwerken*, Bussum: Coutinho.