

E-mental health & Kwaliteit

Factoren die hierop van invloed zijn

Lianne Straakenbroek
Christelijke Hogeschool Windesheim
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

E-mental health & Kwaliteit

Factoren die hierop van invloed zijn

Lianne Straakenbroek
Christelijke Hogeschool Windesheim
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening
Begeleider: C.J.G. Frissen
Amersfoort, januari 2009

Voorwoord

E-mental health; voordat ik begon met mijn scriptie, was ik niet bekend met deze term. Vorig jaar tijdens mijn stage las ik een artikel over hulpverlening via internet. Mijn interesse was gewekt. Toen ik een onderwerp nodig had voor mijn scriptie, was dit één van de eerste onderwerpen die bij mij naar boven kwam. Hoe meer ik me ging verdiepen in e-mental health, hoe enthousiaster ik werd. Ik ontdekte dat er meer was dan ik had gedacht. Er ging een wereld voor mij open. Een wereld die ik ook voor anderen wil openen. De wereld van e-mental health heeft veel te bieden! E-mental health biedt nieuwe kansen, nieuwe mogelijkheden en een geweldige aanvulling op het bestaande hulpverleningsaanbod.

Het schrijven van mijn scriptie was niet gelukt zonder hulp van enkele mensen. Als eerste wil ik Marielle Brenninkmeijer en Heleen Westendorp van Alcoholdebaas.nl bedanken. Zij waren bereid een gesprek over e-mental health met mij aan te gaan. Ze hebben mij veel informatie gegeven en hulp geboden. De vriendelijke ontvangst staat mij nog steeds bij en hun enthousiasme heeft aanstekelijk gewerkt. Ik wil ook Karlijn Eijkelkamp en Wouter Wolters bedanken voor hun medewerking en de tijd die zij hebben vrijgemaakt. Verder wil ik mijn begeleider, Corry Frissen, bedanken voor haar feedback en steun. Een scriptie schrijven in enkele maanden, zou mij niet gelukt zijn zonder haar inzet en snelle reacties.

Ik wil ook mijn vader bedanken voor zijn kritische blik, zowel qua stijl als qua inhoud. Ten slotte bedank ik ook alle mensen om mij heen voor hun steun en belangstelling. Hun steun was nodig wanneer ik even door moest zetten; de belangstelling werkte motiverend!

Samenvatting

Hulpverlening via internet is in opkomst in Nederland. Uit onderzoek (Keizer e.a. 2007, Riper e.a. 2007, Spek 2007) is gebleken dat hulpverlening via internet effectief is. Naast effectiviteit is ook kwaliteit van belang. Om kwaliteit te kunnen bieden, is het belangrijk te weten welke factoren van invloed zijn op de kwaliteit van hulpverlening via internet.

Door middel van literatuurstudie en interviews heb ik dit onderzocht.

E-mental health is een andere term voor hulpverlening via internet. E-mental health wordt omschreven als het gebruik van ICT en met name internettechnologie om de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Riper e.a. 2007). E-mental health kent verschillende vormen: informatie verstrekken, zelftesten, lotgenotencontact, e-mailcontact, chatcontact en behandeling.

Om er achter te komen welke factoren van invloed zijn op de kwaliteit van e-mental health, is het van belang dat duidelijk is wat de verschillen zijn tussen e-mental health en face to face-maatschappelijk werk. Door deze vormen van hulpverlening te vergelijken, wordt dit duidelijk. Gezien de vele voor- en nadelen, kan geconcludeerd worden dat e-mental health een aanvulling is op het bestaande hulpverleningsaanbod.

De kwaliteit van e-mental health wordt beïnvloed door factoren gericht op de website en factoren gericht op de hulpverlening. Deze laatste factoren lijken overeen te komen met factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van face to face-hulpverlening. Naar aanleiding van deze factoren, zijn richtlijnen opgesteld voor maatschappelijk werkers die e-mental health uitvoeren.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
2. Onderzoeksopzet	3
3. E-mental health	6
3.1. Begripsbepaling van e-mental health	6
3.2. Verschillende vormen van e-mental health	9
3.3. Samenvatting	11
4. E-mental health in vergelijking met face to face-hulpverlening	13
4.1. Voordelen van e-mental health	13
4.1.1. Voordelen genoemd vanuit de praktijk	
4.1.2. Voordelen genoemd in de literatuur	
4.2. Nadelen van e-mental health	16
4.2.1. Nadelen genoemd vanuit de praktijk	
4.2.2. Nadelen genoemd in de literatuur	
4.3. Samenvatting	19
5. Kwaliteit binnen maatschappelijk werk	20
5.1. Kwaliteit en (face to face-)maatschappelijk werk	20
5.2. Kwaliteit en e-mental health	22
5.2.1. Kwaliteit en e-mental health; de websites	
5.2.2. Kwaliteit en e-mental health; de hulpverlening	
5.3. Samenvatting	27
6. Conclusie	29
6.1. Samenvatting & conclusie	29
6.1.1. Samenvatting	
6.1.2. Conclusie	
6.2. Richtlijnen voor kwalitatief handelen rondom e-mental health	31
6.3. Discussie	32
6.3.1. Mijn visie	
6.3.2. Evaluatie van mijn onderzoek	
6.4. Aanbevelingen	35
Literatuurlijst	37
Bijlagen	
1. Overzicht websites e-mental health	1
2. Enkele voorbeelden van e-mental health	11
3. Weergave interview Marielle Brenninkmeijer	16
4. Weergave interview Karlijn Eijkelkamp	19
5. Weergave interview Heleen Westendorp	22
6. Weergave interview Wouter Wolters	26

1. Inleiding

In dit eerste hoofdstuk van deze scriptie leid ik mijn onderzoek in. In deze paragraaf beschrijf ik het probleem en de daaruit volgende probleemstelling. Ik verwoord mijn doelstelling en ik formuleer mijn onderzoeksvraag.

Om de leesbaarheid van mijn scriptie te vergroten, schrijf ik 'hij' en 'zijn'. Waar 'hij' staat, kan ook 'zij' gelezen worden en waar 'zijn' staat, kan ook 'haar' gelezen worden.

Vorig jaar las ik een artikel over hulpverlening via internet en was mijn interesse voor dit onderwerp gewekt. Bij het bedenken van een onderwerp voor mij onderzoek, kwam dit onderwerp weer naar boven. Zelf vind ik internet een geweldig medium. Ik maak er vaak gebruik van. Over hulpverlening via internet had ik nog weinig gehoord, behalve dat ene artikel. Ik ben mij toen gaan verdiepen in dit onderwerp en werd steeds enthousiaster. Hulpverlening via internet bleek in opkomst en een actueel onderwerp. Ik heb ervoor gekozen mijn scriptie te wijden aan dit onderwerp. Ik hoop zo een aandeel te leveren aan de verdere ontwikkeling van deze vorm van hulpverlening.

Internet is steeds belangrijker geworden in onze samenleving. Het wordt steeds vaker ingezet in de hulpverlening door maatschappelijk werkers. Deze wijze van hulpverlening is nog vrij nieuw. Op dit moment zijn er enkele onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van hulpverlening via internet. Uit de onderzoeken van Keizer e.a. (2007), Riper e.a. (2007) en Spek (2007) blijkt deze wijze van hulpverlening effectief. Onderzoek naar kwaliteit is echter nog nauwelijks uitgevoerd, terwijl de vraag hiernaar wel aanwezig is (Riper e.a. 2007). Naar mijn idee is dit ook een logische stap.

Het ontbreken van dergelijk onderzoek is namelijk problematisch voor de beroepsgroep van maatschappelijk werkers. Zij moeten steeds vaker hun handelen verantwoorden. Wanneer richtlijnen voor hun handelen ontbreken, is dit lastig. Richtlijnen zijn nodig om vast te kunnen stellen wanneer het handelen (in dit geval hulpverlening via internet) kwalitatief goed is. Daarnaast geeft het maatschappelijk werkers vooraf houvast over hoe te handelen. De daaruit volgende probleemstelling is: door het gebrek aan richtlijnen voor hulpverlening via internet is niet vast te stellen wanneer deze vorm van hulpverlening kwalitatief goed is.

Inmiddels zijn er richtlijnen vastgesteld voor het handelen van maatschappelijk werkers in het algemeen. Deze zijn terug te vinden in de beroepscode en het beroepsprofiel van de NVMW¹. Deze richtlijnen zijn gericht op face to face-contacten. Hulpverlening via internet vraagt om een andere insteek. Er zijn er mogelijk andere richtlijnen nodig.

Het doel van dit onderzoek is het formuleren van richtlijnen voor kwalitatief hulpverlening via internet. Deze richtlijnen zijn bedoeld voor de beroepsgroep, zodat zij deze kunnen gebruiken en verder kunnen ontwikkelen.

¹ Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werkers

Pas wanneer bekend is welke factoren van invloed zijn op de kwaliteit, kunnen er richtlijnen worden opgesteld. Pas dan kan de hulpverlening via internet als kwalitatief goed of minder goed beoordeeld worden. Ik heb daarom de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Welke factoren zijn van invloed op de kwaliteit van hulpverlening via internet?

Om deze vraag te beantwoorden, heb ik een aantal deelvragen geformuleerd. De eerste deelvraag 'Wat houdt hulpverlening via internet in?' wordt in hoofdstuk 3 beantwoord. Hier wordt naast de begripsbepaling ook de geschiedenis van hulpverlening via internet beschreven. Verder wordt er stilgestaan bij de verschillende vormen van hulpverlening via internet. Ter verduidelijking zijn in bijlage 2 enkele voorbeelden van hulpverlening via internet beschreven.

In hoofdstuk 4 worden de volgende twee deelvragen beantwoord: 'Wat zijn de voordelen van hulpverlening via internet in vergelijking met face to face-hulpverlening?' en 'Wat zijn de nadelen van hulpverlening via internet in vergelijking met face to face-hulpverlening?'

De deelvragen 'Wat houdt kwaliteit in binnen (face to face-)maatschappelijk werk?' en 'Wat houdt kwaliteit in binnen hulpverlening via internet?' worden in hoofdstuk 5 beantwoord.

Voorafgaand wordt in hoofdstuk 2 de onderzoeksopzet beschreven.

Ten slotte staat in hoofdstuk 6 een korte samenvatting en worden er conclusies getrokken. In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag beantwoord en worden richtlijnen geformuleerd. Daarnaast staat hier mijn visie op mijn onderzoek beschreven.

2. Onderzoeksopzet

Het onderzoek dat ik heb uitgevoerd, is een kwalitatief onderzoek. Ik heb met mijn onderzoek geen meetbare gegevens verzameld en ik heb geen causale verklaring gezocht. De benadering van mijn onderzoek is open en flexibel en mijn onderzoek is interpretatief van aard. De data die ik voor mijn onderzoek heb gebruikt, heb ik op een bepaald moment in de tijd verzameld.

Mijn onderzoeksvraag is een vraag naar welke factoren. Verhoeven (2008) noemt dit een vraag van het type definiëren. Verhoeven (2008) beschrijft enkele methoden voor dataverzameling die bij dit type vraag gebruikt kunnen worden. Eén van de methode voor dataverzameling die zij noemt, is literatuuronderzoek. Deze methode van data verzamelen pas ik toe. Naast literatuuronderzoek verzamel ik ook data door middel van interviews.

In mijn onderzoek heb ik mij uitsluitend gericht op hulpverlening via internet in Nederland. Ik heb hiervoor gekozen omdat het probleem dat ik heb geconstateerd zich in Nederland afspeelt. Ik richt mij vervolgens ook op de Nederlandse beroepsgroep van maatschappelijk werkers. Daarnaast loopt Nederland voorop in de ontwikkelingen op het gebied van hulpverlening via internet (Wolters 2008). De kans dat hier veel informatie te vinden is over dit onderwerp, neemt daarmee toe.

Ik richt mij met dit onderzoek uitsluitend op internet. Andere technologieën, zoals sms en voorlichtingsgames, maken ook hun opmars in de geestelijke gezondheidszorg. Internet is anno 2008 de meest gebruikte technologie met het grootste aanbod. Om deze reden heb ik besloten mij te richten op hulpverlening via internet. Daarnaast zou het betrekken van andere technologieën mijn onderzoek te groot maken.

De literatuur die ik gebruik, bestaat uit verschillende soorten. Ten eerste heb ik gebruik gemaakt van internet. Naast internet heb ik verschillende vaktijdschriften gebruikt. Om data te verzamelen heb ik het symposium 'E-therapy dé oplossing?!' bezocht. Ik heb hier onder andere informatie verkregen over Alcoholdebaas.nl, het Trimbos Instituut en de internetbehandeling 'Kleur je leven'. Andere data die ik gebruikt heb, zijn onderzoeken en rapporten. De meeste onderzoeken en rapporten heb ik gevonden via internet. Er zijn twee onderzoeken gepubliceerd in boekvorm: 'E-mental health, high tech, high touch, high trust' van het Trimbos Instituut (Riper e.a 2007.) en 'Ontwikkeling van Alcoholdebaas.nl, internethulpverlening' door Tactus Verslavingszorg (Keizer e.a. 2007). Andere boeken die ik heb gebruikt, gaan over kwaliteit binnen maatschappelijk werk.

De informatie die ik gevonden heb met mijn literatuurstudie heb ik niet gelabeld. Ik heb de artikelen, onderzoeken en rapporten die ik via internet heb gevonden, opgeslagen op mijn eigen computer. Ik heb deze een naam gegeven, maar verder niet gelabeld. Over het algemeen heb ik de grote lijnen van mijn informatie onthouden en wanneer ik bezig was met de verwerking van de informatie, heb ik de informatie er weer bij gepakt. Bij het verwerken van de literatuur was het soms lastig dat ik de literatuur niet gelabeld had. Ik moest hierdoor soms zoeken naar informatie.

De resultaten uit mijn literatuurstudie heb ik gebruikt voor het schrijven van hoofdstuk 3, 4 en paragraaf 5.1.

De tweede manier van data verzamelen die ik heb gebruikt, is interviewen.

Ik heb zes organisaties aangeschreven, waarvan ik in drie gevallen gericht een persoon heb aangeschreven. De zes organisaties die ik heb aangeschreven zijn: Alcoholdebaas.nl (Tactive), Stichting E-hulp, internethulpverlening.nl (2x), de NVMW en het Trimbos Instituut.

Alcoholdebaas.nl en het Trimbos instituut heb ik gezien op het symposium '*E-therapy dé oplossing?!*'. Naar aanleiding van hun presentatie daar, heb ik ervoor gekozen deze organisaties aan te schrijven. Alcoholdebaas.nl (Tactive) heeft gereageerd, hier heb ik met twee personen kunnen spreken. Van het Trimbos instituut heb ik geen reactie ontvangen. Stichting E-hulp heb ik aangeschreven vanwege het doel dat zij hebben. Op hun website schrijven zij dat zij online hulp stimuleren en ontwikkelen. Gezien dit doel, had ik het idee dat Stichting E-hulp mij interessante informatie kon bieden. Stichting E-hulp heeft wel gereageerd en daar heb ik een interview gehad.

De NVMW heb ik aangeschreven omdat ik mij richt op de beroepsgroep van maatschappelijk werkers. De NVMW vertegenwoordigt deze doelgroep; ik had daarom graag een gesprek met hen willen hebben over dit onderwerp. De NVMW heeft wel gereageerd, maar had geen belangstelling voor een interview. Ik heb reactie gehad van twee personen en beiden gaven aan weinig tot niet bezig te zijn met hulpverlening via internet.

Internethulpverlening.nl heb ik aangeschreven omdat dit de eerste organisatie was die ik leerde kennen op het gebied van hulpverlening via internet. Zij hebben mijn interesse gewekt voor dit onderwerp. Ik heb er voor gekozen om internethulpverlening.nl twee maal aan te schrijven. Eenmaal heb ik mij gericht op de oprichter en eenmaal op een uitvoerende hulpverlener. Van de oprichter heb ik geen reactie gekregen. Met de uitvoerende hulpverlener heb ik een interview gehouden.

In totaal heb ik dus met vier personen een gesprek gehad.

Ik wilde graag een interview houden in de vorm van een gesprek. Ik wist wat ik wilde weten en wilde verder de vrijheid hebben om het gesprek te kunnen voeren. Ik heb er daarom voor gekozen het interview te houden aan de hand van onderwerpen. De inhoudsopgave van mijn scriptie was de leidraad voor mijn interviews. Ik heb ervoor gekozen in de interviews dezelfde onderwerpen te behandelen als in mijn scriptie. Op deze manier dacht ik zoveel mogelijk relevante informatie te kunnen verzamelen. De onderwerpen voor mijn interviews waren kennismaking, e-mental health, werkwijze van e-mental health, vergelijking met face to face-hulpverlening, kwaliteit van e-mental health en de eigen mening.

De interviews heb ik uitgewerkt in weergaves. Deze weergaves heb ik als bijlagen toegevoegd. Ik heb de informatie die ik verkregen heb tijdens de interviews per onderwerp uitgewerkt. Nadat ik de interviews had uitgewerkt, heb ik de weergaves naar

de geïnterviewde persoon verzonden per e-mail. Tijdens het interview had ik dit afgesproken met deze persoon. De geïnterviewde heeft de weergave nagelezen en op één na heeft iedereen feedback gegeven. Zo heb ik gecontroleerd of ik de persoon goed had begrepen en of er geen onjuistheden in mijn weergaves staan.

De resultaten van mijn interviews heb ik verwerkt in hoofdstuk 4 en paragraaf 5.2.

3. E-mental health

Om te bepalen welke factoren van invloed zijn op de kwaliteit van hulpverlening via internet is het belangrijk eerst te verhelderen wat ik versta onder hulpverlening via internet. In paragraaf 3.1 wordt het begrip hulpverlening via internet bepaald. De verschillende vormen van hulpverlening via internet worden beschreven in paragraaf 3.2. Om het beeld van hulpverlening via internet verder te verduidelijken, zijn in bijlage 2 enkele voorbeelden uitgewerkt.

3.1. Begripsbepaling van e-mental health

Tegenwoordig is internet een belangrijk onderdeel van onze samenleving. Onderstaande cijfers zijn ontleend aan het onderzoek van het CBS² in 2008 naar ICT gebruik van personen naar persoonskenmerken (CBS 2008).

Momenteel heeft 91% van alle personen tussen de 12 en 75 jaar in Nederland in zijn eigen huishouden toegang tot internet. Daarnaast zijn er nog openbare gelegenheden waar mensen toegang kunnen krijgen tot het internet, zoals bibliotheken, buurthuizen en scholen. Geconcludeerd kan worden dat bijna iedereen tegenwoordig toegang tot internet heeft. Slechts 12% van alle personen in Nederland heeft in 2008 nog nooit gebruik gemaakt van internet. Verder blijkt uit dit onderzoek dat 87% van alle personen in Nederland de afgelopen drie maanden gebruik heeft gemaakt van internet. Van deze 87% maakt 96% minimaal één keer per week gebruik van internet. Uit dit onderzoek blijkt ook dat 51% van deze 87% activiteiten op internet uitvoert die te maken hebben met gezondheid. Internet is dus een veel gebruikt medium. Het is daarom begrijpelijk dat ook organisaties binnen de (openbare) geestelijke gezondheidssector zich steeds meer gaan richten op internet.

Organisaties in de geestelijke gezondheidssector maken op twee manier gebruik van internet. Ten eerste zijn bijna alle organisaties op internet te vinden met hun eigen websites. Op deze websites staat vaak informatie over de organisatie, zoals contactgegevens, doel, missie en werkzaamheden. In mijn onderzoek richt ik mij verder niet op dit soort websites. Daarnaast zijn er ook organisaties die hulpverlening aanbieden via internet. De wijze waarop zij dit doen, is verschillend. Het is mogelijk dat een geestelijke gezondheidsorganisatie een vorm van hulp via internet aanbiedt op dezelfde website als waar zij haar informatie over de organisatie aanbiedt. Een andere mogelijkheid is dat er een aparte website is voor hulpverlening via internet. Dit kan een website zijn waar hulp via internet door één organisatie of door meerdere organisaties wordt aangeboden. In paragraaf 3.2 wordt verder ingegaan op de verschillende vormen van hulpverlening via internet.

Feit is dat er tegenwoordig hulpverlening via internet wordt aangeboden. Dit is een ontwikkeling van de laatste jaren. Het is niet precies duidelijk wanneer het hulpverlenen

² Centraal Bureau voor de Statistiek

via internet op gang is gekomen. Duidelijk is wel dat de ggz³ Drenthe één van de eerste organisaties is die is gestart met hulpverlening via internet. Zij boden als één van de eersten laagdrempelige informatie over psychische problemen. Andere pioniers zijn Stichting Korrelatie, Jellinek Kliniek en Alfred Lange (PAS, 2002.) Zo behandelt Stichting Korrelatie sinds 1 januari 2000 vragen en problemen per e-mail. Sinds juni 2007 heeft Stichting Korrelatie ook een chatfunctie op hun website (Korrelatie 2008). De Jellinek Kliniek biedt sinds oktober 2002 hulp aan via e-mail en chat. In december 2006 is de Jellinek Kliniek gestart met online behandelingen (Jellinek 2008). Alfred Lange, verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, heeft zijn eigen website, www.interapy.nl, voor hulpverlening via internet. Het is echter niet duidelijk wanneer hij gestart is met de website. Ook De Kindertelefoon heeft snel ingespeeld op het toenemende gebruik van internet in de samenleving. Sinds 2003 beantwoorden zij vragen van kinderen niet alleen via de telefoon, maar ook via de chat (De Kindertelefoon 2008).

Er is nog geen eenduidige naam voor hulpverlening via internet. Op dit moment worden er verschillende begrippen gebruikt. Enkele voorbeelden: online hulp, digihulp, e-hulp, internethulpverlening en webhulp. De vraag is nu hoe ik hulpverlening via internet het beste kan definiëren.

Een definitie van hulpverlening via internet wordt gegeven door de Stichting E-hulp. Zij (www.e-hulp.nl/watisonlinehulp.html, 2008) zeggen het volgende:

“Online hulp is informatie, advies of ondersteuning via internet op het gebied van zorg, welzijn of educatie. Kenmerkend is het gebruik van interactie in combinatie met een groot potentieel bereik. Het is zeer laagdrempelig en sluit aan op de wensen en behoeften van de hedendaagse cliënt.”

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gebruikt de term e-health in de nota ‘Inzicht in e-health’. In deze nota (Rijen, van, de Lint & Otters, 2002, p.10) wordt hierover het volgende gezegd:

“Het begrip e-health wordt vaak gehanteerd voor (commerciële) toepassingen waarbij internettechnologie gebruikt wordt om informatie, producten en/of diensten in de zorg aan te bieden⁸. Eysenbach definieert e-health als het terrein dat zich bevindt op het kruispunt van medische informatica, public health en business en gerelateerd is aan het via het Internet en daaraan verwante technologieën aanbieden van gezondheidsdiensten en gezondheids(zorg)informatie⁹.”⁴

Zowel de definitie van Stichting E- hulp als die van het ministerie van VWS, beslaan alle hulp die via internet wordt aangeboden op het gebied van gezondheid. In mijn onderzoek

³ Geestelijke gezondheidszorg

⁴ De getallen 8 en 9 zijn voetnoten in het citaat. Vanwege het correct overnemen van het citaat zijn deze cijfers zichtbaar. Waar deze voetnoten van het citaat naar verwijzen, heb ik niet overgenomen.

richt ik mij uitsluitend op de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat dan om hulp gericht op psychische en psychosociale hulpverlening. Bovenstaande definities zijn dan te ruim. Wanneer het gaat om hulpverlening via internet gericht op de psychische gesteldheid van de mens spreekt het Trimbos instituut over e-mental health. Zij (Riper e.a., 2007, p.20) zeggen hier het volgende over:

“E-health wordt gedefinieerd als het gebruik van ICT en met name internettechnologie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Gebaseerd op deze definitie wordt in dit rapport het begrip e-mental health gehanteerd om het gebruik van ICT voor de geestelijke gezondheidszorg te kenmerken. Deze definitie komt overeen met de definiëring van e-mental health in de internationale literatuur.”

Ik sluit me aan bij deze definitie. Deze definitie richt zich specifiek op de geestelijke gezondheidszorg. Dit doe ik ook in mijn onderzoek. Deze definitie van het Trimbos instituut sluit dus aan bij mijn onderzoek. In mijn scriptie spreek ik daarom over e-mental health.

Eind 2008 zijn er in Nederland meer dan zestig websites online die een vorm van e-mental health bieden. In bijlage 1 geef ik een overzicht van websites die één of meerdere vormen van e-mental health aanbieden. In dit overzicht staat per website welke vormen van e-mental health de website biedt, op welke problematiek de website zich richt en welke organisatie(s) betrokken is(zijn) bij de website.

De websites die anno 2008 online zijn, richten zich voornamelijk op psychische problemen, de psychosociale problemen komen (nog) niet naar voren. Onder psychische problemen worden problemen verstaan die te maken hebben met innerlijke zelfwaarneming. Enkele voorbeelden zijn depressie en verslaving. Psychosociale problemen zijn psychische problemen die samenhangen met problemen in de sociale omgeving van de cliënt. Een cliënt kan bijvoorbeeld een burn-out krijgen door een verstoorde relatie met zijn werkgever. Een ander voorbeeld is een cliënt die door problemen in de opvoeding van zijn kind overmatig gebruik maakt van alcohol. De hulpverleners die achter deze websites schuil gaan, verschillen van psychologen tot maatschappelijk werkers en (getrainde) vrijwilligers.

Riper e.a. (2007) hebben onderzoek gedaan naar de effectiviteit van e-mental health. Daarnaast hebben Keizer e.a. (2007) onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de e-mental health-behandeling van Alcoholdebaas.nl. Spek (2007) heeft onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de e-mental health-behandeling 'Kleur je leven'. De uitkomsten van deze onderzoeken zijn positief. Hulpverlening via internet blijkt effectief en evenaart in sommige gevallen het succes van de reguliere hulpverlening (Grolleman, 2008). Mede door deze positieve uitkomsten neemt het aanbod binnen e-mental health op dit moment toe. Er is echter geen organisatie die toezicht houdt op websites die e-mental health bieden. Het is op dit moment dus nog mogelijk dat een (niet opgeleide) particulier e-mental health aanbiedt (Wolters, 2008).

3.2 Verschillende vormen van e-mental health

Binnen e-mental health zijn de volgende vormen te onderscheiden: informatie verstrekken, zelftesten, lotgenotencontact, e-mailcontacten, chatcontacten en behandeling. De verschillende vormen van e-mental health worden hieronder nader toegelicht.

Informatie verstrekken

Het verstrekken van informatie via internet zorgt ervoor dat iedereen toegang heeft tot deze informatie. Daarnaast kan de informatie geraadpleegd worden op het moment dat de cliënt dat wil. Een ander voordeel is dat de cliënt geen contact op hoeft te nemen met een hulpverlener, dit bevordert de laagdrempeligheid. Daarnaast blijft de cliënt anoniem.

Er zijn verschillende onderwerpen waarover informatie wordt verstrekt. Enkele voorbeelden hiervan zijn depressie, angst, alcohol, drugs, seksualiteit en burn-out. Er zijn websites waar informatie over één onderwerp wordt verstrekt en websites waar informatie over verschillende onderwerpen wordt verstrekt. De website van De Kindertelefoon is een voorbeeld van een website waar informatie over verschillende onderwerpen wordt verstrekt.

Ik vind dat het verstrekken van informatie een vorm van hulpverlening is. Sommige cliënten zijn geholpen met de juiste informatie. Door het verstrekken van informatie via internet wordt deze informatie vrij toegankelijk; hierdoor kunnen vele cliënten bereikt worden. Mogelijk worden ook cliënten bereikt die de stap naar face to face-hulpverlening niet zetten. Informatie verstrekken als vorm van e-mental health wordt door ruim drie kwart van de websites toegepast.

De informatie die verstrekt wordt, moet naar mijn idee betrouwbaar zijn om kwalitatief goede hulp te kunnen bieden. De betrouwbaarheid van de informatie moet ook voor de cliënt duidelijk zijn. Op de vraag wanneer informatie betrouwbaar is, wil ik hier niet verder ingaan. Dit omdat het beantwoorden van deze vraag een onderzoek op zich vraagt. Een dergelijk onderzoek past niet binnen mijn onderzoek.

Zelftesten

Op verschillende websites worden zelftesten aangeboden. Er zijn zelftesten rondom depressie, angst, alcohol en drugs. Deze zelftesten worden op drie manieren ingezet. De test kan als doel hebben dat de cliënt zelf zicht krijgt in zijn problemen. Eén van de websites waar dit aangeboden wordt is www.internettherapie.nl.

In andere gevallen, onder andere bij www.kleurjeleven.nl en www.gripopjedip.nl, wordt de zelftest gebruikt door de hulpverlener. De hulpverlener kan dan zien in welke mate de cliënt last heeft van bijvoorbeeld depressieve klachten en kan zo een advies geven voor verdere hulp.

Zelftesten worden ook door sommige zorgverzekeraars ingezet. Zij gebruiken deze zelftesten om ervoor te zorgen dat hun klanten op het juiste moment naar de huisarts gaan (Wolters, 2008).

Lotgenotencontact

Op verschillende websites worden mogelijkheden geboden om met elkaar te communiceren. Het gaat om ongeveer de helft van de websites. Er zijn diverse mogelijkheden voor onderling contact te vinden op de websites. Voorbeelden zijn fora, gastenboeken, chatboxen en ruimte voor verhalen van cliënten. Al deze vormen van communicatie zijn er voor de cliënten, hulpverleners laten zich hier over het algemeen niet zien. Het onderlinge contact zorgt voor herkenning en erkenning bij cliënten. Dit kan steunend zijn voor de cliënten.

E-mailcontacten

Een andere vorm van e-mental health is contact via e-mail. Deze vorm van communicatie vindt meestal plaats tussen hulpverlener en cliënt. Het gaat dan om één-op-ééncontact.

E-mailcontact wordt vaak gebruikt voor het stellen van vragen. Deze vorm kan op zichzelf staan of kan gebruikt worden ter ondersteuning van een behandeling. Een kenmerk van e-mailcontact is dat de communicatie asynchroon is. Dit houdt in dat de cliënt en de hulpverlener niet op hetzelfde moment achter de computer zitten.

De website www.internethulpverlening.nl maakt gebruik van deze vorm van e-mental health. De hulpverleners communiceren via e-mail. Dit gebeurt in een eigen werkomgeving. Het principe van e-mail wordt dus gebruikt, maar er wordt als het ware een nieuw e-mailadres voor de cliënt gemaakt op een apart stukje van het internet. Dit stukje internet kunnen alleen de cliënt en de hulpverlener betreden. In andere gevallen, bijvoorbeeld op de website www.zwaarweer.nl, verloopt het e-mailcontact via het eigen e-mailadres van de cliënt.

Wanneer e-mental health via e-mail wordt aangeboden, heeft de cliënt vaak de mogelijkheid om een hulpverlener zelf een e-mail te sturen. De cliënt kan per e-mail zijn vraag stellen en/of zijn probleem bespreekbaar maken. Vervolgens krijgt de cliënt hierop een reactie van een hulpverlener. Meestal wordt dit contact via e-mail beperkt tot maximaal acht e-mails. Wanneer blijkt dat de hulp via e-mail niet voldoende is, wordt de cliënt een andere vorm van hulpverlening aangeraden. Vaak is ook bekend binnen welke termijn een cliënt een reactie kan verwachten. Dit verschilt per organisatie, maar is meestal tussen de drie en vijf werkdagen.

Chatcontacten

Communicatie via de chat wordt ook ingezet binnen e-mental health. Dit wordt op twee manieren gedaan. De ene mogelijkheid is dat cliënt en hulpverlener via chat met elkaar in gesprek zijn. In sommige gevallen wordt hierbij gebruik gemaakt van een webcam. De cliënt en de hulpverlener kunnen elkaar dan zien via de computer. Op de website van De Kindertelefoon kunnen kinderen één-op-één met een hulpverlener chatten.

Een andere manier waarop contact via de chat wordt ingezet, is groepscontacten. Er wordt dan op internet een gesprek gevoerd tussen verschillende cliënten en een hulpverlener. Deze vorm wordt bijvoorbeeld gebruikt bij de (internet)behandeling van 'Grip op je dip'.

Chatten wordt ook ingezet voor contact tussen lotgenoten. Enkele websites bieden een chatbox aan waar lotgenoten met elkaar in gesprek kunnen. Hier is geen hulpverlener bij betrokken. Een voorbeeld hiervan is de website www.watwiljijmetwiet.nl.

Behandeling

De laatste te onderscheiden vorm van e-mental health is de behandeling. Keizer e.a. (2007 p.11) geven een definitie van internetbehandeling. Zij definiëren internetbehandeling als:

“het vormen van een asynchrone hulpverleningsrelatie tussen professionele hulpverlener en cliënt, die via internetcommunicatie plaatsvindt. Interactie vindt plaats door middel van geschreven teksten, deze vormen het communicatiemiddel.”

Een behandeling binnen e-mental health is dus een traject waarbij voor langere tijd contact is tussen cliënt en hulpverlener en waarbij geschreven tekst het communicatiemiddel is. Cliënten moeten zich altijd aanmelden voor een behandeling. Meestal volgt er een intake, de hulpverlener bekijkt dan of de cliënt geschikt is voor de behandeling. De vorm van de intake verschilt, soms gaat dit aan de hand van een zelftest, bijvoorbeeld bij www.internettherapie.nl en soms via een algemenere vragenlijst, bijvoorbeeld bij www.minderdrinken.nl. Na de aanmelding volgt de behandeling. De meeste behandelingen zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Er zijn inmiddels behandelingen voor verschillende problemen. Een overzicht van de websites die (internet)behandelingen bieden is opgenomen in bijlage 1.

Elke behandeling wordt op een andere wijze vorm gegeven, daarbij wordt vaak gebruik gemaakt van één of meerdere vormen van e-mental health. Daarnaast voeren cliënten bij een behandeling verschillende opdrachten uit. Dit doen zij in hun eigen situatie. Later koppelen zij dit terug aan hun hulpverlener. Dit terugkoppelen kan via e-mail, chat of via speciaal ontworpen toepassingen voor de behandeling.

3.3. Samenvatting

Internet is een veel gebruikt medium, waar ook de geestelijke gezondheidsorganisaties actief gebruik van maken. Geestelijke gezondheidsorganisaties doen dit op twee manieren, ze zijn op internet te vinden met hun eigen website en/of ze bieden hulp aan via internet. Deze vorm van hulpverlening is rond 2000 op gang gekomen. Stichting Korrelatie was in 2000 één van de eerste organisaties die hulp aanbood via internet.

Het aanbieden van hulp via internet wordt ook wel e-mental health genoemd. E-mental health is het gebruik van ICT en met name internettechnologie om de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.

Eind 2008 zijn er in Nederland ruim zestig websites online die een vorm van e-mental health aanbieden. Dit aantal groeit nog steeds, mede door de positieve uitkomsten van onderzoeken naar de effectiviteit van e-mental health.

Er zijn verschillende vormen te onderscheiden binnen e-mental health. Ten eerste het verstrekken van informatie. Ten tweede het beschikbaar stellen van zelftesten rondom

psychische problemen. Deze zelftesten zijn of voor de cliënt zelf bestemd of voor de hulpverlener of voor de zorgverzekeraar. De derde vorm is lotgenotencontact. Binnen deze vorm zijn verschillende manieren te onderscheiden. Contact via e-mail is de vierde vorm van e-mental health. Deze vorm van contact is meestal één-op-één met een hulpverlener en verloopt asynchroon. Het kan zijn dat het e-mailcontact via het eigen e-mailadres van de cliënt verloopt of via een werkomgeving op de website. Ten vijfde is er het contact via chat. Het kan zijn dat er één-op-één wordt gechat met een hulpverlener of dat een hulpverlener een chatgesprek met meerdere cliënten tegelijk begeleidt. Daarnaast komt het ook voor de chat wordt ingezet voor lotgenotencontact, cliënten kunnen dan met elkaar chatten. De laatste vorm van e-mental health is de behandeling. Deze vorm heeft de meeste overeenkomsten met de behandeling binnen de face to face-hulpverlening. Behandeling worden vaak anders vorm gegeven, daarbij kan de opzet of de problematiek verschillen.

4. E-mental health in vergelijking met face to face-hulpverlening

Hoofdstuk 4 is een vergelijking van e-mental health met face to face-hulpverlening. Deze vergelijking is gemaakt om de voor- en nadelen van e-mental health te ontdekken. De voor- en nadelen kunnen helpen bij het ontdekken van factoren die de kwaliteit beïnvloeden. Wanneer de voordelen duidelijk zijn, is bekend welke factoren in stand gehouden moeten worden en/of vergroot moeten worden. De nadelen van e-mental health moeten zo klein mogelijk gehouden worden. Het is daarom van belang een overzicht te hebben van de voor- en nadelen van e-mental health.

De voor- en nadelen verkregen uit de interviews spelen de hoofdrol in dit hoofdstuk. Voor- en nadelen genoemd in de interviews worden aangevuld met de voor- en nadelen uit de literatuur. Mariëtte Brenninkmeijer en Heleen Westendorp van Alcoholdebaas.nl, Karlijn Eijkelkamp van internethulpverlening.nl en Wouter Wolters van Stichting E-hulp zijn geïnterviewd. Aan deze mensen is de vraag voorgelegd welke voor- en nadelen zij zien van e-mental health. De volledige weergaves van deze interviews zijn te lezen in bijlage 3 tot en met 6.

4.1. Voordelen van e-mental health

4.1.1. Voordelen genoemd vanuit de praktijk

Anonimiteit

Uit de interviews komen verschillende voordelen naar voren die betrekking hebben op de geboden hulp. Eén van deze voordelen is anonimiteit. Dit wordt door drie van de vier geïnterviewden als voordeel genoemd. Hiermee is anonimiteit het meest genoemde voordeel.

Laagdrempeligheid

Laagdrempeligheid wordt door K. Eijkelkamp en W. Wolters als voordeel genoemd. Zij geven aan dat het cliënten over het algemeen weinig moeite kost om hulp te zoeken via e-mental health.

Keuzemogelijkheden

W. Wolters noemt als voordeel dat de cliënt meer keuzevrijheid heeft. Een voorbeeld hiervan wordt door zowel M. Brenninkmeijer als K. Eijkelkamp genoemd. Zij noemen dat de cliënt zelf kan kiezen wanneer hij hulp wil ontvangen. Het is aan de cliënt om te kiezen op welk moment van de dag hij achter de computer gaat zitten.

De cliënt kan hulp ontvangen in zijn eigen omgeving; dit is een voordeel dat M. Brenninkmeijer noemt. Wanneer dit voordeel iets ruimer wordt bekeken, kan gezegd worden dat de cliënt kan kiezen waar hij hulp ontvangt. In dat geval is het een voorbeeld van het voordeel dat W. Wolters noemde; de cliënt heeft meer keuzevrijheid.

Effectiviteit

Een ander voordeel van e-mental health dat W. Wolters noemt, is de effectiviteit. Hij geeft aan dat cliënten sneller vertellen wat het probleem is, ze geven zich meer bloot, zijn eerlijker en tonen meer openheid. W. Wolters noemt dit allemaal als voordelen. Deze voordelen zorgen ervoor dat e-mental health effectief is. Het ene voordeel veroorzaakt dus het andere.

Kwaliteit

M. Brenninkmeijer noemt als voordeel dat de kwaliteit van de reactie van de hulpverlener groter is. Zij noemt andere voordelen die hier mogelijk oorzaak van zijn. Zo zegt zij dat hulpverleners nu informatie geven die up-to-date en correct is. Dit kan omdat hulpverleners nu de tijd hebben om te reageren. Hulpverleners kunnen dus nadenken over hun reactie. Zij kunnen ook overleggen, dingen uitzoeken en hun reactie nog eens nalezen. Dit vergroot de kwaliteit van de reactie.

Verder geeft M. Brenninkmeijer aan dat er minder miscommunicaties zijn bij e-mental health. Dit komt volgens haar doordat hulpverleners hun reactie na kunnen lezen. Minder miscommunicaties vergroot ook de kwaliteit van de hulpverlening.

K. Eijkelkamp heeft het gevoel dat cliënten via e-mental health minder snel zeggen wat (zij denken dat) de hulpverlener wil horen. Zij gaf aan dat dit iets is dat zij ervaart als voordeel, maar zij weet niet of dit echt zo is. Uitgaande van deze ervaring, lijken cliënten eerlijker en dat bevordert wederom de kwaliteit.

Schriftelijke communicatie

H. Westendorp ziet het gebrek aan non-verbale communicatie als voordeel. Zij zegt dat dit ervoor zorgt dat cliënten expliciet hun gevoel moeten benoemen. Dit heeft volgens haar weer als voordeel dat cliënten zich bewuster worden van hun gevoel.

Omgevingsfactoren

Verder noemt M. Brenninkmeijer nog enkele voordelen. Zij geeft aan dat cliënten nu niet meer in de wachtkamer hoeven te wachten. Voor cliënten is dit een voordeel. Een ander voordeel is dat zowel hulpverlener als cliënt niet worden afgeleid door omgevingsfactoren en/of uiterlijke kenmerken. Ook spelen vooroordelen over uiterlijk en/of gedrag geen rol bij e-mental health. Dit is een voordeel volgens M. Brenninkmeijer.

Verantwoordelijkheid

Zij noemt ook het voordeel dat bij e-mental health de verantwoordelijkheid meer bij de cliënt ligt. Door de eigen verantwoordelijkheid zullen cliënten zelf vaker actie ondernemen. Dit zorgt er mogelijk voor dat de behandeling vaker effectief is.

Efficiënt

W. Wolters noemt het voordeel dat e-mental health efficiënt is. Hulpverleners helpen dus meer cliënten in dezelfde tijd in vergelijking met face to face-hulpverlening. Hulpverleners zijn daarbij bij e-mental health geen tijd kwijt aan no-show, zegt M. Brenninkmeijer. Dit is een voordeel volgens haar.

Goedkoper

Een ander voordeel dat W. Wolters noemt, is dat e-mental health goedkoper is. Doordat e-mental health efficiënter is, neemt de hulpverlening minder tijd in beslag en is dus goedkoper.

(on)Beperkt

E-mental health biedt mogelijkheden voor vrijwilligers. W. Wolters noemt dit als voordeel en geeft daarbij het volgende voorbeeld. Een vrijwilliger van Humanitas die slecht mobiel is, kan nu thuis chatdiensten draaien. Dit voordeel gaat ook op voor vrijwilligers met andere beperkingen. Daarnaast zou dit voordeel nog verder doorgetrokken kunnen worden. E-mental health kan ook mogelijkheden bieden voor hulpverleners met beperkingen.

Evidence based

Er is nog een voordeel dat W. Wolters noemt. E-mental health leent zich voor evidence based werken. Evidence based werken houdt in dat de methode door middel van onderzoek bewezen effectief is. De technische mogelijkheden die e-mental health heeft, maken het doen naar onderzoek makkelijker. Een ander aspect is één van de voordelen die H. Westendorp noemt. Zij noemt dat het bij e-mental health onmogelijk is om de stappen van de bij Alcoholdebaas.nl gebruikte methode in een andere dan voorgeschreven volgorde uit te voeren. Hierdoor verloopt de hulpverlening vaker zoals beschreven in de (evidence based) methode. De techniek biedt namelijk mogelijkheden om dit te voorkomen. Volgens H. Westendorp is dat een voordeel van e-mental health. Dit voordeel geldt ook voor andere e-mental health-behandelingen; zij kunnen ook beschikken over deze technische mogelijkheden.

Technische mogelijkheden

W. Wolters noemt als voordeel dat e-mental health het opslaan en evalueren van de hulpverlening eenvoudiger maakt.

Een ander voordeel door de technische mogelijkheden van e-mental health noemt M. Brenninkmeijer. Cliënten kunnen hun (alcohol)gebruik gemakkelijk dagelijks bijhouden. Het dagelijks bijhouden van (alcohol)gebruik zorgt voor overzicht voor cliënt en hulpverlener. Dit zorgt er ook voor dat de hulpverlener zich op successen kan richten, wanneer de cliënt dit niet doet. In plaats van (alcohol)gebruik kunnen ook andere gedragingen en/of gedachten dagelijks bijgehouden worden.

Verder noemt M. Brenninkmeijer dat e-mental health de mogelijkheid biedt om cliënten bijvoorbeeld symbolisch een bloemetje te sturen. Cliënten reageren hier positief op. De mogelijkheid om symbolische acties uit te voeren, ziet M. Brenninkmeijer als voordeel.

4.1.2. Voordelen genoemd in de literatuur

Vele voordelen die genoemd worden door geïnterviewden worden ook genoemd in de literatuur. In deze paragraaf noem ik enkel de voordelen die niet door de geïnterviewden worden genoemd.

Lotgenotencontact

Een voordeel dat wordt genoemd door PAS (2002) is de mogelijkheden voor lotgenotencontact. Door dit contact op internet aan te bieden, wordt deze vorm makkelijk toegankelijk voor cliënten.

Wachttijden

Verder komt in de literatuur als voordeel naar voren dat e-mental health snel beschikbaar is (Hardeman 2006). Baroncini (2007) noemt als voordeel dat de reactietijd bij e-mental health sneller is dan de wachttijd bij face to face-hulpverlening. Verder wordt door PAS (2002) gezegd dat e-mental health mogelijkheden biedt om cliënten hulp te verlenen die op een wachtlijst staan. Zij kunnen dan in de periode dat zij op de wachtlijst staan, hun verhaal kwijt en advies krijgen. De tijd tussen hulp vragen en hulp krijgen is dus korter.

Herhaling

Een ander voordeel wordt genoemd door Brenninkmeijer, Postel en Westendorp (2007). Zij geven aan dat de hulpverlener bij e-mental health niet zoveel hoeft te herhalen. Dit

zorgt ervoor dat de energie van de hulpverlener gericht kan worden op de informatie specifiek gericht op de cliënt.

Nieuwe doelgroepen

Als gevolg van de anonimiteit noemt PAS (2002) het voordeel dat nieuwe doelgroepen bereikt kunnen worden. Er worden dus meer mensen bereikt die hulp nodig hebben dan voorheen.

Meelezen

Ten slotte noemt Baroncini (2007) nog dat het een voordeel is dat collega's mee kunnen lezen. Een hulpverlener kan zo op zijn eigen wijze hulpverlenen en tegelijkertijd begeleid worden.

4.2 Nadelen van e-mental health

4.2.1. Nadelen genoemd in de praktijk

De geïnterviewden hebben gezamenlijk ongeveer twee keer zoveel voordelen genoemd als nadelen. Blijkbaar worden er in de praktijk weinig nadelen van e-mental health ondervonden.

Weinig tekst

K. Eijkelkamp noemde slechts twee nadelen. Zij geeft aan wel eens berichten van één zin te ontvangen via www.internethulpverlening.nl. Dit vond zij een nadeel, omdat het dan onduidelijk is wat de cliënt wil. Het blijkt vervolgens ook lastig om het contact verder te behouden.

Complexe problemen

Verder zegt zij dat er vaak meerdere en/of complexe problemen spelen bij cliënten die hulp zoeken via e-mail. Volgens haar is het onmogelijk om via e-mental health in complexe situaties die hulp te bieden die nodig.

Protocollen

Ook H. Westendorp noemde maar één nadeel. Een hulpverlener die hulp verleent via internet moet werken volgens een strak protocol, zegt zij. H. Westendorp zegt daar meteen bij dat dit een mogelijk nadeel is. Zelf heeft zij nog geen reacties gehoord van hulpverleners die dit als nadelig ervaren.

Lichamelijke klachten

M. Brenninkmeijer noemt drie nadelen van e-mental health. Als eerste zegt zij dat de kans op RSI bij hulpverleners toeneemt, aangezien hulpverleners bij e-mental health de hele dag achter hun computer zitten.

Asynchrone communicatie

Verder noemt zij dat de asynchrone communicatie nadelig kan zijn. Een hulpverlener heeft niet meteen antwoord op een vraag. Even snel een vraag ter verduidelijking stellen, is dus lastiger.

Internetverbinding

Ten slotte noemt M. Brenninkmeijer nog de afhankelijkheid van internet. Een dag zonder internet kan niet bij e-mental health. Deze afhankelijkheid is een nadeel.

Schriftelijke communicatie

W. Wolters heeft een overzicht van nadelen van e-mental health. Dit overzicht is samengesteld door Stichting E-hulp. Het wordt getoond aan organisaties die willen starten met e-mental health. Hij noemt als nadeel dat er eerder misverstanden en conflicten ontstaan. Dit vooral als gevolg van het gebrek aan non-verbale communicatie.

Virtuele identiteit

De mogelijkheid die cliënten hebben om een virtuele identiteit aan te nemen, noemt W. Wolters ook als nadeel. Het is niet altijd duidelijk of een cliënt oprecht is en dus of een hulpverlener zijn (kostbare) tijd op de juiste wijze inzet.

Crisissituaties

Verder zegt hij dat verwijzen en ingrijpen in crisissituaties bij e-mental health lastiger is. Dit komt door het gebrek aan persoonlijke gegevens. Dit nadeel speelt vooral wanneer de situatie zo ernstig is dat door niet ingrijpen nalatigheid kan worden verweten.

Afhankelijkheid van internet

W. Wolters noemt, net als M. Brenninkmeijer, de afhankelijkheid van (de toegang tot) internet. Daar voegt hij de afhankelijkheid van kennis over internet aan toe. Zonder toegang tot internet is e-mental health onmogelijk. Verder is kennis van internet van belang voor de kwaliteit van de hulpverlening. Gebrek aan kennis kan bijvoorbeeld gevolgen hebben voor de beveiliging van persoonsgegevens.

Commitment

Een ander nadeel dat hij noemt, is verminderd commitment. E-mental health zorgt ervoor dat hulpverleners meer hun eigen zaken doen. Ze voelen zich daardoor mogelijk minder betrokken bij de organisatie en hun collega's.

Techniek en privacy

De laatste nadelen die W. Wolters noemt zijn de mogelijkheden van technische problemen en het risico op verminderde privacy. Technische problemen kunnen ervoor zorgen dat de werkzaamheden op het gebied van e-mental health stil komen te liggen. Daarnaast is het beveiligen van privacygevoelige informatie via internet lastiger waardoor het risico op verminderde privacy toeneemt.

4.2.2. Nadelen genoemd in de literatuur

In de literatuur worden significant meer nadelen genoemd dan door de geïnterviewden. Enkele nadelen die in de literatuur worden genoemd, spelen anno 2008 al een minder grote rol. Andere nadelen spelen door de groei van e-mental health een steeds grotere rol.

Financiering

Riper (2006) noemt de problemen rondom de financiering als nadeel. De financiering van e-mental health is lastig te organiseren. Geen geld betekent echter geen e-mental health. Ook financiering via verzekeringen is lastig. Hardeman (2006) geeft aan dat verzekeringen niet willen betalen voor anonieme cliënten. Ditzelfde geldt hoogstwaarschijnlijk voor gemeentes. Zij zullen alleen willen betalen voor de bewoners van hun gemeente.

Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

Verder noemt Hardeman (2006) als nadeel dat anoniem behandelen in strijd is met de WGBO⁵. Anno 2008 is hier een oplossing voor gevonden, gezien het feit dat bijvoorbeeld Alcoholdebaas.nl anoniem via internet behandelt. Zij houden rekening met de WGBO door wel een dossier van de cliënt aan te leggen maar met de mogelijkheid de anonimiteit te behouden.

(on)Geschikte doelgroep(en)

Altrecht (2006) noemt als nadeel dat e-mental health niet geschikt lijkt voor mensen met een psychose. Zo zijn er mogelijk nog meer doelgroepen waarvoor e-mental health niet geschikt is. Te denken valt aan mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen, mensen met complexe problemen of mensen met een bordelinestoornis. Het is dus van belang dat e-mental health het huidige aanbod aanvult en niet vervangt.

Acties van de cliënt

Een ander nadeel dat wordt genoemd (De Gelderlander 2008, Baroncini 2007) is dat het voor de hulpverlener niet duidelijk is wat er gedaan wordt met de gegeven reactie. Het is onduidelijk of cliënten afspraken nakomen en/of een advies opvolgen. Brenninkmeijer, Postel en Westendorp (2007) noemen ook als nadeel dat de hulpverlener niets meer kan doen wanneer de cliënt afhaakt.

Betrekken van derden

Baroncini (2007) noemt verder dat overleggen met derden over een cliënt lastiger is. Ditzelfde geldt voor het betrekken van de sociale omgeving van de cliënt. Hij ziet dit als nadelen van e-mental health. Deze nadelen kunnen waarschijnlijk verkleind worden wanneer hulpverleners hier (creatief) mee leren omgaan. Zij zullen dan andere manieren vinden om derden te betrekken bij de hulpverlening. Zij zullen dan deze nadelen kunnen verkleinen.

Meerwaarde

Een ander nadeel dat Baroncini noemt, is dat algemeen-maatschappelijk-werkorganisaties de meerwaarde niet zien van e-mental health. Wanneer dit niet gebeurt, zal e-mental health haar intrede niet of langzaam doen, terwijl de vraag groot is.

De hulpverlener

De onduidelijkheid over de hulpverlener noemt De Gelderlander (2008) nog als nadeel. Zo is het niet altijd duidelijk of de hulpverlener een professional is. Het is ook niet gezegd dat de cliënt elke keer contact heeft met dezelfde hulpverlener. Volgens De Gelderlander (2008) is dat een nadeel van e-mental health. Dit kan namelijk invloed hebben op het vertrouwen van de cliënt in de hulpverlener en/of hulpverlening in het algemeen.

Nederlandse taal

E-mental health vereist een goede beheersing van de Nederlandse taal. Dit noemen Brenninkmeijer, Postel en Westendorp (2007) als nadeel. Het betekent namelijk dat e-mental health niet voor iedereen geschikt is.

Schriftelijke communicatie

Riper (2006) noemt een viertal nadelen. Ten eerste geeft zij aan dat het lastiger is voor hulpverleners om de emoties van de cliënt te peilen. Hulpverleners beschikken bij e-mental health niet over de non-verbale communicatie die hen hierbij kan helpen.

⁵ Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst.

Concurrentie

Het tweede nadeel dat zij noemt, is de toenemende concurrentie. In plaats van samenwerking tussen verschillende organisatie ontstaat nu concurrentie. Dit kan ten koste gaan van de hulp die een cliënt nodig heeft. Zeker wanneer het complexe problemen betreft is samenwerking tussen verschillende organisaties vaak noodzakelijk om een cliënt te kunnen helpen.

Implementatie

Ten derde noemt zij problemen bij de implementatie van e-mental health. De implementatie van e-mental health vraagt om tijd en aandacht. Wanneer dit niet beschikbaar is, kunnen er problemen ontstaan bij de implementatie.

Richtlijnen en methoden

Het laatste nadeel dat Riper (2006) noemt, is het gebrek aan richtlijnen. PAS noemt het gebrek aan structuren en richtlijnen in 2002 ook al. Ook Baroncini (2007) noemt als nadeel het gebrek aan methoden. Dit gebrek zorgt voor onduidelijkheid over de te verwachten hulpverlening; zowel voor cliënten als voor hulpverleners.

Scholing

PAS (2002) noemt dat scholing alleen gericht is op mondelinge gespreksvaardigheden. Dit is anno 2008 nog niet veranderd. PAS vindt dit nadelig voor e-mental health. Er is nu namelijk aanvullende scholing nodig voor hulpverleners als het gaat om e-mental health.

Overige nadelen

Andere nadelen die PAS (2002) noemt, zijn gebrek aan controle (iedereen kan e-mental health uitvoeren), bureaucratie (implementatie kost veel tijd) en regioproblemen (bovenregionaal werken zorgt voor problemen met financiering). Zij noemen ook het gebrek aan onderzoek naar resultaten en kwaliteit. Onderzoek naar resultaten is inmiddels enkele malen uitgevoerd en op dit gebied lopen ook onderzoeken. Gebrek aan onderzoek naar kwaliteit kan op dit moment nog steeds als nadeel genoemd worden. Het laatste nadeel dat PAS (2002) noemt, is dat het meelesen van reacties arbeidsintensief is. Binnen e-mental health gebeurt dit regelmatig, zij benoemen dat als nadeel.

4.3. Samenvatting

Het vergelijken van e-mental health met face to face-hulpverlening zorgt ervoor dat de voor- en nadelen van e-mental health duidelijk worden. Uit deze voor- en nadelen kunnen mogelijk factoren worden afgeleid die van invloed zijn op de kwaliteit. Het vergroten van de voordelen en verkleinen van de nadelen, zal de kwaliteit ten goede komen.

Het gaat te ver om alle voor- en nadelen nogmaals te noemen. Duidelijk is dat er vele voordelen worden ervaren en beschreven. Nadelen worden vooral beschreven en in minder mate ervaren. De geïnterviewden noemen vaak verschillende voor-/nadelen. Ook in de literatuur worden veel verschillende voor-/nadelen genoemd. Het is daarom lastig te zeggen welke voor- en nadelen het belangrijkste zijn. Duidelijk is wel dat de anonimiteit van e-mental health een belangrijk voordeel is.

5. Kwaliteit binnen maatschappelijk werk

In dit hoofdstuk wordt stil gestaan bij de kwaliteit binnen maatschappelijk werk. In paragraaf 1 wordt aandacht besteed aan kwaliteit en face to face-maatschappelijk werk. In de literatuur wordt gesproken over kwaliteit en maatschappelijk werk. Er wordt in de literatuur (nog) geen onderscheid gemaakt tussen maatschappelijk werk met face to face-contact en maatschappelijk werk zonder face to face-contact. In deze eerste paragraaf wordt over maatschappelijk werk gesproken zonder de toevoeging dat het om face to face-contact gaat. Immers tot voor kort was het vanzelfsprekend dat maatschappelijk werk gepaard ging met face to face-contact.

In de tweede paragraaf wordt aandacht besteed aan kwaliteit en e-mental health. Dit is een recent onderwerp waar nog weinig boeken over te vinden zijn. De informatie die ik gebruik in deze paragraaf heb ik voornamelijk verkregen uit interviews. Ik heb gesproken met Marielle Brenninkmeijer (bijlage 3), Karlijn Eijkelkamp (bijlage 4), Heleen Westendorp (bijlage 5), en Wouter Wolters (bijlage 6).

Voorafgaand aan de paragrafen worden de begrippen maatschappelijk werk en kwaliteit gedefinieerd. Maatschappelijk werk is volgens Van Dale (2008):

“maat·schap·pe·lijk [...] ~ werk hulpverlening bij aanpassingsmoeilijkheden in arbeids-, school- of ander leefmilieu.”

Van Dale (1998) geeft de volgende definitie van kwaliteit:

“’de ~ (v.); ~enñ 0.1 bepaalde gesteldheid, hoedanigheid, mate waarin iets geschikt is om voor een bepaald doel gebruikt te worden => deugdelijkheid 0.2 eigenschap 0.3 hoedanigheid, functie 0.4 goede hoedanigheid [...]”

In dit hoofdstuk wordt van kwaliteit gesproken zoals uitgelegd bij de eerste betekenis van bovenstaand citaat.

5.1. Kwaliteit en (face to face-)maatschappelijk werk

Volgens Slagter & Toren (2000) is kwaliteit per definitie niet te meten. Kwaliteit gaat namelijk om hoe iets is en is daarmee een subjectieve ervaring. Wanneer het gaat om agogisch handelen, geeft iemand hier een positieve of negatieve betekenis of waardering aan. Slagter & Toren zeggen in hun artikel dat handelen een interactief begrip is. Het gevolg volgens hen is dat de kwaliteit van dit handelen afhankelijk is van de waardering die de deelnemers hier voor hebben.

Ondanks het subjectieve karakter van kwaliteit, neemt de aandacht ervoor toe binnen maatschappelijk werk. Er wordt getracht het handelen van maatschappelijk werkers kwalitatief goed te krijgen. De Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW) is hier al jaren mee bezig. In 1990 hebben zij de beroepscode voor de maatschappelijk werker uitgegeven.

Het NVMW (2007 p.6) zegt over de beroepscode:

“In een beroepscode worden professionele waarden en normen, waaraan de uitoefening van het beroep gebonden is, vastgelegd.”

Het NVMW heeft zo een middel in handen om het handelen van maatschappelijk werkers toetsbaar te maken. Wanneer het handelen toetsbaar is, kan de kwaliteit gewaarborgd worden. Naast de beroepscode heeft de NVMW ook een beroepsprofiel van de maatschappelijk werker uitgegeven. In 2006 is deze geheel herziene uitgave van het origineel uit 1987 gepubliceerd. De NVMW (Jagt 2006 p.6) zegt hierover het volgende:

“Een beroepsprofiel wil de weergave zijn van de essentie van een beroep of professie.”

Het beroepsprofiel wordt gezien als oriëntatiepunt voor maatschappelijk werkers. Het geeft richting aan het handelen van maatschappelijk werkers; er wordt een norm gesteld voor goed handelen van maatschappelijk werkers. Deze norm is belangrijk om te kunnen concluderen of de kwaliteit van het handelen van maatschappelijk werkers goed is.

Ondanks de beroepscode en het beroepsprofiel blijft het lastig om te bepalen wanneer een maatschappelijk werker kwaliteit levert. Bootsma (2004) probeert dit in zijn boek ‘Maatschappelijk werk in model’ te verhelderen. Hij spreekt in zijn boek over zorgvuldig handelen en koppelt hier drie criteria aan. Het eerste criterium omschrijft Bootsma (2004 p.16) als volgt:

“Schenk op een evenwichtige manier aandacht aan de objectieve, sociale en subjectieve aspecten van de probleemsituatie van de cliënt. Gebruik meerdere invalshoeken om het probleem te verkennen en te ontrafelen.”

In het tweede criterium wordt de maatschappelijk werker opgelegd te zorgen voor een open en eerlijk gesprek. Het derde criterium vertelt de hulpverlener dat hij zowel bevoogding als nalatigheid moet vermijden. Wanneer een maatschappelijk werker voldoet aan deze drie criteria, dan handelt hij zorgvuldig. Zorgvuldig handelen, kan gezien worden als kwalitatief goed handelen. De drie criteria van Bootsma geven in dat geval criteria voor kwaliteit van maatschappelijk werk.

Zowel in de beroepscode, het beroepsprofiel als in ‘Maatschappelijk werk in model’ ligt de nadruk op het handelen van de maatschappelijk werker gericht op de cliënt. De interactie met de cliënt vormt inderdaad het grootste deel van de werkzaamheden van een maatschappelijk werker, echter er is meer. Zo beschrijven Dym en Nap (1998) dat een maatschappelijk werker eigenlijk vier rollen vervult. Zij noemen de volgende rollen: professional, hulpverlener, werknemer en collega. Bij al deze rollen speelt kwaliteit een rol; een maatschappelijk werker levert kwaliteit wanneer hij deze rollen goed vervult.

Dym en Nap (1998) geven aan dat elke rol door een andere partij beoordeeld wordt en er voor elke rol een andere norm geldt.

Daar waar de NVMW en Bootsma vooral kijken naar de maatschappelijk werker als professional en hulpverlener, kijken Dym en Nap nog een stap verder. De kwaliteit binnen maatschappelijk werk behelst meer dan alleen het handelen van de maatschappelijk werker. Donkers (2000) noemt in zijn artikel dat kwaliteit van maatschappelijk werk een breed en algemeen begrip is. Hij geeft aan dat dit verwijst naar een drietal onderdelen. Ten eerste wordt er verwezen naar handelingsnormen van de beroepskracht. Ten tweede noemt hij dat er verwezen wordt naar normen ten aanzien van het functioneren van de organisatie. Ten slotte wordt er volgens Donkers (2000) verwezen naar normen met betrekking tot externe voorwaarden en voorzieningen.

Donkers' inzicht sluit aan bij de ideeën van de Stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (HKZ). Deze stichting, zo zegt zij op haar website (HKZ, 2008), richt zich op duurzame kwaliteitsverbetering in zorg en welzijn. Zij certificeren onder andere maatschappelijk-werk-organisaties. Een organisatie met een HKZ keurmerk heeft bewezen dat zij kwaliteit levert en de kwaliteit van de hulp waarborgt. HKZ kijkt naar de organisatie als geheel. Zij kijken naar het primair proces, waar intake/aanmelding, uitvoering en evaluatie/nazorg onder vallen. Verder wordt er binnen dit primair proces gekeken naar professionele verantwoordelijkheid, communicatie en registratie. Daarnaast kijkt HKZ naar beleid en organisatie, personeel, onderzoek en ontwikkeling, fysieke omgeving en materiaal, diensten door derden en documenten (HKZ, 2008). Voor maatschappelijk werk zijn op deze punten normen beschreven, waaraan voldaan moet worden. Deze normen zijn alleen inzichtelijk tegen betaling. De precieze invulling is mij niet bekend. Pas wanneer een organisatie voldoet aan deze normen, wordt het HKZ keurmerk uitgegeven. Het HKZ-keurmerk betekent volgens HKZ (2008) dat:

“een organisatie de zaken intern goed op orde heeft, de klant principieel centraal stelt, betrouwbare resultaten kan presenteren, voortdurend werkt aan het verbeteren van zorg- en dienstverlening.”

Kwaliteit blijft lastig meetbaar, het is en blijft een subjectieve waardering zoals Slagter & Toren al zeiden. Toch wordt het steeds duidelijker wanneer maatschappelijk werk van goede kwaliteit is.

5.2 Kwaliteit en e-mental health

Kwaliteit van e-mental health heeft grofweg met twee verschillende onderdelen te maken. Ten eerste is er de website waar e-mental health wordt aangeboden, ten tweede is er de hulpverlening. Eerst wordt stil gestaan bij de website waar e-mental health wordt aangeboden en vervolgens bij de hulpverlening.

5.2.1. Kwaliteit en e-mental health; de websites

Organisatie, hulpverleners en doel

W. Wolters geeft aan dat de kwaliteit van een website voor e-mental health wordt vergroot, wanneer duidelijk is welke organisatie achter de website zit. In sommige gevallen gaat het om meerdere organisaties. Dan is het belangrijk om alle organisaties kenbaar te maken. Door duidelijk te maken welke organisatie(s) achter de website zit(ten), weten cliënten met wie zij te maken hebben. Daarnaast, zegt hij, is het belangrijk dat duidelijk is wie de hulpverleners zijn. Door hierover open te zijn, weten cliënten met wie zij te maken hebben. Dit verhoogt de kans op juiste verwachtingen bij de cliënt.

Verder is het volgens W. Wouters van belang dat het doel van de website duidelijk wordt genoemd. Cliënten weten in dat geval wat zij op de website kunnen vinden en wat zij kunnen verwachten van de geboden hulp. Hulpverleners weten op deze manier ook wat zij moeten bieden. Deze factor is ook af te leiden uit het nadeel dat K. Eijkelkamp noemt. Zij geeft aan dat cliënten vaak meerdere en/of complexe problemen hebben. Wanneer duidelijk is wat er geboden kan worden via e-mental health, wordt dit nadeel mogelijk verkleind.

Teksten

H. Westendorp zegt dat zij bij Alcoholdebaas.nl de teksten voor op de website hebben laten lezen door verschillende personen. Zo hebben zij de teksten onder andere laten lezen door de doelgroep en geneeskundigen. Zij geeft aan dat zij op deze manier ervoor gezorgd hebben dat de teksten goed leesbaar en begrijpelijk zijn. Volgens H. Westendorp hebben de leesbaarheid en begrijpelijkheid van teksten invloed op de kwaliteit van de website.

Informatie

In het interview met M. Brenninkmeijer noemt zij als voordeel dat hulpverleners nu up-to-date informatie geven aan cliënten. Dit voordeel speelt niet alleen in persoonlijk contact tussen hulpverlener en cliënt, maar ook voor informatie gegeven via de website. Uit dit voordeel is af te leiden dat de mate waarin informatie up-to-date is van invloed is op de kwaliteit.

Computerprogramma's

W. Wolters geeft aan dat de kwaliteit wordt beïnvloed door de gebruikte computerprogramma's. Er zijn programma's die speciaal ontwikkeld zijn voor e-mental health. Het gebruik hiervan is, volgens hem, positief voor de kwaliteit.

Anonimiteit

Drie van de vier geïnterviewden noemen anonimiteit als voordeel van e-mental health. Het is dus belangrijk of een organisatie e-mental health wel of niet anoniem aanbiedt. Hieruit is af te leiden dat de wijze waarop omgegaan wordt met anonimiteit invloed heeft op de kwaliteit. W. Wolters geeft dit ook aan in het interview.

Privacy

Hij zegt ook dat de beveiliging van de website en de daaraan gekoppelde (privacy)gevoelige informatie invloed hebben op de kwaliteit. Wanneer er gezegd wordt dat de hulp anoniem is, moeten de gegevens zo beveiligd zijn dat de hulp ook anoniem blijft.

Doelgroep

Andere factoren zijn niet genoemd in de interviews, maar kunnen naar mijn idee wel invloed hebben op de kwaliteit. Zo zal de kwaliteit beïnvloed worden door de wijze waarop de website zich richt op de doelgroep. Een website die zich richt op kinderen zal waarschijnlijk gebruik maken van kleur, afbeeldingen en woorden die kinderen begrijpen. Dit lijken voor de hand liggende acties, maar dit heeft wel invloed op de kwaliteit. Altrecht (2006) noemt als nadeel dat e-mental health niet geschikt lijkt voor mensen met psychose. Hier kan uit afgeleid worden dat het van belang is op welke doelgroep een website zich richt.

Problemen

Verder zal de wijze waarop de website zich richt op diverse soorten problemen van invloed zijn. Er valt te denken aan op welke problemen de website zich richt en hoe de website dit doet. Logischerwijs biedt een website die zich richt op problemen rondom alcohol en drugs en daar informatie en behandeling voor aanbiedt meer kwaliteit dan een website die informatie biedt over pesten en behandeling biedt bij gokproblemen.

Vormen van e-mental health

Het is niet per definitie zo dat een website met één vorm van e-mental health kwaliteit biedt. Hetzelfde geldt voor een website met alle vormen van e-mental health. Een organisatie die bewust kiest voor bepaalde vormen van e-mental health, biedt waarschijnlijk wel meer kwaliteit dan een organisatie die hier geen bewuste keuze in maakt.

Gebruiksvriendelijkheid

Het lijkt overbodig, maar een website moet zichtbaar zijn op een gemiddelde computer. Een cliënt die eerst verschillende programma's moet downloaden voordat hij de website kan bezoeken, zal snel afhaken. De laagdrempeligheid wordt daarmee namelijk verhoogd, terwijl laagdrempeligheid als voordeel wordt genoemd van e-mental health. Daarbij zal de gebruiksvriendelijkheid van een website ook invloed hebben op de kwaliteit. Gebruiksvriendelijkheid speelt ook in andere situaties een rol als het gaat om kwaliteit, dat zal bij e-mental health niet anders zijn.

Informatie

Een andere factor die de kwaliteit van e-mental health op het gebied van de website zal beïnvloeden is de betrouwbaarheid van de informatie. Dat de betrouwbaarheid van versterkte informatie de kwaliteit beïnvloedt spreekt voor zich.

Technische mogelijkheden

Uit de voor- en nadelen kunnen ook nog enkele factoren worden afgeleid. Door M. Brenninkmeijer worden de technische mogelijkheden die e-mental health biedt als voordeel genoemd. Het blijkt dus dat de wijze waarop de technische mogelijkheden gebruikt worden de kwaliteit beïnvloeden.

Internetverbinding

Bij de nadelen noemen M. Brenninkmeijer en W. Wolters dat er bij e-mental health een afhankelijkheid is van internet. Wanneer er geen toegang tot internet is kunnen er geen e-mental health werkzaamheden worden uitgevoerd. Het gevolg is dat cliënten niet geholpen kunnen worden. Dit is nadelig voor de kwaliteit van e-mental health, omdat

afspraken dan mogelijk niet nagekomen kunnen. De kwaliteit wordt dus beïnvloed door de verbinding met internet.

5.2.2. Kwaliteit en e-mental health; de hulpverlening

Certificatie

H. Westendorp geeft in het interview aan dat er vanuit Alcoholdebaas.nl alleen wordt samengewerkt met organisaties die ISO⁶ gecertificeerd zijn. Het liefst werken ze samen met organisaties die naast ISO ook HKZ⁷ gecertificeerd zijn. Dit doen zij om de kwaliteit van de hulpverlening te waarborgen. Hieruit blijkt dat de organisatie waaraan een hulpverlener verbonden is, van invloed is op de kwaliteit.

Verantwoordelijkheid

De wijze waarop een hulpverlener omgaat met zijn verantwoordelijkheid, heeft volgens W. Wolters invloed op de kwaliteit. Een hulpverlener die verantwoordelijkheid neemt bij misgelopen hulpverlening biedt volgens hem kwaliteit.

Beleid en protocollen

Verder noemt hij dat de kwaliteit wordt beïnvloed door het beleid dat een organisatie schrijft gericht op e-mental health. Ook protocollen hebben invloed volgens W. Wolters. Beleid en protocollen zorgen ervoor dat hulpverleners weten wat zij moeten doen. Wanneer er beleid en protocollen zijn, kunnen hulpverleners ook gecontroleerd worden. Pas wanneer controle mogelijk is, kan er gezegd worden of iets goed of niet goed is.

Effectiviteit en efficiency

Een andere factor die W. Wolters noemt, is de mate waarin het doel wordt bereikt. Hij zegt dat kwaliteit in methodisch opzicht bereikt wordt wanneer de hulpverlener snel het probleem heeft gevonden. Naast effectiviteit noemt W. Wolters ook efficiency als voordeel. Hier is uit af te leiden dat ook de tijd die wordt besteed aan het helpen van een cliënt, invloed heeft op de kwaliteit.

Opleiding, begeleiding en ondersteuning

De factor die alle vier de geïnterviewde personen noemen, is opleiding. Alle vier de geïnterviewden geven aan dat de opleiding van de hulpverlener van invloed is op de kwaliteit. Verder noemen drie van de vier dat de kwaliteit wordt beïnvloed door de begeleiding en ondersteuning die een hulpverlener ontvangt.

Randvoorwaarden

H. Westendorp geeft aan dat de randvoorwaarden voor de hulpverlener goed geregeld moeten zijn, wil de hulpverlener kwaliteit kunnen leveren. Zij zegt dat de werkplek van invloed is op de kwaliteit. M. Brenninkmeijer vult dit aan. Zij zegt dat de tijd die een hulpverlener krijgt voor de e-mental health werkzaamheden ook van invloed is op de kwaliteit.

Verder noemt H. Westendorp dat afspraken die gemaakt worden over de uitvoering van e-mental health de kwaliteit beïnvloeden. Als voorbeeld noemt zij de reactietijd bij Alcoholdebaas.nl. De reactietijd is daar drie dagen. Het is niet te zeggen wat de beste

⁶ International Organization for Standardization

⁷ Stichting harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector.

reactietijd is. Het is echter wel voor de te stellen dat een reactietijd van bijvoorbeeld vijftien dagen de kwaliteit niet ten goede komt.

Wetten en regels

Zij geeft ook aan dat er rekening gehouden moet worden met wetten en regels. Er gelden bijvoorbeeld in de verslavingszorg regels, waar Alcoholdebaas.nl zich aan moet houden. Wanneer een hulpverlener zich houdt aan deze regels, komt dit de kwaliteit ten goede, zo zegt zij.

Onderzoek

Zowel H. Westendorp als W. Wolters noemen onderzoek als factor die de kwaliteit beïnvloed. Door onderzoek uit te voeren naar e-mental health wordt duidelijk wat goed en wat minder goed is. Vervolgens kan e-mental health verbeterd worden.

Miscommunicaties

M. Brenninkmeijer geeft in het interview aan dat hulpverleners miscommunicaties moeten voorkomen. Bij face to face-hulpverlening begrijpen cliënt en hulpverlener elkaar soms niet door het gebruik van dubbelzinnige woorden. Bij e-mental health is het van belang dit te voorkomen door reacties te schrijven die voor één uitleg vatbaar zijn. Bij e-mental health is een hulpverlener beter in staat zichzelf hierop te controleren. Miscommunicaties hebben volgens haar een negatieve invloed op de kwaliteit van e-mental health. De wijze waarop omgegaan wordt met miscommunicaties is dus van invloed.

Opslaan en evalueren

Uit de voor- en nadelen kunnen ook nog enkele factoren worden afgeleid. Door W. Wolters wordt als voordeel genoemd dat e-mental health mogelijkheden biedt voor het opslaan en evalueren van de hulpverlening. Dit is mogelijk door de techniek. Het is dus van belang hoe de hulpverlening opgeslagen en geëvalueerd wordt.

Vrijwilligers en hulpverleners

W. Wolters noemt ook dat e-mental health mogelijkheden biedt voor vrijwilligers met lichamelijke beperkingen. Dit geldt ook voor hulpverleners. Het gevolg is dus dat het aanbod van vrijwilligers en hulpverleners groeit. De kwaliteit van e-mental health wordt mede bepaald door de vrijwilligers en/of hulpverleners. Het is dus van belang dat organisaties deze brede groep potentiële vrijwilligers en hulpverleners benaderen wanneer zij op zoek zijn naar vrijwilligers en hulpverleners.

Lichamelijke klachten

M. Brenninkmeijer noemt als nadeel dat de kans op RSI-klachten groter is. Dit nadeel kan tot gevolg hebben dat hulpverleners uitvallen. Uitval van hulpverleners brengt de continuïteit van de hulpverlening gevaar. De wijze waarop omgegaan wordt met het risico op RSI-klachten is daarom van invloed op de kwaliteit.

Protocollen

Het werken volgens een strak protocol wordt door H. Westendorp als een mogelijk nadeel gezien. De manier waarop hulpverleners tegen het werken volgens protocollen aankijken, zal dus invloed hebben op de kwaliteit.

Financiering

Verder worden in de literatuur nog een viertal voor-/nadelen genoemd waaruit factoren af te leiden zijn. Ten eerste de problemen rondom de financiering (Riper 2006). De onzekerheid over de financiering zorgt ook voor onzekerheid over de continuïteit. Daarbij is het van belang hoeveel geld er beschikbaar is. Wanneer er weinig geld is, kan een organisatie ook weinig tijd steken in e-mental health. Dit heeft weer invloed op de kwaliteit.

Concurrentie

De toenemende concurrentie wordt door Riper (2006) genoemd. Concurrentie kan ervoor zorgen dat de beste overblijven, wat positief is voor de kwaliteit. Concurrentie kan er ook voor zorgen dat de samenwerking tussen organisaties verslechterd. Binnen de (openbare) geestelijke gezondheidszorg is samenwerking regelmatig noodzakelijk. Een soepele samenwerking verhoogt dan de kwaliteit van de hulpverlening. Duidelijk is dat concurrentie de kwaliteit van e-mental health beïnvloed.

Standaardteksten

Ten derde noemen Brenninkmeijer, Postel en Westendorp (2007) dat e-mental health voorkomt dat de hulpverlener blijft herhalen. Herhaling kan verveling of irritatie opwekken bij de hulpverlener en kost hem energie. E-mental health biedt de mogelijkheid om standaardteksten te gebruiken. Hierdoor kan de hulpverlener zijn energie steken in het persoonlijke contact met de cliënt. Het gebruik van standaardteksten is dus van invloed op de kwaliteit.

Zorgvuldig handelen

Ten slotte nog een factor die genoemd wordt door Bootsma (2004). Hij heeft in zijn boek drie criteria geformuleerd voor zorgvuldig handelen. Deze drie criteria (paragraaf 5.1) kunnen ook toegepast worden bij e-mental health. Gezegd kan worden dat de wijze waarop een hulpverlener zorgvuldig handelt van invloed is op de kwaliteit van e-mental health.

5.3. Samenvatting

Om kwaliteit te bieden binnen (face to face-)maatschappelijk werk is de beroepscode en het beroepsprofiel ontwikkeld. Wanneer maatschappelijk werkers zich houden aan de code en werken volgens het profiel, leveren zij kwaliteit. Wanneer het handelen van de maatschappelijk werker nader bekeken wordt, kunnen de drie criteria voor zorgvuldig handelen van Bootsma gehanteerd worden. Deze drie criteria houden in dat de maatschappelijk werker evenveel aandacht besteedt aan de objectieve, subjectieve en normatieve kant van het verhaal van de cliënt, zorgt voor een open en eerlijk gesprek en bevoogding en nalatigheid vermijdt.

Dym en Nap (1998) wijzen er op dat een maatschappelijk werker meerdere rollen vervult. Zij geven aan dat elke rol wordt beoordeeld door iemand anders en voor elke rol eigen normen gelden. Naast deze rollen heeft kwaliteit binnen (face to face-)maatschappelijk werk ook betrekking op andere aspecten. Donkers (2000) verdeelt kwaliteit binnen maatschappelijk werk in drie aspecten. HKZ gaat nog een stapje verder, zij beoordelen organisaties tegenwoordig op negen aspecten voordat zij hun keurmerk toekennen. De negen aspecten die HKZ bekijkt zijn: aanmelding/intake, uitvoering en registratie, beleid

en organisatie, personeel, onderzoek en ontwikkeling, fysieke omgeving en materiaal, diensten door derden en documenten.

Wanneer het gaat om e-mental health zijn er grofweg twee onderdelen die van invloed zijn op de kwaliteit. Ten eerste de website waar e-mental health wordt aangeboden en ten tweede de hulpverlening die aangeboden wordt. Van invloed op de kwaliteit van de website zijn de organisatie die achter de website zit, of duidelijk is wie de hulpverleners zijn en wat het doel is. Verder zijn de leesbaarheid en begrijpelijkheid, het up-to-date zijn van informatie en de gebruikte computerprogramma's factoren die een rol spelen. De omgang met anonimiteit en de beveiliging van de website en gegevens zijn ook factoren die invloed hebben. Daarnaast spelen de wijze waarop de website zich richt op de doelgroep en de soorten problemen en de keuze voor de vormen van e-mental health een rol. Andere factoren die van invloed zijn, zijn de zichtbaarheid op een gemiddelde pc, de gebruiksvriendelijkheid en de betrouwbaarheid van de informatie. Het gebruik van technische middelen en de verbinding met internet hebben ook invloed.

Er zijn ook factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van de hulpverlening. Enkele van deze factoren zijn de organisatie achter de hulpverlener, de omgang met verantwoordelijkheid, beleid, protocollen, effectiviteit en efficiency. Verder spelen de opleiding van de hulpverlener, de begeleiding en ondersteuning, de werkplek en de tijd voor de werkzaamheden ook een rol. Daarnaast wordt de kwaliteit beïnvloed door de afspraken over de uitvoering, wetten en regels waar rekening meegehouden moet worden en onderzoek. Verder zijn de omgang met miscommunicaties en het opslaan en evalueren van de hulpverlening factoren die de kwaliteit beïnvloeden. Het aanbod van vrijwilligers en hulpverleners is ook een factor die een rol speelt. Verder hebben de ideeën over werken volgens protocollen, hoeveelheid geld, concurrentie, het gebruik van standaardteksten en zorgvuldigheid van handelen ook invloed op de kwaliteit.

6. Conclusie

Het doel van mijn onderzoek was om richtlijnen op te stellen voor kwalitatief handelen rondom e-mental health. Om dit doel te bereiken heb ik de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

“Welke factoren zijn van invloed op de kwaliteit van hulpverlening via internet?”

Deze vraag heb ik beantwoord met behulp van literatuuronderzoek en een aantal interviews. Ik heb vier interviews gehouden met personen die ieder op hun eigen wijze betrokken zijn bij e-mental health. De resultaten van mijn onderzoek staan in de voorgaande hoofdstukken beschreven.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat en worden conclusies getrokken. In paragraaf 2 worden de richtlijnen geformuleerd. Mijn visie wordt beschreven in paragraaf 3. Tenslotte worden enkele aanbevelingen in paragraaf 4 genoemd.

6.1 Samenvatting en conclusie

6.1.1. Samenvatting

Hulpverlening via internet wordt ook e-mental health genoemd. Het Trimbos Instituut (Riper e.a. 2007 p.20) definieert e-mental health als volgt:

“E-health wordt gedefinieerd als het gebruik van ICT en met name internettechnologie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Gebaseerd op deze definitie wordt in dit rapport het begrip e-mental health gehanteerd om het gebruik van ICT voor de geestelijke gezondheidszorg te kenmerken. Deze definitie komt overeen met de definiëring van e-mental health in de internationale literatuur.”

E-mental health is er in verschillende vormen. De vormen informatie verstrekken, zelftesten, lotgenotencontact, e-mailcontact, chatcontact en behandeling staan beschreven in paragraaf 3.2. E-mental health heeft vele voor- en nadelen (hoofdstuk 4). Vanuit de praktijk komen vooral de voordelen naar voren. In de literatuur zijn zowel de voor- als nadelen terug te vinden. Het vergroten van de voordelen en verkleinen van de nadelen zal een gunstig effect hebben op de kwaliteit van e-mental health. Het is daarom van belang om de voor- en nadelen helder te hebben. Uit de voor- en nadelen zijn factoren af te leiden die invloed hebben op de kwaliteit (hoofdstuk 5).

Kwaliteit is een subjectief begrip, toch wordt kwaliteit steeds beter meetbaar. Zo is men het tegenwoordig aardig eens over de normen voor goede hulpverlening binnen face to face-maatschappelijk werk. Deze normen staan onder andere beschreven in de beroepscode en het beroepsprofiel van de NVMW. In de interviews is gesproken over de kwaliteit van e-mental health. De geïnterviewden hadden hier veel over te vertellen. De uitkomsten van deze interviews zijn onder andere te lezen in paragraaf 5.2.2.

6.1.2. Conclusie

Het antwoord op de onderzoeksvraag lijkt makkelijker gegeven dan het is. Uit mijn onderzoek blijkt dat kwaliteit de mate is waarin iets goed is. Wanneer iets goed is wordt bepaald door personen en personen verschillen daarover regelmatig van mening. Kwaliteit is dus een subjectief begrip.

Desondanks heb ik verschillende factoren gevonden die invloed hebben op de kwaliteit van hulpverlening via internet. Ten eerste zijn er factoren die te maken hebben met de website en de daaraan verbonden computerprogramma's. Het gaat dan om de volgende factoren:

- De wijze waarop de achterliggende organisatie wordt gepresenteerd.
- De wijze waarop de hulpverleners worden gepresenteerd.
- De wijze waarop het doel van de website wordt gepresenteerd.
- De leesbaarheid en begrijpelijkheid van de op de website gepubliceerde teksten.
- De mate waarin de website up-to-date is.
- De gebruikte computerprogramma's ter ondersteuning van de website.
- De wijze waarop met anonimiteit wordt omgegaan.
- De beveiliging van de website en de daaraan gekoppelde (privacygevoelige) informatie.
- De wijze waarop de website gericht is op de doelgroep.
- De wijze waarop de website gericht is op diverse soorten problemen.
- De aangeboden vormen van e-mental health.
- De wijze waarop de website zichtbaar is op een gemiddelde computer.
- De gebruiksvriendelijkheid van de website.
- De betrouwbaarheid van de op de website gepubliceerde informatie.
- De wijze waarop gebruik gemaakt wordt van technische mogelijkheden.
- De internetverbinding.

Ten tweede zijn er factoren die te maken hebben met de hulpverlening. Op dit gebied zijn de volgende factoren van invloed:

- De wijze waarop een hulpverlener verbonden is aan een organisatie.
- De wijze waarop een hulpverlener omgaat met zijn verantwoordelijkheid.
- Het beleid gericht op e-mental health.
- De protocollen voor e-mental health.
- De mate waarin het doel wordt bereikt.
- De mate van efficiency.
- De opleiding die een hulpverlener heeft gevolgd om zijn werkzaamheden op het gebied van e-mental health uit te voeren.
- De wijze waarop een hulpverlener begeleiding en ondersteuning ontvangt.
- De werkplek van een hulpverlener.
- De tijd die een hulpverlener toebedeeld heeft gekregen voor zijn werkzaamheden op het gebied van e-mental health.
- De afspraken over de uitvoering van de verschillende vormen van e-mental health.
- De wijze waarop de hulpverlening wordt opgeslagen.

- De wijze waarop de hulpverlening wordt geëvalueerd
- Het aanbod van vrijwilligers en hulpverleners.
- De wijze waarop omgegaan wordt met het risico op RSI-klachten.
- De ideeën over werken volgens protocollen.
- De hoeveelheid geld die beschikbaar is.
- De concurrentie tussen (openbare) geestelijke gezondheidsorganisaties.
- De wijze waarop gebruik gemaakt wordt van standaardteksten.
- De wijze waarop er met bestaande wetten en regels om wordt gegaan.
- De wijze waarop e-mental health wordt onderzocht.
- De wijze waarop omgegaan wordt met miscommunicaties.
- De wijze waarop een hulpverlener zorgvuldig handelt.

In mijn onderzoek heb ik ook stil gestaan bij de kwaliteit van het huidige (face to face-)maatschappelijk werk. Ik ben tot de conclusie gekomen dat kwaliteit van face to face hulpverlening van overeenkomstige factoren afhangt als de kwaliteit van hulpverlening via internet. Ter illustratie noem ik enkele factoren die in beide gevallen invloed hebben. Dit zijn opleiding van de hulpverleners, dossiervorming, bewaken van privacy, keuzes rondom doelgroep en probleemgebieden, beleid en protocollen. Wanneer het gaat om hulpverlening via internet komen er echter factoren bij die te maken hebben met de website.

Ik heb naar aanleiding van mijn bevindingen richtlijnen opgesteld. De beroepsgroep van maatschappelijk werkers kan deze richtlijnen gebruiken wanneer zij zich richten op e-mental health. Daarnaast hoop ik dat mijn richtlijnen aanleiding zijn voor verder onderzoek. Het zou goed zijn voor de ontwikkeling van e-mental health wanneer dergelijke richtlijnen worden opgesteld door een erkende organisatie. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk werkers.

6.2. Richtlijnen voor kwalitatief handelen rondom e-mental health

Naar aanleiding van mijn onderzoek en de daaruit getrokken conclusies, heb ik de volgende richtlijnen geformuleerd.

- Bekijk e-mental health als aanvulling op het bestaande hulpverleningsaanbod.
- Het toevoegen van e-mental health aan het hulpverleningsaanbod vraagt om een verandering in de processen van een organisatie.
- Het toevoegen van e-mental health aan het hulpverleningsaanbod vraagt om een verandering in de cultuur van een organisatie.
- Zorg voor een continue financiering.
- Bekijk concurrentie als gezond, maar behoudt de samenwerking met andere organisaties.
- Schrijf beleid gericht op e-mental health.
- Stel protocollen op voor e-mental health.
- Houd rekening met wetten.
- Houd rekening met regels die gelden in de sector.

- Bereik doelen zo effectief en efficiënt mogelijk.
- Maak bewust keuzes over de aan te bieden vormen van e-mental health.
- Maak bewust keuzes over de doelgroep waar de website zich op richt.
- Maak bewust keuzes over de problemen waar de website zich op richt.
- Betrek lichamelijk beperkte hulpverleners in het aanbod van hulpverleners.
- Zorg dat hulpverleners een specifieke opleiding/training volgen.
- Zorg voor begeleiding en/of ondersteuning voor hulpverleners.
- Geef hulpverleners een bepaald aantal uren voor e-mental health werkzaamheden.
- Zorg voor een rustige werkplek voor e-mental health hulpverleners.
- Zorg dat het risico op RSI-klachten voor de hulpverleners nihil is.
- Neem de beroepscode en het beroepsprofiel van de NVMW in acht.
- Neem verantwoordelijkheid waar nodig.
- Zorg voor evenredig veel aandacht voor de objectieve, subjectieve en normatieve kant van het verhaal van de cliënt.
- Zorg voor een open en eerlijk (internet)gesprek.
- Vermijd bevoogding en nalatigheid.
- Zorg dat op de website organisatie, hulpverleners en doel zichtbaar zijn.
- Zorg voor heldere, begrijpelijke teksten op de website.
- Zorg dat duidelijk is (ook voor de cliënt) wie cliëntdossiers mag inzien.
- Maak gebruik van specifieke computerprogramma's voor e-mental health.
- Maak gebruik van de technische mogelijkheden.
- Maak gebruik van standaardteksten.
- Houdt de informatie up-to-date.
- Zorg voor een continue internetverbinding.
- Zorg voor een gebruiksvriendelijke website.
- Verstrek betrouwbare informatie.
- Beveilig de website en dossiers.
- Zorg dat privacy gegarandeerd is.
- Waar mogelijk, voer onderzoek uit naar e-mental health.

6.3. Discussie

6.3.1. Mijn visie

De uitkomsten van mijn onderzoek roepen niet direct discussies op. Ik heb een onderzoek gedaan naar factoren die invloed hebben op de kwaliteit. Naar aanleiding van deze factoren heb ik richtlijnen opgesteld. Deze richtlijnen zijn gebaseerd op mijn onderzoek. Ik ben dus van mening dat alle geformuleerde richtlijnen van belang zijn. Ditzelfde geldt voor de factoren die ik gevonden heb. Ik ben van mening dat al deze factoren de kwaliteit van e-mental health beïnvloeden. Een discussie kan mogelijk ontstaan over het belang van één van de factoren. In deze paragraaf wil ik echter niet bij elke factor stil staan.

Over de voor- en nadelen die ik besproken heb, zal sneller discussie ontstaan. Er zijn veel voordelen voor e-mental health in vergelijking met face to face-hulpverlening, maar ook veel nadelen. Ik denk daarom dat e-mental health een aanvulling is op het bestaande aanbod van face to face-hulpverlening en geen vervanging. E-mental health is niet in alle

situaties geschikt volgens mij. Op dit moment wordt e-mental health binnen Nederland bijna alleen aangeboden in de Nederlandse taal. De groep mensen die in Nederland woont, hulp zoekt en de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheerst is echter aanzienlijk. Deze groep mensen heeft recht op hulp en in het contact met deze mensen is non-verbale communicatie onmisbaar. Op dit gebied liggen, denk ik kansen. Het aanbieden van e-mental health in andere talen, vergroot het bereik van deze vorm van e-mental health. Mogelijk kan de techniek hierbij een rol spelen wanneer er een goed en snel vertaalprogramma wordt uitgevonden. Want wat zou het handig zijn als ieder in zijn eigen taal kan schrijven en een computerprogramma dit vertaalt. Voor nu is dit nog toekomst, maar wie weet wordt het werkelijkheid.

Er zijn ook andere doelgroepen waarbij e-mental health minder geschikt lijkt. Cliënten met psychoses, verstandelijk beperkte cliënten of cliënten met borderline. Allemaal stoornissen die in de weg kunnen staan bij hulpverlening via internet. Aan de ene kant bereikt e-mental health dus niet alle doelgroepen, aan de andere kant worden er nieuwe doelgroepen bereikt. E-mental health is dus een aanvulling op het bestaande hulpverleningsaanbod. Het doel is naar mijn idee namelijk om zoveel mogelijk mensen hulp te bieden.

Het dilemma bij e-mental health op dit moment lijkt anonimiteit versus financiering. Anonimiteit blijkt zeer belangrijk bij e-mental health. Er is geen face to face-contact nodig en een cliënt kan dus anoniem blijven. Een cliënt die anoniem kan blijven, durft eerder hulp te zoeken en is opener over zijn problemen. Anonimiteit lijkt dus het paradepaardje van e-mental health. Tegelijkertijd lijkt die anonimiteit het grootste probleem te veroorzaken; de financiering. Zowel verzekeraars als gemeenten betalen niet voor personen die niet hun klanten/inwoners zijn. Wel de lasten niet de baten, zo werkt het niet voor hen. De vraag blijft dan: 'Hoe wordt e-mental health gefinancierd?' Momenteel worden er wel oplossingen gevonden voor dit probleem. Het zijn alleen vaak oplossingen van tijdelijke aard. Door dit tijdelijke karakter blijft er onzekerheid. Deze onzekerheid is niet bevorderlijk voor e-mental health. Organisaties investeren niet graag in iets waarvan niet zeker is of men het kan blijven uitvoeren. Er is dus een structurele oplossing nodig. Als er structureel geld is voor e-mental health, kan er geïnvesteerd worden. Dit zorgt voor verdere ontwikkeling van e-mental health. Gezien de positieve resultaten van verschillende onderzoeken is dit een goede zaak. E-mental health blijkt effectief. Het lijkt dus nuttig deze methode in te zetten en zoveel mogelijk te gebruiken om mensen te helpen bij hun problemen.

Op het gebied van e-mental health loopt Nederland voorop. In België komt de belangstelling voor e-mental health op gang. In andere landen om ons heen wordt e-mental health nog maar op zeer kleine schaal toegepast (Wolters 2008).

Als het gaat om e-health loopt Nederland achter. In de Verenigde Staten en Australië kwam e-health ongeveer twintig jaar geleden opzetten (Maheu 2000). De noodzaak voor het gebruik van technische ontwikkelingen is daar groter vanwege de afstanden. In Nederland zijn de afstanden relatief klein, toch is e-health ook hier in opkomst. Er zijn

verschillende projecten opgezet en uitgevoerd, onder andere het KOALA⁸-project (Rijkom 2008). Net als e-mental health krijgt ook e-health steeds meer aandacht in Nederland. Het blijkt dus dat zowel e-health als e-mental health in opkomst zijn. Onderzoek naar deze vormen van hulpverlening worden steeds vaker uitgevoerd.

De opkomst van e-mental health biedt ook voor het maatschappelijk kansen.

Maatschappelijk werkers zijn gewend om te werken met alleen woorden. Deze vaardigheid is bij e-mental health van groot belang. Maatschappelijk werkers zijn dus bij uitstek professionals die ingezet kunnen worden bij deze vorm van hulpverlening. Naar aanleiding van mijn stage-ervaringen weet ik dat mensen regelmatig bij het algemeen maatschappelijk werk aankloppen omdat zij niet weten waar zij terecht kunnen. Maatschappelijk werkers beschikken over een goede sociale kaart en kunnen cliënten vaak de juiste weg wijzen. Deze vorm van hulp kan een maatschappelijk werker naar mijn idee prima bieden via internet. Een cliënt kan dan zijn vraag stellen via bijvoorbeeld e-mail in plaats van bellen of langskomen. Wat mij betreft een kans voor het maatschappelijk werk.

Eén van de kenmerken van het algemeen maatschappelijk werk is de laagdrempeligheid. Dit is ook één van de kenmerken van e-mental health. Wanneer maatschappelijk werk via internet aangeboden wordt, wordt de drempel dus nog lager. Aangezien maatschappelijk werkers streven naar het bieden van laagdrempelige hulp, moeten ze wat mij betreft de mogelijkheden van e-mental health benutten. Wanneer zij dit doen, zullen zij nog beter in staat zijn laagdrempelige hulp aan te bieden.

Ik denk dat ook een andere discussie opgang kan komen naar aanleiding van mijn onderzoek. Dat is de discussie over het gebruik van richtlijnen binnen het maatschappelijk werk. Ik ben van mening dat richtlijnen nodig zijn om kwaliteit te kunnen bieden. Door richtlijnen is het werk van maatschappelijk werkers te controleren. Wanneer er overeenstemming is binnen de beroepsgroep, is bekend wat er verwacht wordt van een maatschappelijk werker. Behalve dat dit houvast geeft voor een maatschappelijk werker; bieden richtlijnen ook duidelijkheid voor de cliënt. Het werk van maatschappelijk werkers wordt door het gebruik van richtlijnen inzichtelijker. Dit zorgt er mede voor dat maatschappelijk werkers kunnen laten zien wat zij doen. Wanneer maatschappelijk werkers dit kunnen, kunnen zij zich beter profileren in een samenleving waar marktwerking een steeds grotere rol speelt.

6.3.2. Evaluatie van mijn onderzoek

Ik ben van mening dat mijn onderzoek betrouwbaar is in de aangegeven richting en richtlijnen. Mijn conclusie is dat e-mental health in opkomst is. Protocollen en richtlijnen zijn noodzakelijk bij de verdere ontwikkeling van e-mental health. Mijn verwachting is dat wanneer dit onderzoek over een aantal jaar weer uitgevoerd wordt, deze conclusie ook getrokken wordt. Ik verwacht wel dat er over een aantal jaar andere aandachtspunten naar boven komen. Dit heeft voornamelijk te maken met de fase waarin e-mental health

⁸ Kijken Op Afstand Logisch Alternatief. Project uitgevoerd door (wijk)verpleegkundigen in Groningen.

momenteel verkeert. E-mental health is een relatief nieuwe vorm van hulpverlening en is in ontwikkeling. Er zijn verschillende onderzoeken gaande op het gebied van e-mental health, welke op termijn mogelijk nieuwe inzichten geven. Daarnaast gaan de ontwikkelingen op het gebied van internet en andere vormen van ICT in rap tempo verder. De aandachtspunten die naar voren komen in onderzoeken kunnen dus ook snel veranderen.

In het onderzoek dat ik uitgevoerd heb, heb ik mij gericht op de meest voorkomende vormen van e-mental health. Wanneer e-mental health wordt vervangen door een andere vorm van hulpverlening zijn de richtlijnen grosso modo ook bruikbaar. Enkele richtlijnen zullen niet altijd van toepassing zijn, maar de meeste richtlijnen zullen in meerdere situaties bruikbaar zijn. Een organisatie die zich nu richt op volwassenen met alcoholproblemen en zich ook wil gaan richten op jongeren met alcoholproblemen, kan de richtlijnen gebruiken bij het opzetten van deze tak van hulpverlening. Ook in die situatie zullen de richtlijnen handvatten bieden voor kwaliteit. Naar mijn idee zijn mijn uitkomsten dus al gegeneraliseerd.

Tijdens mijn onderzoek heb ik gemeten wat ik wilde meten. Echter de bronnen die ik daarvoor tot mijn beschikking had, waren gering. Ook hier speelt mee dat e-mental health een relatief nieuwe vorm van hulpverlening is, waarover nog weinig literatuur beschikbaar is. Ondanks dat ben ik van mening dat mijn onderzoek wel valide is.

Ik ben van mening dat mijn onderzoek bruikbaar is. E-mental health is in ontwikkeling, er is relatief weinig literatuur en veel belangstelling. Mijn onderzoek en de richtlijnen geven organisaties en maatschappelijk werkers handvatten wanneer zij zich willen richten op e-mental health. Het biedt hen een overzicht van onderwerpen waar zij aandacht aan kunnen besteden wanneer zij e-mental health (willen) toepassen. Naar mijn idee is een dergelijk overzicht zeer bruikbaar, als richtlijn bij het opstarten of als checklist in een later stadium. Vervolg onderzoek gericht op verdieping van de door mij genoemde richtlijnen is gewenst.

Al met al denk ik dat ik een redelijk onderzoek heb uitgevoerd. Ik ben tevreden over mijn onderzoek. Ik ben er achter gekomen welke factoren invloed hebben op de kwaliteit van e-mental health. Desondanks zal kwaliteit altijd voor een deel af blijven hangen van de persoonlijke mening van een persoon. Mogelijk had ik een nog completer beeld kunnen geven door het aantal interviews te vergroten.

6.4. Aanbevelingen

Naar aanleiding van mijn onderzoek wil ik een aantal aanbevelingen doen.

De financiering van e-mental health is eind 2008 nog steeds lastig. Mijn voorstel is dat de financiering van e-mental health door het rijk en de zorgverzekeraars samen wordt opgepakt. Het ministerie van VWS zou hier geld beschikbaar voor kunnen stellen. Of elke gemeente wordt verplicht een bepaald bedrag per inwoner van de gemeente af te staan voor de financiering van e-mental health. Daarnaast zou elke zorgverzekeraar een bedrag af moeten staan om e-mental health te financieren. Dit bedrag zou afhankelijk moeten zijn van het aantal verzekerden. Op deze manier kan er een 'pot' met geld ontstaan waaruit e-mental health gefinancierd kan worden. Continue financiering zorgt voor continuïteit van e-mental health.

Ik wil organisaties die hulpverleners opleiden aanbevelen om aandacht te besteden aan e-mental health. E-mental health gaat een vaste plek krijgen in het hulpverleningsaanbod, dan moet e-mental health ook een vaste plek krijgen in de opleidingen. Ik pleit ervoor dat er een vak e-mental health komt binnen alle opleidingen gericht op de geestelijke gezondheidssector. De precieze invulling van dit vak zal nader bepaald moeten worden. Ik zou hier verschillende organisaties die bezig zijn met e-mental health bij betrekken. Deze organisaties weten wat belangrijk is op dit gebied en kunnen naar mijn idee een goed lespakket samenstellen.

Een andere aanbeveling is verder onderzoek. Ik zou graag verder onderzoek zien naar aanleiding van de door mij opgestelde richtlijnen (zie paragraaf 6.2). Ik vind het van belang dat er richtlijnen worden opgesteld voor kwaliteit rondom e-mental health. Het is daarom belangrijk dat een daarvoor bevoegde organisatie richtlijnen opstelt. In dat geval moeten geestelijke gezondheidsorganisaties zich ook houden aan deze richtlijnen wanneer zij een vorm van e-mental health aan (willen) bieden.

Ik wil ook aanbevelen om een organisatie te benoemen die e-mental health websites controleert. Naar mijn idee is het belangrijk dat zij een overzicht hebben van alle websites binnen Nederland gericht op e-mental health. Verder zou deze organisatie toezicht moeten houden op deze websites. Daarnaast zou zij deze websites moeten kunnen controleren. Deze controle kan mogelijk aan de hand van richtlijnen of andere kwaliteitseisen. Zo wordt de kwaliteit van e-mental health naar mijn idee gewaarborgd.

Literatuurlijst

Boeken

- Bootsma, J. (2004). *Maatschappelijk werk in model: Over zorgvuldig hulpverleners en de drievoudige professionaliteit van maatschappelijk werkers* (tweede druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Dym, S. & J. Nap. (1998). *Over kwaliteit gesproken; Gestolde ervaringen van veranderen en verbeteren in organisaties voor Algemeen Maatschappelijk Werk*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Jagt, N. (2006). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.
- Keizer, H., M. Postel, H. Westendorp, M. Brenninkmeijer & Tactus Verslavingszorg. (2007). *Ontwikkeling Alcoholdebaas.nl, Internetbehandeling: Resultaten Scoren 2007*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Nederlands Vereniging van Maatschappelijk Werkers. (2007). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.
- Riper, H., F. Smit, R. van der Zanden, B. Conijn, J. Kramer & K. Mutsaers. (2007). *E-Mental Health: High Tech, High Touch, High Trust: Programmeringsstudie E-Mental Health in opdracht van het ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Steehouder, M. e.a. (2006). *Leren communiceren: Handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie* (vijfde druk). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Sterkenburg, P.G.J. van & M.E. Verburg. (1996). *Van Dale: Handwoordenboek Hedendaags Nederlands* (tweede druk). Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie.
- Verhoeven, N. (2008). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (tweede druk). z.p.: Boomonderwijs.

Artikelen

- Baroncini, B. (2007). Jongeren zitten liever op internet dan in de spreekkamer. *Maatwerk*, 2007, nr. 5, pp. 18-21.
- Brenninkmeijer, M., M. Postel & H. Westendorp. (2007). Internethulpverlening verdient volwaardige plaats: Van de drank via Alcoholdebaas.nl. *Sozio: vakblad voor sociale en pedagogische beroepen*, 2007, nr. 78, pp. 34-39.
- Donkers, G. (2000). Kwaliteitsnormering van maatschappelijk werk: Discussiebijdrage vanuit een agogische optiek. *Kwaliteit van agogisch handelen*, 2000, pp. 167-179.
- Hardeman, E. (2006). Financiering e-health: Verzekeraars willen niet betalen voor anonieme klanten. *PSY*, 2006, nr. 8, pp. 32-33.
- Riper, H. (2006). Binnen tien jaar is de ggz digitaal. *PSY*, 2006, nr. 8, pp. 24-26.
- Slagter, M. & K. Toren. (2002). Competenties, kwaliteit en professionalisering. *Kwaliteit van agogisch handelen*, 2000, pp. 193-207.

Online documenten

- Altrecht. (2006). *Voorloper op het gebied van e-health*.
<http://www.altrecht.nl/www/bestanden/pagina/bestanden/Jaarkrant%202006%20def.pdf>. Geraadpleegd op 30-09-2008.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2008). *ICT gebruik van personen naar persoonskenmerken*.
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71098ned&D1=0-14&D2=0-2&D3=a&HD=080506-1314&HDR=G1,G2&STB=T>. Geraadpleegd op 20-10-2008.
- Dale, Van. (2008). *Woordenboek*.
<http://www.vandale.nl/vandale/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=maatschappelijk>. Geraadpleegd op 15-10-2008
- E-hulp. (z.j.). *Wat is online hulp*. <http://www.e-hulp.nl/watisonlinehulp.html>. Geraadpleegd op 30-09-2008
- Gelderlander, De. (2008). *'In een chatsessie praten mensen makkelijker over schaamte en schuld': Ria biedt hulp via chat in volzinnen*.
<http://han2.windesheim.nl/han/LexisNexisNewsportal/newsportal.lexisnexus.nl/windesheim/>. Geraadpleegd op 30-09-2008.
- HKZ. (z.j.). *HKZ Keurmerk*. <http://www.hkz.nl/content/view/1514/1351/>. Geraadpleegd op 15-10-2008
- Jellinek. (z.j.). *Jellinek*. <http://www.jellinek.nl/>. Geraadpleegd op 30-09-2008
- Jutters, de, Indigo, RIAGGz over de IJssel, Korrelatie & Trimbos Instituut. (z.j.). *Welkom op de website grip op je dip*. <http://www.gripopjedip.nl/>. Geraadpleegd op 30-09-2008
- Kindertelefoon, de. (z.j.). *De kindertelefoon*. <http://www.dekindertelefoon.nl/>. Geraadpleegd op 30-09-2008
- Maheu, D.M. (2000). *Telehealth: delivering behaviorial telehealth via the internet e-health*. <http://telehealth.net/articles/deliver.html>. 09-12-2008
- PAS. (2002). *Internethulpverlening in opkomst*.
http://www.pasnederland.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=108&Itemid=96. Geraadpleegd op 30-09-2008.
- Rijen, A.J.G. van, M.W. de Lint & L.Otters. (2002). *Inzicht in e-health*.
http://www.rvz.net/data/download/Inzicht_in_e-health.pdf. Geraadpleegd op 30-09-2008.
- Spek, V.R.M. (2007). *Internet-based cognitive behaviour therapy for subthreshold depression in people over 50 years old*. <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=75354>. Geraadpleegd op 15-12-2008.
- Stichting Korrelatie. (z.j.). *Welkom*. <http://www.korrelatie.nl/>. Geraadpleegd op 30-09-2008
- Tactus. (z.j.). *Alcoholdebaas.nl internetbehandeling*. <http://www.alcoholdebaas.nl/>. Geraadpleegd op 30-09-2008

- Tactus. (z.j.). *Welkom bij watwilijmetwiet.nl*. <http://www.watwilijmetwiet.nl/>. Geraadpleegd op 30-09-2008
- Timmerman, J.J.M. & M.F. van Vreeswijk. (2005). *Welkom bij internettherapie voor depressie*. <http://www.internettherapie.nl/index.htm>. Geraadpleegd op 10-11-2008. Geraadpleegd op 30-09-2008
- Trimbo's-instituut. (2007). *Kleur je leven*. <https://www.kleurjeleven.nl/>. Geraadpleegd op 30-09-2008.
- Trimbo's Instituut. (2007). *Minderdrinken.nl*. <http://www.minderdrinken.nl/>. Geraadpleegd op 30-09-2008
- Wikipedia. (2008). *BIG-register*. <http://nl.wikipedia.org/wiki/BIG-register>. Geraadpleegd op 08-12-2008.
- Z.a. (z.j.). *Gratis hulpverlening voor jongeren: veilig en anoniem!* <http://www.internethulpverlening.nl/ihulp/>. Geraadpleegd op 30-09-2008

Overige bronnen

- Brenninkmeijer, M. (2008). Opleider internetbehandelaars. *Tactive*. Enschede. 11-11-2008.
- Eijkelkamp, K. (2008). Maatschappelijk werker. *Beweging 3.0 / www.internethulpverlening.nl*. Amersfoort. 09-11-2008.
- Grolleman, J. (2008). Overzicht stand van zaken E-Mental Health & Kleurjeleven.nl case. *Saxion Symposium, E-therapy dé oplossing?!*. Enschede. 16-10-2008.
- Rijkom, L. van. (2008). Kijken Op Afstand Logisch Alternatief. *Saxion Symposium, E-therapy dé oplossing?!*. Enschede. 16-10-2008.
- Westendorp, H. (2008). Alcoholdebaas.nl. *Saxion Symposium, E-therapy dé oplossing?!*. Enschede. 16-10-2008.
- Westendorp, H. (2008). Productontwikkeling / senior programmaleider. *Tactive / Tactus*. Enschede. 11-11-2008.
- Wolters, W. (2008). Adviseur. *Stichting E-hulp*. Amsterdam. 25-11-2008.

Bijlage 1: Overzicht websites e-mental health

Dit overzicht is grotendeels ontleend aan de 'Programmeringsstudie e-mental health' van het Trimbos instituut. Alle websites waren in november 2008 online.

Het overzicht laat per website zien welke vormen van e-mental health er worden aangeboden, op welke problemen de website zich richt en door welke organisatie(s) de website aangeboden wordt.

Het gaat hier om een overzicht van websites waar e-mental health geboden wordt, dit overzicht is niet volledig. Er zijn vele websites waar e-mental health geboden wordt. Snelle ontwikkelingen en de oneindigheid van internet maken het onmogelijk alle websites met e-mental health op te sporen.

Vormen van e-mental health

- Informatie verstrekken (I)
- Zelftesten (T)
- Lotgenoten contact (LC)
- E-mailcontact met hulpverlener (EC)
- Chatcontact met hulpverlener (CC)
- Cursus/behandeling (B)

Probleemgebieden

- Depressie (D)
- Angst (A)
- Alcohol en/of drugs (AD)
- Allerlei psychische problemen (Div)

E-mental health & Kwaliteit; Factoren die hierop van invloed zijn.

Website	Betrokken organisatie(s)	Vorm(en) van e-mental health						Probleemgebied			
		I	T	LC	EC	CC	B	D	A	AD	DIV
www.depressiecentrum.nl	Fonds Psychische Gezondheid	X	X	X				X			
www.kiesbeter.nl	RIVM*	X						X			
www.zwaarweer.nl	Stichting Korrelatie	X	X		X			X			
www.kleurjeleven.nl	Trimbos Instituut i.s.m. regionale ggz-instellingen						X	X			
www.depri-en-dan.nl	Amc De Meren	X	X	X	X	X		X			
www.internettherapie.nl	-		X				X	X			
www.gripopjedip.nl	De Jutters, Indigo, RIAGGz over de IJssel, Korrelatie en het Trimbos Instituut	X	X	X	X		X	X			
www.pratenonline.nl	Jeugdriagg Noord Holland Zuid	X	X	X		X		X			
www.drugsinfo.nl	Trimbos Instituut	X								X	
www.lerenovergenotmiddelen.nl	Trimbos Instituut	X								X	
www.uwkindengenotmiddelen.nl	Trimbos Instituut	X	X							X	
www.minderdrinken.nl	Trimbos Instituut	X		X			X			X	
www.alcoholinfo.nl	Trimbos Instituut	X			X					X	

E-mental health & Kwaliteit; Factoren die hierop van invloed zijn.

www.watdrinkjij.nl	Trimbos Instituut	X	X									X	
www.alcoholenik.nl	Bouman GGZ	X	X	X					X			X	
www.drinktest.nl	Trimbos Instituut		X									X	
www.brijder.nl	Brijder		X									X	
www.alcoholinfoteam.nl	Brijder	X	X	X	X							X	
www.drugsrotterdam.nl	GGD Rotterdam - Rijnmond	X		X								X	
www.alcoholendrugsinbeeld.nl	Jellinek	X		X	X							X	
www.jellinek.nl	Jellinek	X	X				X	X				X	
www.novadic-kentron.nl	Novadic & Kentron	X	X									X	
www.digidrugs.nl	Novadic & Kentron	X	X	X	X							X	
www.drugsweb.nl	Parnassia Bavo Groep	X	X		X							X	
www.drankendrugs.nl	Tactus	X			X							X	
www.tactus.nl	Tactus	X	X	X								X	
www.alcoholdebaas.nl	Tactus	X	X	X					X			X	
www.watwiljijmetwiet.nl	Tactus	X	X	X					X			X	

E-mental health & Kwaliteit; Factoren die hierop van invloed zijn.

www.drankjewel.nl	Trimbos Instituut	X			X						X	
www.cokevanjou.nl	Stichting Coke Van Jou			X	X						X	
www.alcoholondercontrole.nl	Brijder	X	X	X	X				X		X	
www.cannabisondercontrole.nl	Brijder	X	X	X	X				X		X	
www.drugsondercontrole.nl	Brijder	X	X	X	X				X		X	
www.rokenondercontrole.nl	Brijder				X				X		X	
www.bibbers.nl	Angst, Dwang en Fobie stichting	X									X	
www.therapieland.nl	Therapieland B.V.		X						X		X	
www.interapy.nl	Interapy Holding (waarin ggz instellingen participeren)	X							X		X	X
www.annazorg.nl	Annazorg		X						X		X	X
www.gokkendebaas.nl	Tactus	X	X	X					X			X
www.kindertelefoon.nl	De kindertelefoon			X				X				X
www.benjiigek.nl	Fonds Psychische Gezondheid	X										X
www.korrelatie.nl	Stichting Korrelatie	X			X	X						X
www.netclients.nl	SCIP **	X		X								X

E-mental health & Kwaliteit; Factoren die hierop van invloed zijn.

www.zogeknogriet.nl	Stichting Pandora	X		X	X								X
www.soshulp.nl	SOSHulp Nederland				X	X							X
www.familievan.nl	Indigo	X		X	X	X							X
www.optijderbij.nl	GGZ Delfland	X	X										X
www.survivalkid.nl	GGZ Drenthe	X	X	X									X
www.ggzdrenthe.nl	GGZ Drenthe	X	X	X									X
www.psyq.nl	PsyQ	X	X										X
www.clienteninformatiepunt.nl	Clënten Informatiepunt (Clip)	X			X								X
www.kopstoring.nl	Trimbos Instituut	X		X	X	X	X						X
www.achmeahealth.nl	Achmea	X											X
www.preventiekompas.nl	NIPED***								X				X
www.depsycholoog.nl	De Psycholoog								X				X
www.pestweb.nl	Pestweb (onderdeel Centrum voor School en Veiligheid)	X		X	X	X							X
www.hulpmix.nl	BIJ Gelderland, Overijssel, Noord-Holland, GGZ de Bascule, Eindhoven en de Kempen	X		X	X	X							X
www.shit.nl	De Kindertelefoon			X	X	X							X

E-mental health & Kwaliteit; Factoren die hierop van invloed zijn.

www.hebikwat.nl	Dimence en Mediant Geestelijke Gezondheidszorg	X		X	X	X					X
www.internethulpverlening.nl	-			X	X						X
www.webzorg.nl	Verslavingszorg Noord Nederland	X	X				X	X	X	X	X
www.blixum.nl	Servicepunt Jongereninformatie van PJ Partners	X		X							X
Totaal	61	48	28	31	26	11	21	11	3	28	24

* Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

** Stichting Cliëntgestuurde Initiatieven en Projecten

*** NDDO Institute for Prevention and Early Diagnostics

Literatuurlijst bijlage 1

- Achmea. (z.j.). *Health*. <http://www.achmeahealth.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Amc De Meren (2005). *Depri en dan?: Welkom*. <http://www.depri-en-dan.nl/detect/frames.html>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Annazorg. (z.j.). *Internet therapie Annazorg*. <http://www.annazorg.nl/Publiek/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Angst, Dwang en Fobie stichting. (z.j.). *Bibbers enzo*. <http://www.bibbers.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- BJJ Gelderland, Overijssel, Noord-Holland, GGZ de Bascule, Eindhoven & De Kempen. (z.j.). *Hulpmix als je ergens mee zit*. <http://www.hulpmix.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Bouman GGZ (z.j.). *Hoeveel drink ik eigenlijk? Alcohol en ik: Drink ik teveel?* <http://www.alcoholenik.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Brijder. (z.j.). *Brijder*. <http://www.brijder.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Brijder (z.j.). *Jongeren informeren jongeren*. <http://www.alcoholinfoteam.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Brijder. (z.j.). *Online stoppen met alcohol*. <http://www.alcoholondercontrole.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Brijder. (z.j.) *Online hulp bij stoppen met blowen*. <http://www.cannabisondercontrole.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Brijder. (z.j.). *Online hulp bij stoppen met drugs*. <http://www.drugsondercontrole.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Brijder. (z.j.). *Roken onder controle*. <http://www.brijder.nl/Verslaving/aanbod-e-health/roken>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Cliënten Informatiepunt. (z.j.). *Cliënten informatiepunt*. <http://www.clienteninformatiepunt.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Conijn, B, H. Riper. (2007). *Praktijkoverzicht van de programmeringsstudie E-Mental Health*. <http://www.ggzennieuwemedia.nl/%5Cdownload%5C2007%5Cpdf%5CSessie%20VIII%20Gezond%20verstand.%20Evidence-based%20preventie%20van%20psychische%20stoornissen%20-%20Trimbos.pdf>. Geraadpleegd op 30-10-2008.
- Dimence & Mediant Geestelijke Gezondheidszorg. (z.j.). *Hebikwat.nl: Dat zou ik wel eens willen weten*. <http://www.hebikwat.nl/?setTheme=>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Fonds Psychische Gezondheid. (2008). *Depressie - meer dan zo maar een dip*. <http://www.psychischegezondheid.nl/depressiecentrum>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Fonds Psychische Gezondheid. (z.j.). *Welkom op de website van Ben jij gek?!* <http://www.benjijgek.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008

- GGZ Delfland. (2008). *Optijderbij: snel en online inzicht in uw psychische klachten*. <http://www.optijderbij.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- GGZ Drenthe. (1996). *GGZ: Geestelijke gezondheidszorg & ouderenzorg*. <http://www.ggzdrenthe.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- GGZ Drenthe. (2006). *Survivalkid.nl*. <http://www.survivalkid.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- GGD Rotterdam – Rijnmond. (2008) *Drugsrotterdam.nl*. <http://www.drugsrotterdam.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Indigo. (z.j.). *Familievan.nl*. <http://www.familievan.nl/www>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Interapy Holding. (z.j.). *Interapy*. http://www.interapy.nl/template_home.php?id=0. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Jellinek. (z.j.). *Dè website in woord, beeld en gebaar: Over alcohol, drugs, gokken en verslaving: Speciaal voor doven en slechthorenden*. <http://www.alcoholendrugsinbeeld.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Jellinek. (z.j.). *Jellinek*. <http://www.jellinek.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Jeugdriagg Noord Holland Zuid. (z.j.) *Welkom bij PratenOnline*. <http://www.pratenonline.nl/Default.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Jutters, de, Indigo, RIAGGz over de IJssel, Korrelatie & Trimbos Instituut. (z.j.). *Welkom op de website grip op je dip*. <http://www.gripopjedip.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Kindertelefoon, de. (z.j.). *De kindertelefoon*. <http://www.dekindertelefoon.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Kindertelefoon, de. (2007). *Shit: Share in trust*. <http://www.shit.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- NIPED. (2008). *Preventiekompas: Uw gezondheid op koers*. http://www.preventiekompas.nl/homepage.aspx?menu_id=586&page_id=102. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Novadic & Kentron.(z.j.). *Digidrugs*. <http://www.digidrugs.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Novadic & Kentron. (z.j.) *Novadic Kentron: netwerk voor verslavingszorg*. <http://www.novadic-kentron.nl/hoofdsite/index.htm>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Parnassia Bavo Groep. (z.j.). *Drugsweb voor informatie over drugs en alcohol*. <http://www.digidrugs.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Pestweb. (z.j.). *Pestweb: www.pestweb.nl: Wegwijs bij pesten*. <http://www.pestweb.nl/aps/pestweb>. Geraadpleegd op 10-11-2008

- Psycholoog, de. (z.j.). *De psycholoog: Welkom op de website van de psycholoog.nl*. http://www.preventiekompas.nl/homepage.aspx?menu_id=586&page_id=102. Geraadpleegd op 10-11-2008
- PsyQ. (z.j.). *PsyQ: De naam op het gebied van psycho-medische zorg!* <http://www.psyq.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- RIVM. (z.j.). *Kiesbeter.nl wijst u de weg in de zorg*. <http://www.kiesbeter.nl/algemeen/default.aspx>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- SCIP. (1998). *Netclienten*. <http://www.netclienten.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Servicepunt Jongereninformatie. (z.j.). *Blixum*. <http://www.blixum.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- SOShulp Nederland. (z.j.). *Welkom bij SOShulp: Het luisterend oog van Nederland*. <http://www.soshulp.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Stichting Coke Van Jou. 2008. *Stichting coke van jou steunpunt en kenniscentrum voor partners, familie en vrienden van verslaafden*. <http://www.cokevanjou.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Stichting Korrelatie. (2007) *Een frisse wind door Zwaarweer.nl – kijk snel verder!* <http://www.zwaarweer.nl/splash.html>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Stichting Korrelatie. (z.j.). *Welkom*. <http://www.korrelatie.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Stichting Pandora. (z.j.). *Website voor jongeren over psychische problemen*. <http://www.zogeknogriet.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Tactus. (z.j.). *Alcoholdebaas.nl internetbehandeling*. <http://www.alcoholdebaas.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Tactus. (z.j.). *Gokkendebaas.nl Internetbehandeling*. <http://www.gokkendebaas.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Tactus. (z.j.). *Tactus verslavingszorg*. <http://www.tactus.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Tactus.(z.j.). *Tactus verslavingszorg drankendrugs.nl*. <http://www.drankendrugs.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Tactus. (z.j.). *Welkom bij watwilijmetwiet.nl*. <http://www.watwilijmetwiet.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Therapieland B.V. (2006). *Therapieland*. <http://www.therapieland.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Timmerman, J.J.M. & M.F. van Vreeswijk. (2005). *Welkom bij internettherapie voor depressie*. <http://www.internettherapie.nl/index.htm>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Trimbos Instituut. (z.j.). *Alcoholinfo.nl*. <http://www.alcoholinfo.nl/> Geraadpleegd op 10-11-2008

- Trimbos Instituut. (z.j.). *Drankjewel.nl*. <http://www.drankjewel.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Trimbos Instituut. (z.j.). *Drank wat drink jij?* <http://www.watdrinkjij.nl/kater.asp>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Trimbos Instituut. (z.j.). *Drugsinfo.nl*. <http://www.drugsinfo.nl/default14942.html>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Trimbos Instituut. (2007). *Kleur je leven*. <https://www.kleurjeleven.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Trimbos Instituut. (z.j.). *Kopstoring: Voor jongeren van ouders met psychische problemen*. <http://www.kopstoring.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Trimbos Instituut. (2007). *Minderdrinken.nl*. <http://www.minderdrinken.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Trimbos Instituut. (2007) *Rokendrinkendrugs*. <http://www.rokendrinkendrugs.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Trimbos Instituut. (2006). *Uw kind en alcohol*. <http://www.uwkindenalcohol.nl/home.aspx>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Trimbos Instituut. (z.j.). *www.drinktest.nl*. <http://www.drinktest.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Verslavingszorg Noord Nederland. (2008). *Webzorg internetbehandeling*. <http://www.webzorg.nl/>. Geraadpleegd op 10-11-2008
- Z.a. (z.j.). Gratis hulpverlening voor jongeren: veilig en anoniem! <http://www.internethulpverlening.nl/ihulp/>. Geraadpleegd op 30-09-2008

Bijlage 2: Enkele voorbeelden van e-mental health

Om inzicht te geven in hoe de verschillende vormen van e-mental health gehanteerd kunnen worden, worden hieronder drie voorbeelden van e-mental health beschreven. Ik heb er voor gekozen om een drietal behandelingen verder toe te lichten. In deze behandelingen wordt gebruik gemaakt van verschillende vormen van e-mental health. Daarnaast zijn de verschillen in de andere vormen van e-mental health minder groot. Deze vormen van e-mental health hebben naar mijn idee minder uitleg nodig. Alle drie de behandelingen worden door verschillende organisaties aangeboden op een apart voor de behandeling ontwikkelde website.

Kleur je leven

Ten eerste wil ik de behandeling 'Kleur je leven' beschrijven. Ik maak hiervoor gebruik van de website www.kleurjeleven.nl en de informatie die verstrekt is door Jorne Grolleman tijdens het symposium *E-therapy dé oplossing?!*.

Opzet en inhoud van de behandeling

De website www.kleurjeleven.nl is een website voor mensen die individueel hun sombere gevoelens willen aanpakken. Er wordt onderscheid gemaakt tussen cliënten onder de vijftig jaar (boven de achttien jaar) en boven de vijftig jaar. Aan beide wordt een gelijke behandeling aangeboden, waarbij alleen de voorbeeldfiguren in de behandeling zijn aangepast aan de doelgroep. De behandeling wordt kosteloos aangeboden door acht regionale ggz-instellingen. De behandeling 'Kleur je leven' is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en vaardigheidstraining.

De behandeling die wordt aangeboden bestaat uit acht lessen en een opfrisles. Het doel van deze behandeling is dat cliënten individueel hun stemming leren verbeteren. De cliënt volgt de lessen wanneer hij wil, aangeraden wordt om één les per week te volgen. De lessen bestaan uit schriftelijke en gesproken informatie, korte films en opdrachten. Deze opdrachten zijn kenmerkend voor de e-mental health vorm 'behandeling'.

De aanmelding verloopt via een vragenlijst. Na het invullen van deze vragenlijst kijkt een hulpverlener (van een ggz-instelling) of de cliënt geschikt is voor deelname en hij koppelt dit terug aan de cliënt. Wanneer de behandeling geschikt wordt geacht voor de cliënt, krijgt hij inloggegevens toegezonden voor de website www.kleurjeleven.nl. De cliënt kan vanaf dat moment zelfstandig aan de slag.

De cliënt leert in de behandeling de volgende zes vaardigheden om zijn stemming te verbeteren: plezierige activiteiten ondernemen, anders leren denken, leren ontspannen, contacten met andere mensen, omgaan met piekeren en opkomen voor zichzelf. In de lessen komen verschillende onderwerpen aan bod. Zo wordt stilgestaan bij denken en voelen, denken en doen, ontspannen, plannen maken en helpend denken. Ook wordt er aandacht besteed aan assertiviteit, communiceren en de toekomst.

Tien weken na de aanmelding wordt de cliënt via e-mail uitgenodigd een vragenlijst in te vullen op internet. Deze vragenlijst wordt naar de hulpverlener verzonden en de hulpverlener stuurt een reactie hierop (via e-mail) naar de cliënt. Twaalf weken na afronding van de behandeling, krijgt de cliënt een uitnodiging voor een opfrisles. Deze les

bestaat uit het invullen van een vragenlijst; zo wordt er gekeken hoe het met de cliënt gaat. De cliënt krijgt ook op deze vragenlijst een reactie van de hulpverlener.

De cliënt krijgt zijn eigen werkomgeving op www.kleurjeleven.nl. Hij beschikt hier over de mogelijkheid om de lessen te volgen, een huiswerkplek en een stemmingsdagboek. Daarnaast heeft de cliënt de mogelijkheid de bibliotheek te raadplegen met aanvullende informatie rondom de lessen. Ook kan de cliënt een forum bezoeken en daar berichten plaatsen.

Contact met hulpverlener gedurende de behandeling

Omdat de cliënt de behandeling zelfstandig doorloopt, vindt het enige contact met de hulpverlener plaats naar aanleiding van de door de cliënt ingevulde vragenlijsten.

Onderzoek naar de behandeling

Uit onderzoek van Spek (2007) is gebleken dat de depressieve klachten zijn afgenomen na deelname aan de behandeling 'Kleur je leven.' Spek concludeert dat 'Kleur je leven' voor personen boven de vijfenvijftig jaar effectief is. De behandeling voor mensen tussen de achttien en vijfenvijftig jaar wordt momenteel nog onderzocht op effectiviteit.

Alcoholdebaas.nl

Via www.alcoholdebaas.nl wordt een behandeling aangeboden aan mensen die problemen hebben met overmatig alcoholgebruik. Voor de beschrijving van deze behandeling maak ik gebruik van de informatie op www.alcoholdebaas.nl, van de informatie die Heleen Westendorp heeft verstrekt op het symposium *E-therapy dé oplossing?!* en van het onderzoek door Postel e.a. (2007) *Ontwikkeling Alcoholdebaas.nl, Internetbehandeling; Resultaten Scoren 2007*.

Opzet en inhoud van de behandeling

De behandeling Alcoholdebaas.nl is voor mensen die iets aan hun alcoholgebruik willen doen. De behandeling richt zich op cliënten vanaf achttien jaar. Het doel kan zijn het verminderen van of stoppen met het alcoholgebruik.

De methode die gebruikt wordt voor de internetbehandeling is afkomstig uit de reguliere verslavingszorg. Deze methode is gebaseerd op uitgangspunten van het bio-psychosociale model en de cognitieve gedragstherapie. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering. De organisatie achter de behandeling is in handen van Tactive, een onderneming die internetbehandelingen ontwikkelt. De behandeling wordt begeleid door ervaren maatschappelijk werkers die werkzaam zijn in reguliere instellingen binnen de verslavingszorg.

Aanmelding voor de behandeling gaat via het contactformulier op de website. Als intake vult de cliënt een vragenlijst in. Deze vragenlijst komt vervolgens bij een hulpverlener terecht. De cliënt krijgt reactie dat hij kan deelnemen aan de behandeling. Wordt de situatie echter als zeer ernstig beoordeeld door de hulpverlener, dan wordt de cliënt direct

het advies gegeven naar de huisarts te gaan. De cliënt kan dan alsnog deelnemen aan de behandeling van Alcoholdebaas.nl.

De behandeling is verdeeld in twee delen. Tijdens het eerste deel wordt de drinkgewoonte van de cliënt onderzocht. De nadruk ligt op inzicht in het eigen gebruik en motiveren voor verandering en behandeling (Postel e.a. 2007). Dit eerste deel bestaat uit minimaal vijf internetcontacten. In dit eerste deel komen de voor- en nadelen van drinken aan bod. Verder wordt er onderzocht wanneer en hoeveel de cliënt drinkt. Deze zogenaamde drinksituaties worden vervolgens met de cliënt geanalyseerd. Het laatste onderdeel van het eerste deel van de behandeling is het leren herkennen van drinksituaties.

Het eerste deel van de behandeling wordt afgesloten met een persoonlijk advies voor de cliënt. De cliënt kan geadviseerd worden deel te nemen aan het tweede deel van de behandeling. Het is ook mogelijk dat een andere vorm hulpverlening naast de behandeling wordt geadviseerd. In een enkel geval, wanneer acuut gevaar en/of ernstige medische risico's een rol spelen, wordt de behandeling afgeraden en een andere vorm van hulpverlening geadviseerd.

Het tweede deel van de behandeling bestaat uit minimaal vijf contacten. Als eerste onderdeel van het tweede deel stelt de cliënt, in samenspraak met de hulpverlener, een doel vast. Verder leert de cliënt zijn drinkgewoonte veranderen. Tijdens het tweede deel wordt er gewerkt met persoonlijke huiswerkopdrachten. In dit deel van de behandeling komen de volgende onderwerpen aan bod: een doel stellen, anders denken, anders doen, terugval voorkomen.

Een onderdeel dat gedurende deel één en twee van de behandeling loopt, is het alkoholschrift. In dit digitale schrift houden cliënten bij wanneer zij zin hadden om te drinken en of zij dit wel/niet gedaan hebben. Dit overzicht geeft zowel de cliënt als de hulpverlener inzicht in de drinkgewoonte van de cliënt.

Naast en na de behandeling of wanneer zij geen behandeling volgen, kunnen cliënten gebruik maken van het forum om in contact te komen met lotgenoten. Ook kunnen cliënten (in de toekomst) via Alcoholdebaas.nl met andere cliënten chatten.

Contact met de hulpverlener tijdens de behandeling

De cliënt werkt bij deze behandeling binnen een voor hem gecreëerde werkomgeving. De cliënt heeft dus wederom een eigen stukje internet tot zijn beschikking voor het volgen van de behandeling. Op dit stukje internet is er voor elke cliënt een eigen dossier. Dit dossier kan de cliënt bereiken met zijn inlogcodes, ook de hulpverlener(s) hebben toegang tot dit dossier.

De communicatie tussen de hulpverlener en de cliënt vindt binnen dit dossier plaats. De cliënt verstuurt zijn huiswerkopdrachten naar de hulpverlener. De hulpverlener bekijkt deze en geeft een reactie via e-mail. Naast het contact over de huiswerkopdrachten, kunnen cliënt en hulpverlener ook over andere zaken (wel gericht op het alcoholgebruik) contact houden. Verder is de hulpverlener in de gelegenheid het traject van de cliënt te volgen in het dossier.

Onderzoek naar de behandeling

In de periode van maart 2005 tot en met maart 2006 is een niet gerandomiseerde trial uitgevoerd door Postel e.a.. Er zijn twee belangrijke constateringengedaan naar aanleiding van dit onderzoek. Ten eerste is aangetoond dat er een andere groep probleemdrinkers wordt bereikt met Alcoholdebaas.nl dan in de reguliere verslavingszorg. De tweede constatering is dat het alcoholgebruik en de alcoholgerelateerde klachten afnemen door deelname aan de behandeling Alcoholdebaas.nl. Uit dit onderzoek is ook gebleken dat cliënten zeer tevreden zijn. Het contact met de hulpverlener uitsluitend via de computer wordt gewaardeerd met een 4.5 gemiddeld (op een schaal van één tot vijf) (Westendorp, 2008).

Grip op je dip

Voor de beschrijving van de behandeling 'Grip op je dip' heb ik gebruik gemaakt van de informatie die te vinden is op de website www.gripopjedip.nl.

Opzet en inhoud van de behandeling

De behandeling richt zich op jongeren tussen de zestien en vijfentwintig jaar met depressieve klachten. Het doel van de behandeling is voorkomen dat iemand lang in een dip zit of in een depressie raakt. De behandeling is dus preventief en wordt niet gezien als therapie. De behandeling is opgezet als een praktische behandeling, waarbij niet ingegaan wordt op het verleden van de cliënt.

De behandeling 'Grip op je dip' bestaat al langer en is sinds 2004 online beschikbaar. De begeleiding van de behandeling ligt in handen van medewerkers van de volgende instellingen: Trimbos-instituut, De Jutters, Indigo en Riaggz over de IJssel.

De cliënt kan zich via de website aanmelden, bij aanmelding worden enkele gegevens gevraagd. Vervolgens wordt de cliënt gevraagd nog een vragenlijst in te vullen. Naar aanleiding van deze vragenlijst wordt samen met de cliënt gekeken of de behandeling voor hem geschikt lijkt. Wanneer dit het geval is, krijgt de cliënt inloggegevens om deel te nemen aan de behandeling.

De behandeling bestaat uit zes chatsessies van elk anderhalf uur. Deze chatsessies vinden plaats in een gesloten chatbox. Tot deze chatbox hebben zes tot acht cliënten toegang en de hulpverlener. De hulpverlener begeleidt deze chatsessies, vaak zijn er twee hulpverleners betrokken bij één chatsessie. (Kerkhof, van 2006) Voorafgaand aan de chatsessies krijgt de cliënt per e-mail huiswerkopdrachten toegezonden. Deze huiswerkopdrachten worden tijdens de chatsessies besproken. De cliënt kan ervoor kiezen om een half uur voorafgaand aan de chatsessie een sms te ontvangen. Op deze wijze wordt de cliënt herinnerd aan de chatsessie.

Naast de behandeling biedt de website ook twee onderdelen waar ervaringen en tips van jongeren voor jongeren te vinden zijn. Deze onderdelen kunnen bezocht worden door de cursisten, maar ook door andere bezoekers van de website.

Contact met de hulpverlener

De cliënt heeft tijdens de chatsessie contact met de hulpverlener. Buiten de chatsessies ontvangt de cliënt e-mails met huiswerkopdrachten. Daarnaast is er contact tussen de hulpverlener en de cliënt naar aanleiding van de aanmelding.

Onderzoek naar de behandeling

Eind 2008 loopt er een onderzoek onder de deelnemers van de behandeling 'Grip op je dip'. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het Trimbos-instituut. Er zijn nog geen gegevens beschikbaar over de resultaten van deze internetbehandeling.

E-mailen met een dipdeskundige

Naast de internetbehandeling kunnen jongeren ook contact leggen via e-mail met een hulpverlener. Dit is een hulpverlener die werkzaam is bij één van de betrokken organisaties. Deze hulpverlener is niet BIG⁹ geregistreerd, er wordt dan ook benadrukt dat het om preventieve handelingen gaat en niet om behandeling.

De cliënt moet zich via de website aanmelden, er worden dan enkele gegevens gevraagd. Ook beschrijft de cliënt dan direct zijn vraag/probleem. De hulpverlener geeft hierop een reactie. Deze communicatie verloopt via het eigen e-mailadres van de cliënt. Er is een maximum van acht e-mailcontacten gesteld door www.gripopjedip.nl.

Het doel van de e-mailcontacten is dat de jongere grip krijgt op zijn sombere gevoelens ter voorkoming van depressie. De hulpverlener maakt bij het beantwoorden van de e-mails gebruik van algemeen gehanteerde principes binnen de preventie van depressie.

Er is geen informatie beschikbaar over onderzoek naar deze vorm van e-mental health die geboden wordt door www.gripopjedip.nl.

⁹ Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wikipedia 2008)

Bijlage 3: Weergave interview Marielle Brenninkmeijer

Naam: Marielle Brenninkmeijer

Organisatie: Tactive

Functie: Opleider internetbehandelaars

Onderwerpen

Kennismaking

Marielle is momenteel werkzaam bij Tactive als opleider internetbehandelaars. Marielle is maatschappelijk werker en B-verpleegkundige. Zij heeft vijftien jaar ervaring in de verslavingszorg.

E-mental health

Marielle heeft samen met twee collega's de module Alcoholdebaas.nl geschreven. Bij het schrijven van de module hebben Marielle en haar collega's geprobeerd hun ervaringen uit de face to face-hulpverlening te verwerken. Leidraad voor hen was steeds de vraag: 'Hoe doe je iets face to face?'

Marielle houdt zich nu bezig met het opleiden van internetbehandelaars en de coaching van internetbehandelaars. Daarnaast is zij één van de internetbehandelaars van Alcoholdebaas.nl. Ook is Marielle betrokken bij het modereren van het forum op www.alcoholdebaas.nl, dit houdt in dat zij controleert of de berichten die geplaatst worden aan de spelregels voldoen.

Werkwijze e-mental health

Marielle heeft de internetbehandeling van Alcoholdebaas.nl getoond. Zij heeft zowel de kant van de hulpverlener als de kant van de cliënt laten zien. Zo is duidelijk geworden hoe de behandeling werkt en welke mogelijkheden er zijn binnen de behandeling. Marielle liet zien hoe de intakevragenlijst eruit zag. In deze vragenlijst zijn vragen voor de hulpverleners gecombineerd met vragen voor de onderzoekers. De vragen die voor de hulpverleners van belang zijn, zijn veelal ontleend aan de cage-vragenlijst; een veel gebruikte (gevalideerde) vragenlijst in de verslavingszorg. Internethulpverlening biedt de mogelijkheid om dit te combineren. Een intake via internet kost de cliënt minder tijd, een cliënt heeft in vijftien minuten de intakevragenlijst van Alcoholdebaas.nl ingevuld, vertelt Marielle. Bij face to face hulpverlening duurt een intake vaak één tot twee uur. Verder wordt duidelijk dat de hulpverlener niet anoniem is bij Alcoholdebaas.nl. De cliënt ziet de naam en een foto van de hulpverlener. Zo weet een cliënt met wie hij te doen heeft. Marielle geeft aan dat cliënten dit als prettig ervaren. Vooraf is hier door Marielle en haar collega's over nagedacht. Zij hebben er bewust voor gekozen om de hulpverlener letterlijk zichtbaar te maken. Zij hebben dit gedaan om de persoonlijkheid in het contact te benadrukken. Ook laat zij zien dat vele berichten gestandaardiseerd zijn. Hulpverleners kunnen zelf een bericht samen stellen met verschillende standaardteksten (die aangepast worden aan de individuele cliënt) en een persoonlijk stuk door de hulpverlener zelf geschreven. Dit zorgt ervoor dat hulpverleners eenzelfde stijl hanteren in hun reactie en dat is bevorderlijk voor de kwaliteit.

Vergelijking met face to face hulpverlening

Marielle ziet vooral voordelen van hulpverlening via internet. Zij noemt dat de informatie die de hulpverlener nu geeft altijd up-to-date is en correct. Een hulpverlener kan namelijk langer nadenken over een antwoord en eventueel dingen uitzoeken, navragen of overleggen. Verder geeft zij aan dat de kwaliteit van wat de hulpverlener zegt hoger is bij internethulpverlening. De hulpverlener leest zijn reactie namelijk na, formuleert precies en juist en er ontstaan hierdoor minder miscommunicaties. Een ander voordeel dat Marielle noemt, is dat de hulpverlener geen tijd kwijt is aan no-show (niet op komen dagen van cliënten). Voor de cliënt zijn de grootste voordelen dat de hulpverlening anoniem kan, op een zelfgekozen moment en op hun eigen plek. Cliënten hoeven nu ook niet in de wachtkamer te zitten, dit vinden veel cliënten vervelend, vertelt Marielle. Een ander voordeel voor zowel cliënt als hulpverlener, is dat men niet wordt afgeleid door allerlei dingen. Als voorbeeld noemt Marielle een cliënt met een vreemde trui of een hulpverlener met een vreemde trui. Zowel hulpverlener als cliënt zullen in die situatie afgeleid worden door de vreemde trui. Bij internethulpverlening is hier geen sprake van. Marielle noemt ook dat vooroordelen bij internethulpverlening minder spelen. Een ander voordeel dat Marielle ziet, is dat bij internethulpverlening de verantwoordelijkheid meer bij de cliënt ligt.

Daarnaast zijn er ook nog voordelen die ontstaan door de technische mogelijkheden. Bij Alcoholdebaas.nl houden cliënten hun drankgebruik dagelijks bij. De hulpverlening krijgt hierdoor een goed overzicht van het gebruik van de cliënt. Wanneer binnen face to face-hulpverlening aan een cliënt wordt gevraagd hoe het de afgelopen twee weken is gegaan met het gebruik van alcohol, haalt een cliënt hier vaak één of een paar momenten uit. Het overzicht dat de hulpverlener bij Alcoholdebaas.nl heeft, geeft een volledig beeld en geeft de hulpverlener de mogelijkheid in te gaan op successen. Marielle laat verder zien dat er bijvoorbeeld een plaatje van een bloemetje gestuurd kan worden, een symbolisch bloemetje dus. Dit is mogelijk door de techniek, terwijl de hulpverlener bij face to face-hulpverlening niet snel een bloemetje meeneemt voor een cliënt.

Marielle ziet niet veel nadelen van internethulpverlening. Eén van de nadelen die zij noemt, is de vergrote kans op RSI. Hulpverleners zitten namelijk de hele dag achter de computer. Hoewel ook dit verschilt per hulpverlener. In sommige gevallen houden hulpverleners zich alleen bezig met internethulpverlening en zitten dus de hele dag achter de computer. In andere gevallen wisselen hulpverleners internethulpverlening af met face to face-hulpverlening. Een ander nadeel kan de asynchrone communicatie zijn, als hulpverlener heb je niet meteen antwoord op een vraag. Ook de afhankelijkheid van de techniek kan een nadeel zijn. Een storing waardoor het internet niet werkt, is fataal voor internethulpverleners.

Kwaliteit e-mental health

Om kwaliteit te bieden, is het volgens Marielle belangrijk dat de randvoorwaarden voor de hulpverleners goed geregeld zijn. Zo is het van belang dat internetbehandelaars de opleiding volgen tot internetbehandelaar van Alcoholdebaas.nl. Wanneer zij deze

opleiding niet volgen, kunnen zij geen hulp verlenen bij Alcoholdebaas.nl. Daarnaast is het zeer belangrijk dat internethulpverleners een bepaald aantal uren krijgen voor hulpverlening via Alcoholdebaas.nl. In de overeenkomst met de uitvoerende organisatie is het geregeld dat er een minimum aantal uren moet zijn dat de hulpverlener besteedt aan Alcoholdebaas.nl. Dit minimum is gesteld op vier uur per week. Op deze manier wordt de kwaliteit van de hulpverlening via Alcoholdebaas.nl gehandhaafd.

Verder vertelt Marielle hoe de opleiding is opgebouwd. De hulpverleners krijgen een tweedaagse opleiding, vervolgens worden zij nog drie maanden begeleid. In de opleiding leren de hulpverleners het programma van Alcoholdebaas.nl beheersen en hoe ze motiverende gespreksvoering kunnen toepassen in hun berichten. Dit laatste blijkt vaak lastiger dan gedacht, volgens Marielle. Wat de hulpverleners ook geleerd wordt, is hoe zich schriftelijk uit kunnen drukken. Miscommunicaties kunnen natuurlijk ontstaan, mede door het gebrek aan non-verbale communicatie. Hulpverleners moeten miscommunicaties echter zien te voorkomen; deze hebben namelijk een negatieve invloed op de kwaliteit van de hulpverlening. Onder andere om deze reden worden de hulpverleners getraind in hun schriftelijke vaardigheden. De begeleiding die vervolgens geboden wordt, houdt in dat elk bericht dat de hulpverlener wil versturen, eerst wordt bekeken door de coach. De hulpverlener krijgt dan feedback van de coach en verzendt vervolgens het bericht naar de cliënt. Ook dit is een manier om de kwaliteit te waarborgen.

Mening over e-mental health

Marielle is zeer positief over Alcoholdebaas.nl. Zij denkt dat hulpverlening via internet voor veel problemen toepasbaar is. Eigenlijk elk probleem dat behandeld kan worden met cognitieve gedragstherapie, kan ook via internet behandeld worden. De enige verslaving waarbij Marielle haar twijfels heeft of dit via internet behandeld kan worden, is internetverslaving.

Verder geeft zij aan dat internethulpverlening wel een beperking heeft, de cliënt moet de Nederlandse taal beheersen. Marielle denkt dat allochtonen daarom minder bereikt zullen worden met internethulpverlening. Volgens Marielle is het ook belangrijk dat een cliënt een bepaald niveau heeft. Echter Alcoholdebaas.nl is zo opgebouwd dat basisschoolniveau voldoende is.

Wat Marielle verder aangeeft, is dat niet iedere hulpverlener hulpverlening via Alcoholdebaas.nl zal gaan beheersen. Een hulpverlener moet namelijk gestructureerd en geprotocolleerd kunnen werken. Daarnaast moet de hulpverlener taalvaardig zijn en is het handig als de hulpverlener goed kan typen. Volgens Marielle is het vooral belangrijk dat de hulpverlener het leuk vindt om zijn reactie goed te formuleren. De hulpverlener moet daarbij wel aansluiten bij de cliënt en bij het programma.

Marielle geeft verder nog aan dat het internetprogramma ondersteunend is en de hulpverlener niet mag belemmeren.

Bijlage 4: Weergave interview Karlijn Eijkelkamp

Naam: Karlijn Eijkelkamp

Organisatie: Beweging 3.0

Functie: Maatschappelijk werker

E-mental health: www.internethulpverlening.nl

Onderwerpen

Kennismaking

Karlijn is werkzaam bij Beweging 3.0, zij is daar maatschappelijk werker. Het algemeen maatschappelijk werk van Beweging 3.0 is aangesloten bij www.internethulpverlening.nl.

E-mental health

Eind 2006 is de samenwerking tussen Obec en Beweging 3.0 ontstaan. Obec is de oprichter en beheerder van de website www.internethulpverlening.nl. Karlijn is toen benaderd om als maatschappelijk werker zich in te zetten voor dit project. Beweging 3.0 heeft toegang gehuurd tot de website www.internethulpverlening.nl. Beweging 3.0 heeft nu een eigen ruimte op de website www.internethulpverlening.nl. Beweging 3.0 heeft toen ook de training ingekocht voor vier maatschappelijk werkers. Karlijn heeft de training, die verzorgd is door Obec, gevolgd en sindsdien verleent zij hulp via internet. Karlijn heeft wekelijks één uur om te besteden aan deze vorm van hulpverlening, net als haar collega's. Zij kan haar werkzaamheden op dit gebied voltooien in deze tijd.

Karlijn geeft aan dat het aantal aanmeldingen minder is dan verwacht. Zo vertelt zij dat er in 2008 29 aanmeldingen zijn en in 2007 waren er 21 aanmeldingen. Het aantal berichten dat wordt verstuurd per cliënt is zeer wisselend.

Een mogelijke oorzaak van het geringe aantal aanmeldingen ligt volgens Karlijn bij de pr. Er zijn weinig tot geen promotie activiteiten gedaan. Beweging 3.0 had verwacht dat Obec de promotie landelijk zou aanpakken; dit is echter niet of nauwelijks gebeurd. Beweging 3.0 had het idee om www.internethulpverlening.nl na verloop van tijd ook voor volwassenen (nu is het alleen gericht op jongeren) toegankelijk te maken. Tot op heden heeft dit nog geen vorm gekregen vanwege een mogelijke fusie met het Riagg.

Werkwijze e-mental health

Vanuit Obec heeft Karlijn een training gevolgd over www.internethulpverlening.nl en de methodiek voor internethulpverlening. Karlijn volgt een aantal stappen wanneer zij via internet hulp verleent. Als eerste vat ze het verhaal van de cliënt samen in eigen woorden, zo controleert zij of ze de cliënt goed heeft begrepen. Verder geeft Karlijn de cliënt erkenning voor zijn probleem en bevestigt het gevoel/de gedachte van de cliënt. Waar Karlijn ook altijd aandacht aan besteedt in haar reactie is de vraag of de cliënt zijn probleem ook met anderen heeft besproken of kan bespreken. Ze onderzoekt het contact dat de cliënt met anderen heeft en of de cliënt een vertrouwenspersoon in zijn omgeving heeft. In haar reactie geeft Karlijn ook altijd aan wat zij als hulpverlener van www.internethulpverlening.nl kan doen. Vervolgens geeft zij aan wat zij denkt dat goed is voor de cliënt om te doen. Karlijn geeft aan dat zij vaak cliënten het advies geeft het probleem met iemand (huisarts bijvoorbeeld) te bespreken, zodat de cliënt verder

geholpen kan worden. Dit doet zij mede omdat is gebleken dat cliënten afhaken na één bericht. Ze gaat er dus vanuit dat haar bericht het laatste is; komen er toch meer berichten, dan is dat alleen maar mooi meegenomen.

Binnen Beweging 3.0 is er nog geen beleid gevormd rondom dit onderwerp. De internethulpverleners hebben hier wel bij het management om gevraagd. Zij liepen er namelijk tegenaan dat sommige cliënten internethulpverlening als levend dagboek gebruiken. Ook komen ze veel cliënten tegen waar teveel problemen spelen of die te maken hebben met psychiatrische problemen, zoals suïcide of automutilatie. Deze problemen horen niet bij het algemeen maatschappelijk werk thuis en de vraag is hoe de internethulpverleners hier mee om moeten gaan. Het onderwerp heeft de afgelopen periode op een laag pitje gestaan door omstandigheden; daardoor is er nog geen beleid gevormd vanuit de instelling.

Vergelijking met face to face hulpverlening

Het voordeel dat Karlijn noemt is de laagdrempeligheid. De anonimiteit en het zelf kunnen kiezen van het moment van contact, vallen onder laagdrempeligheid volgens Karlijn. Het nadeel vindt Karlijn dat er soms berichten binnen komen van één zin. Voordat de vraag van de cliënt dan duidelijk is, is een cliënt vaak al afgehaakt. Volgens Karlijn speelt er mogelijk nog een ander voordeel, dit voordeel is echter niet getoetst en haar eigen aanname. Zij denkt dat cliënten als ze de hulpverlener niet kennen, minder snel zeggen wat zij denken dat de hulpverlener wil horen.

Kwaliteit e-mental health

Door volgens de methode te werken die Karlijn heeft geleerd voor internethulpverlening waarborgt zij de kwaliteit van haar handelen. Daarnaast laat ze haar reacties lezen door een collega voordat zij deze verstuurt. Ook heeft ze een checklist die ze gebruikt bij het opstellen van haar reacties. Zij geeft verder aan dat ze haar bericht zelf een aantal keer herleest voordat zij het verstuurt. Daarnaast heeft zij de mogelijkheid om binnen casuïstiek een casus in te brengen.

Vanuit Obec is er een forum gemaakt waar hulpverleners elkaar vragen kunnen stellen, ook dit kan zij gebruiken. Verder is er eens per jaar een bijeenkomst met hulpverleners van andere organisaties die ook hulp verlenen via www.internethulpverlening.nl.

Mening over e-mental health

Karlijn gaf aan dat zij had verwacht dat er meer aanmeldingen zouden zijn. Ook had zij verwacht meer hulp te kunnen verlenen. Ze had verwacht dat er meer korte vragen zouden binnen komen, waar zij inhoudelijk op in kon gaan. Inmiddels heeft zij de ervaring dat dit niet het geval is; het doel blijkt meer te zijn om cliënten de weg te wijzen of om cliënten toe te leiden naar face to face hulpverlening. Verder heeft ze gemerkt dat het belangrijk is om grenzen aan te geven. Cliënten verwachten dat de hulpverlener het probleem op kan lossen, maar vaak is dat niet mogelijk met een paar berichten. Ook wanneer cliënten internethulpverlening als levend dagboek gebruiken, is het volgens Karlijn belangrijk om grenzen aan te geven.

Vaak blijkt ook dat er al verschillende vormen van hulpverlening actief zijn bij de cliënt en dat internethulpverlening daar dan ook nog bij komt; ook dan is het belangrijk grenzen aan te geven.

Verder vertelt Karlijn dat het contact regelmatig door cliënten wordt verbroken. Een mogelijke oorzaak hiervan is volgens Karlijn dat de cliënten vergeten nog te kijken naar een reactie van de hulpverlener of zij vergeten het wachtwoord van hun account en kunnen niet meer kijken. Wat Karlijn prettig vindt bij www.internethulpverlening.nl is dat de hulpverlener kan zien of de cliënt een bericht heeft gelezen of niet. Inmiddels kan zij zich er ook bij neerleggen wanneer de cliënt de reactie heeft gelezen en er vervolgens voor kiest om niet meer te reageren. Karlijn geeft aan dat ze hier wel aan heeft moeten wennen. De cliënten, pubers, zoeken contact op het moment dat het probleem hen het hoogste zit, twee dagen later is het vaak weer wat gezakt en gaat het weer wat beter met de cliënt. Het interpreteren van de vragen die binnen komen, is daarom wel eens lastig. Uit de ervaringen van Karlijn en haar collega's blijkt dat internethulpverlening ook om deze extreme reacties vraagt vanwege de laagdrempeligheid. Deze manier van hulpverlening is zeer cliëntgericht; de cliënten lijken daarmee echter wel eens te vergeten dat een hulpverlener er echt werk van maakt. Dit is tenminste het gevoel dat Karlijn wel eens krijgt. Wanneer cliënten ergens naar toe gaan voor face to face-hulpverlening nemen zij een bepaalde verantwoordelijkheid, deze lijkt bij internethulpverlening minder te zijn. Verder geeft Karlijn aan dat problemen wel wennen, maar de wijze waarop mensen hiermee om gaan niet. Bij face to face-hulpverlening is de lading van cliënten bij een bepaald probleem voelbaar en dat kan haar raken. Karlijn geeft aan dat dit bij internethulpverlening wel minder is door het gebrek aan non-verbaal gedrag, maar dat cliënten hun gevoel soms zo beschrijven, dat ook bij internethulpverlening deze lading voelbaar is.

Karlijn denkt dat hulp via internet ook voor het algemeen maatschappelijk werk wel inzetbaar is, maar op een andere manier dan www.internethulpverlening.nl nu. Ze heeft echter niet nagedacht over de wijze waarop dit dan mogelijk kan. Op de vraag of Karlijn zelf door verwijst naar www.internethulpverlening.nl, zegt zij dit eigenlijk weinig te doen. Soms noemt ze het als optie wanneer de face to face-hulpverlening wordt afgesloten, zodat de cliënt het als een vorm van nazorg kan gebruiken. Ze heeft het ook wel eens bij ouders genoemd voor hun kinderen.

Bijlage 5: Weergave interview Heleen Westendorp

Naam: Heleen Westendorp

Organisatie: Tactive / Tactus

Functie: productontwikkeling / senior programmaleider

Onderwerpen

Kennismaking

Heleen werkt momenteel vooral voor Tactive en houdt zich daar bezig met het ontwikkelen van nieuwe 'debaas'-internetbehandelingen. Daarnaast werkt zij nog voor Tactus waar zij leidinggevende is van het team Internetbehandeling.

E-mental health

Heleen werkte als ambulant hulpverlener in de verslavingszorg. De preventie afdeling van Tactus wilde iets ontwikkelen waardoor er niet alleen méér problematisch drinkers bereikt konden worden maar waardoor mensen ook eerder in hun 'verslavingscarrière' hulp zouden zoeken. Het idee was hulp toegankelijker te maken via een website en/of via e-mail. Geïnspireerd door www.interapy.nl werd het een internetbehandeling. Het draaiboek van de zelfcontrolegroep, een methode gebaseerd op uitgangspunten uit de cognitieve gedragstherapie, die toen draaide binnen de face to face-hulpverlening, hebben Heleen en haar collega's uiteindelijk vertaald naar een online versie. Heleen heeft een grote bijdrage gehad aan het ontwikkelen van Alcoholdebaas.nl en is dan ook zeer betrokken bij het eindproduct. Ook het pionieren op dit gebied vindt zij erg leuk.

Heleen vertelt hoe Tactive inmiddels is georganiseerd. Tactive is een CV, commanditaire vennootschap. De aandelen van Tactive zijn momenteel in handen van Tactus. Tactive is een onderneming die werkt volgens het franchiseprincipe, waarbij Tactive de franchisegever is. Instellingen in de verslavingszorg zijn de franchisenemers. Op dit moment zijn er contracten afgesloten met Tactus, Symfora en Re-set (Mondriaan Zorggroep).

De hulpverleners van deze organisatie hebben ervaring met face to face-hulpverlening in de verslavingszorg en worden door Tactive opgeleid tot internetbehandelaars voor Alcoholdebaas.nl. Tactive verzorgt ook de certificering van de franchisenemers.

Elke franchisenemer betaalt Tactive een bepaald bedrag per cliënt voor de werkzaamheden van Tactive. Enkele voorbeelden van deze werkzaamheden die Heleen noemt zijn: ontwikkelkosten, pr-activiteiten en het beheren van de website.

Verder vertelt Heleen dat elke franchisenemer samenwerkt met een eigen zorgverzekeraar. Wanneer het gaat om de financiering van de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl, is dit lastig. Wat daarbij ook een rol speelt, is dat cliënten zelf de franchisenemer moeten kunnen kiezen wanneer zij zich aanmelden bij Alcoholdebaas.nl. Dit heeft te maken met de mededingingswet waar de Nederlandse Mededingingsautoriteit toezicht op houdt. Heleen vertelt dat Tactive bezig is om een manier te vinden waarop ze cliënten een beter gefundeerde keuze kunnen laten maken voor een franchisenemer.

Bijvoorbeeld door hen een overzicht te bieden op bijvoorbeeld evt. wachttijden en hoe de

internetbehandeling per franchisenemer gewaardeerd wordt. Zo blijft Tactive voortdurend bezig met kwaliteitsverbeteringen van de applicatie.

De werknemers van Tactive verlenen geen hulp aan cliënten van Alcoholdebaas.nl. Dit wordt gedaan door hulpverleners van de franchisenemers. De aanmeldingen voor Alcoholdebaas.nl komen wel bij Tactive binnen. Tactive stuurt deze dagelijks door naar de desbetreffende organisaties. Wanneer uit de aanmelding blijkt dat de situatie ernstig is, krijgt de cliënt direct reactie van de franchisenemer. In de meeste gevallen wordt de cliënt dan doorverwezen naar de huisarts.

De werknemers van Tactive modereren het forum op de website. Zij controleren dus of de berichten die geplaatst worden op het forum voldoen aan de opgestelde spelregels.

Daarnaast is Tactive bezig om zelfhulp via de chat te ontwikkelen, vertelt Heleen. Het bleek dat cliënten hier behoefte aan hebben en Tactive heeft gezegd deze wens uit te willen werken. Het gaat om een chat waarbij een groep cliënten over een bepaald thema kan chatten. Eén van de cliënten zal als gesprekleider functioneren en een hulpverlener van Tactive zal dienst doen als achterwacht. Het is de bedoeling dat iemand straks op de website kan zien welke chatgroepen er zijn en enkele gegevens over de samenstelling van deze groepen. Heleen noemt als voorbeeld gegevens over geslacht, leeftijdsindicatie en gegevens over behandeling.

Tactive is dus een organisatie die hulp via internet ontwikkelt en alle zaken daarom heen organiseert. Zo heeft Tactive bijvoorbeeld een eigen pr-medewerker. Er heerst binnen Tactive dan ook meer een bedrijfscultuur volgens Heleen.

Werkwijze e-mental health

Heleen noemt tijdens het gesprek enkele voorbeelden van de werkwijze van Alcoholdebaas.nl. Wij zijn echter niet diep ingegaan op dit onderwerp, maar vooral op de kwaliteit. Heleen benadrukt dat de module Alcoholdebaas.nl is gebaseerd op uitgangspunten uit de cognitieve gedragstherapie en dat motiverende gespreksvoering de basis is in elke reactie. In het gesprek met Marielle komt dit onderwerp uitgebreider aan bod.

Vergelijking met face to face hulpverlening

Dit onderwerp is niet duidelijk ter sprake gekomen. In het gesprek met Marielle is hieraan meer aandacht besteed. In het gesprek met Heleen vertelt dat zij dat ze het gebrek aan non-verbaal gedrag ook als een voordeel ziet. Doordat non-verbaal gedrag niet zichtbaar is, zal de cliënt gevoel en gedrag expliciet moeten benoemen aan zijn onlinehulpverlener. Dit maakt dat de cliënt zich hier meer bewust van wordt. Heleen zegt hier verder over dat wanneer een cliënt iets niet zegt, het er voor de hulpverlener niet is. De hulpverlener kan er dus niet op in gaan. Dit zorgt ervoor dat cliënten gedrag en gevoel uit moeten spreken. Een ander voordeel dat Heleen noemt tijdens het gesprek, heeft betrekking op de technische kant van Alcoholdebaas.nl. De techniek maakt het namelijk onmogelijk om de verschillende stappen van de module in een andere volgorde uit te voeren. Binnen face to face-hulpverlening is dit wel mogelijk. Een voorbeeld dat Heleen noemt, gaat over de leefstijltraining. Deze training is onderzocht en effectief gebleken, het is een evidence

based methode. Dit geldt echter alleen wanneer de training volgens het protocol wordt uitgevoerd. In de praktijk blijkt dat hulpverleners dit regelmatig niet doen. Hulpverleners blijken uit de methode te halen wat zij nuttig achten. Door deze werkwijze is de methode niet meer evidence based. Bij internethulpverlening via Alcoholdebaas.nl kan de hulpverlener de stappen niet in een andere volgorde uitvoeren; dit laat de techniek niet toe. Het protocol moet dus gevolgd worden en dit komt de effectiviteit en kwaliteit ten goede.

Een mogelijk nadeel dat hieruit voorkomt, is dat hulpverleners via een strak protocol moeten werken en dit mogelijk als niet prettig ervaren. Uit de ervaring van Heleen blijkt echter dat hulpverleners dit niet zo ervaren als ze er eenmaal mee aan het werk zijn. Naast de vaste stappen, is het contact sterk gericht op de persoonlijke situatie van de cliënt. Dit loopt als een rode draad door de behandeling heen. Daarbij merken ze dat er een sterke hulpverlener-cliënt-relatie ontstaat. Juist door het anonieme karakter van de behandeling en doordat de deelnemer niet direct hoeft te reageren op de hulpverlener, zijn cliënten eerlijker en durven ze zich meer bloot te geven dan bij face to face-contact. Dat maakt het contact ondanks het vaste protocol zeer persoonlijk.

Kwaliteit e-mental health

Al vanaf de opbouw van de module Alcoholdebaas.nl speelt kwaliteit een rol. Heleen vertelt dat alle teksten tijdens de ontwikkeling van Alcoholdebaas.nl door de eerste geneeskundige van Tactus zijn gelezen. Vervolgens zijn alle teksten ook door de doelgroep en andere professionals gelezen. Dit om ervoor te zorgen dat de teksten kloppend en duidelijk waren. De applicatie is uitgebreid getest op gebruiksvriendelijkheid en er zijn twee pilots uitgevoerd. Synchron aan de internetbehandeling loopt voortdurend onderzoek. Zo is er van meet af aan zicht op de effectiviteit en behandelresultaten. Heleen geeft aan dat er met een klein team is gewerkt aan de ontwikkeling van Alcoholdebaas.nl en dat dit ervoor zorgde dat er veel voortgang in het proces zat.

Om de kwaliteit van Alcoholdebaas.nl te waarborgen, wordt er met elke franchisenemer een contract afgesloten. Een onderdeel van het contract is het handboek waarin vele afspraken met betrekking tot de uitvoering en werkwijze zijn uitgewerkt. De franchisenemer moet zich houden aan het handboek. Het contract en het handboek zijn de minimale afspraken die er met elke franchisenemer gemaakt worden. Heleen geeft aan wel het één en ander over dit handboek te willen vertellen en toont het mij ook, echter het gaat om bedrijfsgevoelige informatie. Ik zal dus niet alle informatie benoemen in deze weergave.

Een franchisenemer moet ISO gecertificeerd zijn, vertelt Heleen. Eigenlijk werkt Tactive het liefst samen met organisaties die naast ISO gecertificeerd ook HKZ gecertificeerd zijn. Tactive certificeert de franchisenemers zelf ook, om deze certificering te behalen moet een organisatie aan verschillende eisen voldoen. Tactive heeft ook het recht om de certificering weer in te trekken wanneer blijkt dat de kwaliteit van de hulp die door een franchisenemer geboden wordt bij Alcoholdebaas.nl niet voldoende (meer) is. Om te controleren of een organisatie voldoende kwaliteit levert, voert Tactive dossiercontroles

(audits) uit. Daarnaast is Tactive in de gelegenheid om alle hulp die verleend wordt via Alcoholdebaas.nl terug te lezen.

Enkele andere voorbeelden van afspraken die gemaakt worden om de kwaliteit te bewaken, zijn afspraken over opleidingsniveau (minimaal hbo), reageertijd (deze bedraagt maximaal 3 dagen) en de tijd tussen aanmelding en start van de behandeling.

Tactive leidt internetbehandelaars zelf op en zorgt op deze manier voor kwaliteit. Verder worden er afspraken gemaakt over de werkplek van de internetbehandelaar en de tijd die een internetbehandelaar voor Alcoholdebaas.nl krijgt.

Heleen noemt verder dat Tactive zich ook aan richtlijnen op technisch gebied houdt. De technische kant moet immers ook in orde zijn om kwaliteit te kunnen leveren. Daarnaast zijn er nog andere wetten waar Tactive en franchisenemers zich aan moet houden.

De techniek draagt ook bij aan de kwaliteit van Alcoholdebaas.nl. Zo zijn er zogenaamde alarmbellen ingebouwd. Wanneer een cliënt een bepaalde vraag van bijvoorbeeld de intake positief invult, weet de hulpverlener dat hij hier op in moet gaan.

Instellingen zijn verplicht om cliëntdossiers vijftien jaar te bewaren. Dit geldt uiteraard ook voor onlinedossiers. Waar Tactive op dit moment tegen aanloopt, is dat er nog geen dragende media zijn die vijftien jaar mee gaan. Tactive is nog op zoek naar een manier om dit op te lossen.

Heleen vertelt verder dat elke franchisenemer naast internetbehandelaars, een coach, een hoofdbehandeling en een arts moeten hebben. Dit is nodig om de internetbehandelaars te ondersteunen zodat zij kwalitatief goede hulp kunnen verlenen.

Een ander punt dat Heleen noemt zijn de verschillende raden. Tactive heeft verschillende raden opgericht waar een franchisenemer aan kan deelnemen. Via deze raden hebben franchisenemers de mogelijkheid tot inspraak. Franchisenemers kunnen zo meepraten over de kwaliteit van Alcoholdebaas.nl, maar ook hun wensen kenbaar maken.

Mening over e-mental health

Uit het gesprek blijkt dat Heleen zeer enthousiast is over Alcoholdebaas.nl. In haar verhaal komen haar ideeën en die van Tactive duidelijk naar voren.

Bijlage 6: Weergave interview Wouter Wolters

Naam: Wouter Wolters

Organisatie: Stichting E-hulp

Functie: Adviseur

Onderwerpen

Kennismaking

Wouter werkt bij Stichting E-hulp, hij is daar adviseur. Stichting E-hulp is opgericht door Frank Schalken. Frank was als vrijwilliger betrokken bij het ontwikkelen van de chatfunctie van De Kindertelefoon. Frank bedacht dat als De Kindertelefoon geholpen was bij deze vorm van hulpverlening dit voor meerdere organisaties zou gelden. Samen met vier freelancers is Frank drie jaar geleden gestart met de Stichting E-hulp.

E-mental health

Sinds juni 2008 is Wouter werkzaam bij Stichting E-hulp. Hij is werkzaam als adviseur; dit houdt in dat hij organisaties adviseert die willen starten met online hulpverlening of deze vorm van hulpverlening willen verbeteren. Organisaties benaderen Stichting E-hulp zelf wanneer zij vragen hebben rondom online hulpverlening. Wouter kijkt met de organisatie of online hulp geschikt is voor de organisatie. Wanneer dit zo is, geeft hij advies over het te volgen traject. Implementatie van online hulpverlening vraagt om een organisatieverandering. Zo zullen methodiek en beleid aangepast moeten worden. Vaak wordt er een projectgroep opgestart om deze verandering door te voeren, Wouter kan dan deelnemen aan de projectgroep of hij is projectleider namens Stichting E-hulp.

Daarnaast verzorgt Wouter workshops en master classes voor organisaties als inleiding op online hulpverlening. Hij laat dan enkele mogelijkheden en voorbeelden zien van online hulpverlening. Ook noemt hij de kenmerken, voordelen en nadelen.

Verder verzorgt Stichting E-hulp ook trainingen. Er zijn drie verschillende trainingen, één gericht op chatten, één gericht op e-mailen en één gericht op het beheren van een forum. Voor de chattrainingen is de meeste belangstelling op dit moment.

Wouter schat dat er ongeveer twee à drie organisaties per maand Stichting E-hulp benaderen voor een training. Daarnaast wordt Stichting E-hulp ongeveer tweemaal per maand benaderd voor een adviestraject of workshop. Een adviestraject met als doel online hulpverlening implementeren in een organisatie kost meestal één à twee jaar.

Werkwijze e-mental health

Bij de chattrainingen wordt gebruik gemaakt van een vijffasenmodel. Dit model is de basis voor de methodiek die hulpverleners gebruiken bij online hulpverlening. Hulpverleners leren om de cliënt eerst welkom te heten op een prettige manier. Daarna gaat de hulpverlener de vraag verduidelijken. Vervolgens wordt het doel voor de chatsessie vastgesteld met de cliënt. Daarna gaan cliënt en hulpverlener werken aan dit doel. Ten slotte sluit de hulpverlener het chatgesprek af. Deze stappen zijn ook te herkennen bij bijvoorbeeld het vijfgesprekkenmodel dat gebruikt wordt binnen het maatschappelijk werk. De precieze uitwerking van deze vijf fases verschilt per organisatie. Verder wordt in de training geoefend met het voeren van een chatgesprek. Ook wordt deelnemers

duidelijk gemaakt dat zij emoties, zowel die van zichzelf als die van de cliënt, expliciet moeten benoemen. Ook de veiligheid van het systeem komt aan bod en hoe gesprekken opgeslagen en gearchiveerd kunnen worden.

Bij de e-mailtrainingen wordt de deelnemers geleerd hoe zij snel achter het probleem van de cliënt kunnen komen. Verder wordt ook aandacht besteed aan het snel maken van verdere afspraken rondom het aanpakken van het probleem van de cliënt. Wouter geeft aan dat door met zo min mogelijk berichten tot de kern en de aanpak van het probleem te komen, de kans het grootst is dat cliënten (blijven) reageren op e-mails van hulpverleners. Cliënten ervaren op deze manier voldoening en zijn dan sneller geneigd verdere behandeling te volgen, volgens Wouter.

De laatste training die Stichting E-hulp geeft, is de forumtraining. In deze training wordt vooral ingegaan op het beheer van een forum. Hoe kunnen hulpverleners de kwaliteit en veiligheid van een forum bewaken. Zo moet een organisatie bedenken wat zij toelaat op een forum. Schelden mag over het algemeen niet, ook het geven van e-mail adressen en telefoonnummers wordt vaak verboden. Het is verder belangrijk dat een organisatie nadenkt over hoe medewerkers gebruik maken van het forum. Reageren medewerkers wel of niet, is dat altijd dezelfde medewerker of zijn dat verschillende medewerkers en reageren alle medewerkers dan onder dezelfde naam of onder verschillende namen? Al deze onderwerpen komen tijdens de training van Stichting E-hulp aan bod.

Vergelijking met face to face hulpverlening

Wouter noemt als voordelen dat online hulpverlening goedkoper en efficiënter is. Bij online hulpverlening zijn cliënten anoniem en hierdoor vertellen zij sneller hun probleem, er is dus minder tijd nodig om een cliënt te helpen. Daarnaast worden er nieuwe doelgroepen bereikt met online hulpverlening. Verder is er meer onderzoek naar het effect van online hulpverlening, dit maakt dat er vaker sprake is evidence based werken.

In de workshop van Stichting E-hulp worden de volgende voordelen genoemd: lagere drempel, meer openheid, eenvoudiger opslaan, eenvoudiger evalueren, efficiënter, meer keuzevrijheid, effectiever, voordelen voor vrijwilligers. Als voorbeeld bij dit laatste voordeel noemt Wouter de vrijwilligers van Humanitas. Gehandicapte vrijwilligers kunnen nu vanuit hun thuissituatie chatdiensten draaien. Zij hoeven nu bijvoorbeeld nog maar één keer per maand naar de organisatie toe in plaats van wekelijks.

De nadelen die genoemd worden door Wouter zijn de volgende: eerder misverstanden en conflicten, verminderd commitment, mogelijkheid voor een virtuele identiteit, lastiger verwijzen, lastiger ingrijpen bij crisis, afhankelijk van toegang (tot internet) en kennis (over internet), mogelijkheid van technische problemen, risico verminderde privacy. Het eerder ontstaan van misverstanden en conflicten wordt deels door training in online hulpverlening voorkomen.

Kwaliteit e-mental health

Kwaliteit is van vele variabelen afhankelijk, zegt Wouter. Methodisch gezien is online hulp kwalitatief goed wanneer het probleem snel wordt gevonden.

Belangrijk voor de kwaliteit van een website is volgens Wouter, dat het duidelijk is wie (welke organisatie) er achter de website zit. Ook zou duidelijk moeten zijn wie de behandelaars zijn, zijn dit professionals of vrijwilligers en zijn zij geschoold of niet?

Wanneer deze personen geschoold zijn, welke scholing hebben zij dan gevolgd. Zo weet de cliënt met wie hij te maken heeft en of hij niet met 'zomaar iemand met goede bedoelingen' te maken heeft. Het doel van de organisatie en de website zou ook vermeld moeten worden, wil de website van goede kwaliteit zijn.

Een organisatie die kwalitatief online hulp verleent, zal zijn verantwoordelijkheid nemen bij misgelopen hulpverlening.

Verder noemt Wouter de veiligheid van de internetapplicatie die gebruikt wordt voor online hulpverlening. Het gaat vaak om privacygevoelige informatie, dus moet veiligheid hiervan gegarandeerd zijn. Ook de functionaliteit van de internetapplicatie is van belang voor de kwaliteit. Een hulpverlener kan bijvoorbeeld afspreken een cliënt op een bepaald moment nogmaals via de chat te spreken. Een hulpverlener moet dan wel de mogelijkheid hebben om deze cliënt op het afgesproken tijdstip te spreken. De internetapplicatie moet hiervoor dan de mogelijkheid bieden.

Verder is het belangrijk dat er protocollen zijn en dat de organisatie beleid maakt betreffende online hulpverlening. De gehele organisatie moet een verandering ondergaan om kwalitatief goede online hulp te kunnen verlenen.

Om goede kwaliteit te leveren via online hulp is het belangrijk dat hulpverleners hierin getraind/geschoold worden. Online hulpverlening is anders dan face to face-hulpverlening en hierin zullen hulpverleners dus getraind moeten worden. Wanneer hulpverleners in het begin begeleiding krijgen bij het online hulp verlenen, vergroot dit de kwaliteit van de geboden hulp.

Er komt steeds meer onderzoek naar online hulpverlening, dit zorgt ervoor dat online hulpverlening steeds vaker evidence based is. Het onderzoeken van online hulpverlening is goed voor de ontwikkeling van het werkveld, daarnaast heeft onderzoek invloed op de kwaliteit.

Mening over e-mental health

Wouter geeft aan dat vooral maatschappelijk-werk-organisaties Stichting E-hulp benaderen, naast ggz-instellingen. Ook noemt hij dat het hoofdkantoor van het Juridisch Loket bezig is met een chatfunctie.

Wouter laat verder nog andere voorbeelden zien van online hulpverlening door maatschappelijk-werk-organisaties. Ook laat hij een voorbeeld zien waarbij een decaan van een school de mogelijkheid biedt om te chatten. Daarnaast laat hij een (Amerikaanse) website zien waar nazorg aan jongeren wordt geboden. Een ander voorbeeld dat Wouter laat zien is een game die gemaakt is voor kinderen met kanker. Dit spel is gemaakt in Amerika door HopeLab. Pamela Kato is betrokken als onderzoekster en heeft onderzoek gedaan naar de effecten van dit spel. Uit dit onderzoek blijkt dat het spel ervoor zorgt dat kinderen meer inzicht hebben in hun ziekteverloop. Kinderen nemen met minder moeite hun medicijnen en zijn gemotiveerder voor een bezoek aan de arts. Het UMC maakt momenteel gebruik van deze game ter ondersteuning van de behandeling. Zij zijn ook bezig om met Pamela Kato een versie van deze game voor chirurgen te maken.

Nog een ander voorbeeld dat Wouter aanhaalt is therapieland. Op deze website stellen de hulpverleners zich persoonlijk voor en vertellen waarom een cliënt hen als hulpverlener moet kiezen. Wouter vertelt dat hij vaak reacties hoort dat mensen dit helemaal niet zo prettig vinden. Mensen zoeken hulp en willen dan zelf centraal staan; zij hebben blijkbaar weinig behoefte aan persoonlijke verhalen van hun hulpverlener is.

Hij laat ook een voorbeeld van een forum zien over loverboys waar een meisje haar e-mailadres geeft. Het gebeurt echter steeds vaker dat loverboys hun slachtoffers via internet scouten. Het is dus belangrijk dat e-mailadressen en telefoonnummers niet worden genoemd op forums.

Wat Wouter verder nog noemt rondom online hulpverlening, is dat er geen instantie is die websites controleert. Iedereen kan een website maken waarop hij verkondigt online hulp te bieden, er hoeft dus geen instelling achter een website te zitten. Het is daarom belangrijk dat wanneer er wel een organisatie achter een website zit, deze organisatie zich kenbaar maakt.

Over financiering vertelt Wouter dat geprotocolleerde evidence based online behandelingen vaak wel door zorgverzekeraars worden vergoed. Hij vertelt ook dat zorgverzekeraars soms zelftesten inzetten; zij doen dit om ervoor te zorgen dat hun klanten op het juiste moment naar de huisarts gaan.

Echter een groot deel van de online hulpverlening is preventie. In dat geval wordt online hulpverlening vaak gefinancierd uit gelden die er zijn voor preventie. Online hulpverlening kan ook gefinancierd worden door projectsubsidies of fondsen. Echter zijn dit vaak tijdelijke gelden, waardoor de continuïteit van online hulpverlening door professionals niet altijd gegarandeerd is. Dat de financiering nog niet optimaal geregeld is, wijst erop dat online hulpverlening nog in de kinderschoenen staat. Wat ook steeds vaker gebeurt, vertelt Wouter, is dat organisaties een bijdrage vragen aan cliënten. Deze bijdrage is dan niet zo groot dat de kosten gedekt worden, maar een deel van de financiering is hiermee wel opgelost. In sommige gevallen, vaak bij particulieren online hulpverleners, worden wel de volledige kosten voor behandeling in rekening gebracht bij de cliënt. De cliënt kan dan kijken of hij dit vergoed krijgt door de verzekering of het zelf betalen. Wouter geeft aan dit niet per direct slecht te vinden; het biedt namelijk wel de kans om online hulpverlening verder te onderzoeken. Wanneer uit deze onderzoeken blijkt dat de hulp effectief is, zullen zorgverzekeraars en gemeenten eerder bereid zijn geld te investeren in deze vorm van hulpverlening.

Wouter noemt verder nog aanleidingen voor organisaties om te starten met online hulpverlening. Aanleidingen die hij noemt, zijn de volgende: toegankelijkheid vergroten, aansluiten bij de belevingswereld van de doelgroep, bovenregionaal, goedkoper, voorbereiden op verdere hulpverlening, vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt en voorkomen van een abrupt einde aan de hulpverlening.