

Online hulpverlening in de CGG

Inleiding

Online hulpverlening: 'matched' en 'stepped care' (getrapte zorg)

Twee principes zijn van belang binnen de gezondheidszorg. Ten eerste is er het '**matched care**' principe: elke cliënt/patiënt heeft recht op de juiste behandeling die bij zijn/haar diagnose past en cliënten/patiënten met dringende noden moeten ook zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlening terecht kunnen.

Daarnaast is er ook het '**stepped care**' principe. Dit houdt in dat er niet meer hulp aangeboden wordt dan momenteel aangewezen is. Men maakt de cliënt/patiënt niet meer afhankelijk van de hulpverlening dan strikt nodig voor zijn of haar problematiek. In de hulpverlening wordt daarom best een stapsgewijze zorg voorzien. De grootste groep van patiënten zal voldoende geholpen zijn met een korte of minder intensieve behandeling, die minimaal ingrijpend is in hun persoonlijke leven. De meer intensieve vormen van therapie worden dan voorbehouden voor een kleinere groep van patiënten met een meer ernstige problematiek.

Online hulpverlening kan perfect aansluiten bij beide principes, wegens het laagdrempelige karakter en de snelle bereikbaarheid van deze hulpvorm voor een groot deel van de bevolking. Online hulpverlening biedt ook mogelijkheden om een rol te kunnen spelen op de **verschillende niveaus** van het aanbieden van zorg: eerste, tweede en derde lijn.

Online hulpverlening op verschillende niveaus van zorg

Toegankelijke online informatie, zelftests, zelfhulpprogramma's, crisisinterventie en bespreken van problemen via mail of chat, kunnen bijdragen aan het verbeteren van de **eerstelijnszorg**. Deze werkwijzen worden trouwens al met succes toegepast door een heel aantal eerstelijnsorganisaties.

Meer langdurige vormen van online begeleiding, mogelijk aan de hand van gestructureerde programma's, kunnen een bijdrage leveren aan de **tweedelijnszorg**. Ofwel als effectieve interventie, ofwel door de drempel te verlagen voor andere noodzakelijke zorg.

Online hulpverlening kan op de tweede lijn ook in de '**blended**' vorm aangewend worden, waarbij online toepassingen dus gecombineerd worden met face-to-face begeleiding. Op dit gebied zijn er mogelijkheden in het voortraject (periode tussen intake en start van de begeleiding), tijdens en na de effectieve individuele begeleiding of behandeling (zie verder).

De 'blended' online hulpverlening zou op een gelijkwaardige wijze een rol kunnen spelen in de **derdelijnszorg**, zowel tijdens als na een behandeling. In sommige gevallen zal de 'pure' online hulpverlening ook kunnen gebruikt worden in het kader van 'nazorg' of 'verdergezette behandeling'.

Stand van zaken in Vlaanderen

Eerste lijn

Op de eerste lijn zijn er in Vlaanderen reeds heel wat organisaties actief. Dikwijls begonnen zij als een telefonische hulpdienst, maar hebben zij gaandeweg hun aanbod uitgebreid via informatieve websites, internetfora, blogs, aanwezigheid op 'social networks' en hulpverlening via e-mail en chat. Vooral online hulp via chat blijkt de drempel voor de jongere populatie te verlagen.

Het betreft hier organisaties zoals Tele-Onthaal, het Centrum ter Preventie van Zelfdoding, JAC-online, de Kinder- en Jongerentelefoon, Slachtofferchat, De DrugLijn, Boysproject, de Holebi lijn, Teleblok en Child Focus, die allemaal deel uitmaken van OHUP (Online Hulpverlening Uitwisselings Platform).

Ook online zelftests en zelfhulpprogramma's bieden mogelijkheden voor de eerstelijnswerking. Zoals op o.a. volgende websites: 'fitinjehoofd.be', 'kleurjeleven.be', 'plukjegeluk.be', 'stopsmokingcoach.eu', en de cannabis en cocaïne zelfhulp op 'druglijn.be'.

Zelfhulpprogramma's staan ofwel volledig op zichzelf (dus werken zonder tussenkomst van een hulpverlener), of vallen onder de categorie 'begeleide zelfhulp'. Bij deze laatste categorie is er inbreng van een hulpverlener die als een 'coach' optreedt. Hierbij wordt meestal niet inhoudelijk ingegaan op wat een deelnemer brengt, maar wordt de deelnemer vooral aangemoedigd om opdrachten uit te voeren of om het programma verder te zetten. Indien nodig wordt de deelnemer ook doorverwezen naar meer gepaste hulp.

We stellen vast dat deze projecten en programma's een brede waaier aan doelstellingen combineren. Naast de klassieke doelstellingen van de eerste lijn werken ze immers ook aan maatschappelijke sensibilisering, verminderen van stigma en/of preventie van (mentale) gezondheidsklachten. Ze bereiken immers grote groepen en blijken ondanks een relatief beperkte inspanning toch zeer effectief te kunnen zijn. Daarnaast bieden bepaalde programma's ook al vormen aan van hulpverlening aan die we 'vroeg interventie' zouden kunnen noemen en daardoor sterker aanleunen bij de tweede lijn.

Voor de eerste lijn dringen er zich duidelijke noden op:

- 1) het beter afstemmen van de verschillende initiatieven onderling (een soort portaal site voor de burger),
- 2) een goede integratie van de initiatieven en een gerichte doorverwijzing en
- 3) kwaliteitsbewaking (hoe kunnen we de kwaliteit garanderen van het hulpaanbod en de programma's?)

Tweede lijn

Op de tweede lijn is online hulpverlening nog grotendeels onbestaand in Vlaanderen. Voor zover we weten bieden enkel 'alcoholhulp.be' en 'cannabishulp.be' online hulpverlening op langere termijn.

Beide websites zijn zelf opgebouwd volgens de principes van 'stepped care' en bestaan uit een informatief gedeelte met zelftest, een geautomatiseerd online zelfhulpprogramma en een programma met online begeleiding door een professionele hulpverlener. Zie ook bijlage 1.

Kleurjeleven.be biedt ook mogelijkheden om rond de problematiek van depressie op de tweede lijn met online toepassingen aan de slag te gaan. Behandelaars kunnen samen met hun patiënt/cliënt inschrijven voor het programma en kunnen hun patiënten opvolgen via de back-end van het systeem en hen via e-mail in het programma verder ondersteunen. Zie ook bijlage 2.

Mogelijkheden van online hulpverlening op de tweede lijn

Online hulpverlening kan op de tweede lijn zowel in 'pure' vorm, als in 'blended' vorm benut worden.

In 'pure' online vorm

De belangrijkste voordelen van volledige online behandelingen zijn ondertussen bekend. Ze zijn zeer laagdrempelig, kunnen anoniem aangeboden worden, zijn onafhankelijk van tijd en plaats, bereiken nieuwe doelgroepen en kunnen mensen in problemen vaak sneller bereiken. In het laatste geval betekent dit dikwijls dat ambulante face-to-face zorg kan vermeden worden.

Deze **laagdrempelige** hulpverlening kan op zijn beurt in een getrapte vorm aangeboden worden. In eerste plaats door overzichtelijke informatie aan te bieden die toegankelijk is voor een breed publiek. Ondanks een veelgehoorde bewering dat internetgebruikers weinig of niets zouden lezen online, blijkt het tegendeel dikwijls waar. Het klopt dat veel websitebezoekers zich bij een eerste bezoek beperken tot het oppervlakkig 'scannen' van een website. Wanneer ze echter op zoek zijn naar informatie die betrekking heeft op hun problemen, dan zullen ze terugkomen en gaandeweg meer lezen als ze kernwoorden gezien hebben die aansluiten bij wat ze zoeken.

Naast informatie kunnen er zelftests aangeboden worden, die onmiddellijk feedback genereren.

Een tweede trap kan bestaan uit een geautomatiseerd zelfhulpprogramma, ofwel zonder enige tussenkomst van een hulpverlener, ofwel als 'begeleide zelfhulp' waarbij de inbreng van een hulpverlener zich grotendeels beperkt tot 'coaching'.

De derde trap kan bestaan uit een effectieve online begeleiding op basis van een programma. Hierbij zullen tussenkomsten van hulpverleners zich niet beperken tot louter 'coaching', maar kan er meer ingespeeld worden op inhouden die een cliënt brengt en deze in evenwicht brengen met de taakgerichtheid van een programma. In dit kader kan een therapeutische relatie ontstaan die vergelijkbaar is met een face-to-face context (zie ook verder). Communicatie tussen hulpverlener en cliënt kan plaatsvinden via chat, e-mail of online berichten.

De 'pure' online hulpverlening kan zich toespitsen op duidelijk omschreven probleemgebieden, zoals bijvoorbeeld depressie, angstklachten, verslaving, ADHD, autisme, psychotische stoornissen, enz. Ofwel zal uit de praktijk blijken dat de geboden hulp voldoende is om deelnemers op eigen kracht verder te laten gaan, ofwel kan het efficiënte verwijzing naar ambulante of residentiële hulp mogelijk maken.

Deze vorm van online werken kan naast de inbreng van professionele hulpverleners ook gebruik maken van afgeschermd (en gemodereerde) internetforums, waar cliënten die online in behandeling zijn anoniem met elkaar contacten kunnen onderhouden. De praktijk wijst ondertussen

uit dat dit voor veel deelnemers aan online programma's een extra ondersteuning en motivatie betekent. Het biedt immers de mogelijkheid tot 'lotgenotencontact' op afstand.

Trap 1 en 2 kunnen in praktijk een overlapping betekenen met online preventie of eerstelijns gezondheidszorg. Wanneer deze reeds op dit gebied actief zijn is het natuurlijk niet nodig om opnieuw hetzelfde te gaan doen. Er kunnen dan afspraken gemaakt worden om de verschillende online activiteiten op elkaar af te stemmen en doorstroming mogelijk te maken tussen de verschillende initiatieven. Regelmatig krijgen eerstelijns hulpverleners nu reeds de vraag van cliënten of het niet mogelijk is om een langduriger online traject te volgen. Een aantal hulpvragers blijkt dus bewust voor online hulpverlening te kiezen, ook wanneer dit van langere duur is.

Om de **bereikbaarheid** van deze online hulpverlening te verzekeren kan ze best aangeboden worden via aparte websites, die geoptimaliseerd moeten worden voor zoekmachines. Het is immers van belang dat ze vlot kunnen gevonden worden door potentiële hulpvragers via het intypen van relevante zoektermen.

Online hulpverlening in deze vorm vraagt wel dat er (extra) hulpverleners beschikbaar zijn die getraind zijn en die dit aanbod in praktijk kunnen uitvoeren. Het kan niet overgelaten worden aan hulpverleners die nu reeds een volledig takenpakket uitvoeren via face-to-face contacten.

In 'blended' vorm

'Blended' wil zeggen een combinatie van face-to-face gesprekken met online toepassingen. Op dit gebied zijn er tal van mogelijkheden denkbaar tijdens verschillende stadia van de begeleiding of behandeling.

Ideaal zou zijn om gebruik te kunnen maken van een **modulair opgebouwd geheel van online applicaties**. Dit geheel kan bestaan uit:

- Eenvoudige hulpmiddelen die frequent gebruikt worden binnen allerlei behandelingen. Bijvoorbeeld: psycho-educatieve teksten, vragenlijsten en tests, inventaris van levensgebieden, bijhouden van een dagboek, registratiedagboeken, stemmingsmeters, samenstellen van een levenslijn, enz.
- Algemene modules die ruim toepasbaar zijn op cliënten met diverse problemen. Bijvoorbeeld modules gericht op: activering, slaapproblemen, voelen en denken, sociale vaardigheden, stoppen met piekeren, enz.
- Volledig online uitgewerkte protocollaire behandelingen rond duidelijk omschreven probleemgebieden (depressie, fobie, gegeneraliseerde angst, verslaving, ADHD, autisme, boulimie, enz.).

Bovenstaand modulair geheel kan ondergebracht worden op één server, waardoor verschillende organisaties gebruik kunnen maken van het aanbod van applicaties, terwijl ze de data van hun cliënten op aparte en afgeschermdede delen van deze server kunnen opslaan.

Hulpverleners zullen dan eenvoudige applicaties kunnen gebruiken, **of** een uitgewerkte protocollaire behandeling kunnen aanbieden **of** een online programma kunnen samenstellen op maat van hun cliënt. De hulpverlener kan dan beslissen op welk tempo verschillende opdrachten worden

aangeboden en/of het programma vervolgens aanpassen naarmate de cliënt en de behandeling evolueren.

Tijdens het voortraject

In het voortraject, de periode tussen intake en de effectieve begeleiding of behandeling, zou er informatie en psycho-educatie kunnen aangeboden worden via internet. Er kan aan de cliënt gevraagd worden om gestandaardiseerde vragenlijsten of eenvoudige tests in te vullen, waarbij deze reeds feedback krijgt die later face-to-face kan besproken worden. In principe zouden deze resultaten ook rechtsreeks in een dossier kunnen opgeslagen worden, wat tijdsbesparing oplevert voor de hulpverlener.

In het geval de periode tussen intake en de start van een effectieve begeleiding lang duurt zou er aan sommige cliënten voorgesteld kunnen worden om ondertussen reeds met een registratiedagboek te beginnen of enkele voorbereidende opdrachten uit te voeren. Deze activiteiten zijn expliciet niet bedoeld om 'de tijd op te vullen', maar kunnen reeds de eerste stappen zijn in de richting van meer zelfredzaamheid.

Tijdens de face-to-face begeleiding of behandeling

Hier kan gebruik gemaakt worden van eenvoudige toepassingen, of van een protocollair programma of van een programma 'op maat' dat een 'rode draad' vormt doorheen de behandeling. De geautomatiseerde opdrachten kunnen de zelfredzaamheid bij de cliënt verhogen en onmiddellijk feedback genereren. Er komt tegelijkertijd meer tijd vrij om tijdens de persoonlijke contacten bepaalde aspecten verder uit te diepen of om andere thema's te bespreken die relevant zijn voor de cliënt. Het online programma zorgt ervoor dat een onderliggende structuur aangehouden wordt, zowel voor de cliënt als voor de hulpverlener. Het kan hulpverleners die minder vertrouwd zijn met een bepaalde problematiek tevens meer houvast bieden.

Bij sommige cliënten, die bijvoorbeeld sociaal nog goed geïntegreerd zijn, zou een groter gedeelte van de behandeling volledig online kunnen verlopen. Terwijl de cliënt vorderingen maakt kan de hulpverlener dit online opvolgen en via online berichten feedback en aanwijzingen geven. Volgens behoefte kunnen dan op afgesproken tijdstippen face-to-face contacten plaatsvinden om te evalueren, bepaalde thema's door te praten, enz. Bij deze manier van werken zullen hulpverleners minder tijd verliezen door 'no shows' en zullen ze meer cliënten kunnen opvolgen met een kleinere tijdsinvestering. Bij deze werkwijze moet wel afgewogen worden of dit in het belang van de cliënt is. Tijdsbesparing alleen mag nooit de enige doelstelling zijn.

Er kunnen in de tussenliggende periodes ook 'reminders' verstuurd worden naar cliënten via automatische mailberichten of via sms. Bijvoorbeeld om eraan te herinneren dat medicatie tijdig moet genomen worden, om korte adviezen te geven of om te herinneren aan opdrachten of oefeningen die nog uitgevoerd moeten worden.

Bovenstaande methodieken kunnen nog verder aangevuld worden door bepaalde cliëntengroepen toegang te geven tot afgeschermd (en gemodereerde) forums, waardoor ze anoniem met elkaar contact kunnen nemen, net zoals bij de 'pure' online hulpverlening.

Na de begeleiding of behandeling

Ook in het kader van 'nazorg' of 'verdergezette behandeling' biedt internet mogelijkheden. Zeker wanneer het problematieken betreft die 'chronisch' zijn of een terugkerend patroon vertonen. Denken we maar aan verslaving, aanslepende sociale problemen of psychotische stoornissen. Ook al is het dikwijls een goede zaak dat begeleidingen of behandelingen niet eindeloos blijven aanslepen, toch hebben veel cliënten dikwijls nood aan langdurige ondersteuning (soms permanent, soms episodisch).

Online informatie, psycho-educatie, dagboeken of opdrachtmodules zijn permanent beschikbaar en de cliënt kan er telkens gebruik van maken wanneer daar behoefte aan is. Eventueel kan er online contact gehouden worden met een hulpverlener. Of er kan steun gezocht worden bij 'lotgenoten' via een afgeschermd forum dat gemodereerd wordt door een hulpverlener.

De therapeutische relatie binnen online hulpverlening

Online communicatie is in toenemende mate gemeengoed aan het worden bij steeds meer mensen in onze samenleving. Sommige aspecten ervan maken waarschijnlijk deel uit van een 'hype', die op termijn ook weer zal uitdoven. Het punt is echter niet om via online hulpverlening mee te doen aan welke 'hype' dan ook. De eerste ervaringen leren dat online hulpverlening een wezenlijke bijdrage kan leveren aan het verbeteren, toegankelijker maken, uitbreiden en in sommige gevallen ook efficiënter maken van de geestelijke gezondheidszorg.

Bij online hulpverlening wordt dikwijls gebruik gemaakt van een protocollaire aanpak, meestal gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische technieken die 'evidence based' heten te zijn. Dit kan verkeerdelijk de indruk wekken dat therapie gereduceerd wordt tot een soort 'eenheidsworst', waarbij cliënten als gedresseerde schapen doorheen een parcours moeten geleid worden, door therapeuten die de rol van herdershonden op zich nemen. De praktijk wijst ook hier weer uit dat dit niet overeenstemt met de realiteit.

Over het algemeen brengen cliënten naast hun klachten nog andere persoonlijke thema's ter sprake, meestal veel sneller en directer dan bij face-to-face contacten. Het gaat dan om relationele moeilijkheden, traumatische ervaringen en emotionele problemen van allerlei aard. De hulpverleners zullen hier altijd aandacht aan besteden en minstens een 'luisterend oor' bieden. Tegelijkertijd is het een kwestie om de deelnemers ook voldoende taakgericht te houden, rekening houdend met de evolutie die ze doormaken. In de overgrote meerderheid van de gevallen ervaren de hulpverleners dat er een 'therapeutische relatie' tot stand komt, vergelijkbaar met deze tijdens face-to-face contacten. Zoals bij face-to-face contacten hanteren hulpverleners hierbij een eigen 'stijl', gedeeltelijk gebaseerd op hun therapeutische achtergrond (die niet noodzakelijk cognitief-gedragstherapeutisch is).

Online communicatie vraagt een andere aanpak en andere vaardigheden dan gewone face-to-face begeleidingen. Eén van de belangrijkste verschillen is dat online communicatie doorgaans niet via gesproken taal, maar schriftelijk plaatsvindt. Naast een aantal nadelen (zoals het ontbreken van non-verbale communicatie, lichaamshouding, enz.) heeft dit ook voordelen. Over het algemeen is het een minder 'vluchtige' manier van communiceren dan een mondeling gesprek. De cliënt leest wat

de hulpverlener zegt, denkt er over na, reageert en kan nalezen wat hij zelf geschreven heeft. Op zich kan iets neerschrijven voor een cliënt al een therapeutisch waarde hebben (Lange e.a., 2002).

De hulpverlener moet enerzijds veel aandacht schenken aan het overbrengen van een boodschap, anderzijds zijn er ook meer mogelijkheden om na te denken over constructieve en gepaste interventies (parafraseren, confronteren, ...) die ideaal aansluiten bij de beleving van de cliënt op dat moment. Ook tijdens een chatgesprek bijvoorbeeld kan alles wat reeds geschreven werd, herlezen worden. Daardoor is het makkelijker om aan de cliënt tentatief terug te geven wat eigenlijk reeds verrat zat in wat de cliënt zelf heeft geschreven en aldus te werken aan zijn of haar motivatie, inzicht en probleemoplossend vermogen.

Een cognitief-gedragstherapeutisch programma kan dus wel een 'rode draad' vormen doorheen een online begeleiding, maar het dient gezegd dat de rol van de hulpverlener zich niet beperkt tot het louter 'coachen' van cliënten. M.a.w. hulpverleners moeten meer doen dan er enkel voor zorgen dat alle opdrachten uitgevoerd worden. Het zou ook geen goede zaak zijn om het programma te laten primeren op de ingesteldheid van een deelnemer. De hulpverleners moeten dus voortdurend balanceren tussen het ingaan op wat de cliënt brengt, de motivatie tot verandering ondersteunen en de cliënt zo veel mogelijk 'successen' laten behalen.

Implementeren van online hulpverlening op de tweede lijn

Het implementeren van online hulpverlening in zijn diverse vormen, overstijgt het louter ontwikkelen van technische applicaties binnen een modulair systeem en deze integreren in een website. Op alle niveaus van een hulpverleningsorganisatie zal immers een draagvlak moeten gecreëerd worden om de online toepassingen op een zinvolle en doelgerichte wijze te gaan gebruiken. Dit begint bij het faciliteren van deze ontwikkelingen door de subsidiërende overheden.

Binnen de uitvoerende organisaties zelf zal dit draagvlak organisch moeten groeien. Het invoeren van online hulpverlening is immers een geheel nieuwe manier van werken die niet zomaar van buitenaf kan opgelegd worden, want dat zal enkel weerstand creëren die zal uitmonden in een mislukking van het hele opzet. In eerste plaats zal het bestuur van een organisatie tot het besluit moeten komen dat online hulpverlening voordelen biedt, zoals het beter bereiken van de doelgroep, het bereiken van nieuwe doelgroepen, het effectiever maken van de hulpverlening in het kader van 'stepped care' of het efficiënter maken van de werking.

Binnen een organisatie is dan de volgende stap het opzetten van een werkgroep die gaat 'brainstormen', doelstellingen formuleert en actieplannen maakt. In eerste instantie doet men hierbij best eerst beroep op medewerkers die reeds gewonnen zijn voor de mogelijkheden van online hulpverlening en die als voortrekkers kunnen optreden. Vragen die hierbij aan bod kunnen komen zijn o.a.:

- Hoe kan online hulpverlening onze werking verbeteren?
- Welke doelgroepen, of een deel hiervan, kan hier baat bij hebben?
- Hebben we nood aan 'pure' online hulpverlening of 'blended' hulpverlening of een combinatie van beide?
- Wie zal het concreet gaan uitvoeren?

- Welke ondersteuning of opleiding hebben we hierbij nodig?
- Wat zijn eventuele kosten?
- Welke organisatieverandering brengt dit met zich mee?

Wanneer het gaat over de implementering van online hulpverlening in de volledige sector van de tweedelijns hulpverlening zouden vanuit deze werkgroepen in de verschillende organisaties ook mensen kunnen afgevaardigd worden om deel te nemen aan meer gespecialiseerde werkgroepen die het hele werkveld omvatten. In deze gespecialiseerde werkgroepen kan kennis en expertise worden samengebracht om bepaalde topics verder uit te werken. Bijvoorbeeld een werkgroep 'depressie' kan nagaan welke online tools bruikbaar zouden kunnen zijn bij het begeleiden of behandelen van depressieve klachten. Zij zouden ook kunnen nagaan wat aan bod kan komen in een volledig uitgewerkt online programma rond depressie. Hierbij kan zeker ook beroep gedaan worden op expertise vanuit organisaties die reeds ervaring hebben met online werken (zowel op de eerste en tweede lijn, als eventueel buitenlandse organisaties).

Omdat online hulpverlening nieuw is voor de meeste tweedelijns hulpverleners kan het in veel gevallen aanbevolen zijn om geleidelijk tewerk te gaan en niet 'full blown' te gaan implementeren. Bijvoorbeeld door te starten met handige algemene online tools die een ondersteuning kunnen vormen bij de reeds bestaande face-to-face werking. Wanneer medewerkers hier voordelen van ondervinden zullen ze sneller bereid zijn om ook meer uitgebreide hulpmiddelen, zoals een volledig programma, in overweging te nemen. Wanneer de 'blended' vorm ingeburgerd geraakt, komt er mogelijk interesse om ook volledig online te gaan werken.

Het kan ook andersom. Binnen CAD-Limburg en Drughulp Kempen bijvoorbeeld, die 'pure' online programma's in hun werking geïntegreerd hebben, ontstaat er net daardoor interesse bij andere hulpverleners om de mogelijkheden ook in 'blended' vorm te gaan toepassen.

Het verdient eveneens aanbeveling om met 'pilotprojecten' van start te gaan en te leren vanuit de ervaring die men hierbij opdoet. In de tweedelijnszorg bestaan er bijvoorbeeld twee volledige online projecten in het kader van alcohol- en drughulpverlening, nl. 'alcoholhulp.be' en 'cannabishulp.be'. Momenteel worden hierbij de eerste stappen gezet om deze programma's ook op 'blended' wijze te gaan gebruiken in meerdere ambulante drughulpverleningsorganisaties. Ook bij 'kleurjeleven.be' wordt in enkele CGG's reeds 'blended' gewerkt. Op termijn zal het mogelijk worden dat deze organisaties enkele van hun hulpverleners 'puur' online laten werken (wanneer ze daarvoor financiële middelen krijgen). Een regionale inbedding kan immers voordelen bieden op gebied van efficiënte verwijzing, wanneer dit nodig zou zijn.

Vanzelfsprekend zal voor de medewerkers die gebruik gaan maken van online hulpmiddelen opleiding en de mogelijkheid tot intervisie moeten voorzien worden. Dit zijn essentiële voorwaarden om online werking in welke vorm dan ook te laten groeien binnen een organisatie. Hierbij gaat het niet enkel om het leren werken met de applicaties, maar ook om online vaardigheden onder de knie te krijgen, zoals 'online lezen en schrijven', en mail- of chatmethodiek.

Er zal na verloop van tijd aandacht moeten besteed worden aan de bekendmaking van de online werking bij de doelgroepen. Wanneer een volledig online project wordt uitgewerkt bijvoorbeeld, stopt het werk niet bij het louter online zetten van een website en dan te wachten tot cliënten deze

zullen vinden en gaan gebruiken. Verder vraagt een website ook regelmatig om onderhoud en updates.

Het zou een goede zaak zijn wanneer de verdere implementatie van online hulpverlening kan gekoppeld worden aan wetenschappelijk onderzoek. Vanuit de wetenschappelijke wereld bestaat hier zeker interesse voor. Naast gedegen effectiviteitsonderzoek op langere termijn, kan er ook een meer inhoudelijke analyse plaatsvinden. Volgende vragen zouden kunnen gesteld worden:

- Wat zijn de werkzame principes en hoe kunnen deze mogelijk nog verbeterd worden?
- Welke hulpvragers zijn vooral gebaat met een online aanbod en welke niet?
- Zijn er nog andere therapeutische interventies mogelijk, die momenteel nog niet aangewend worden?
- Enzovoort...

Tenslotte is het ook interessant om cliënten of patiëntenverenigingen te bevragen rond de mogelijkheden van online hulpverlening. Welke verwachtingen hebben ze in dit verband en wat zijn mogelijke valkuilen? Voor een aantal cliënten zal online hulpverlening hoe dan ook geen optie zijn. In ieder geval kunnen we er nu al vanuit gaan dat cliënten nooit mogen gedwongen worden om gebruik te maken van online hulpverlening, en dat er steeds keuzevrijheid moet bestaan over de wijze van hulpverlening.

Enkele concrete voorstellen

Op het huidige punt van de ontwikkeling zijn er drie aangrijpingspunten om de online hulpverlening op de tweede lijn, en meerbepaald bij de CGG, van start te laten gaan.

Op de eerste plaats kan gedacht worden aan de oprichting van werkgroepjes binnen de verschillende CGG's die online toepassingen willen gaan gebruiken. Hierin kunnen mensen verzameld worden die reeds geïnteresseerd zijn in de mogelijkheid van online werken. Deze werkgroepen zouden natuurlijk kunnen geïnspireerd worden door studiedagen of workshops rond online hulpverlening, waarbij een overzicht geboden wordt van de mogelijkheden, reeds bestaande toepassingen gedemonstreerd worden of waar kennis kan gemaakt worden met mail- en chatmethodieken. In een volgend stadium kunnen vertegenwoordigers van die werkgroepen afgevaardigd worden in meer overkoepelende werkgroepen die topics uitwerken rond: eenvoudige hulpmiddelen, algemene modules die toepasbaar zijn op verschillende probleemgebieden, en uitgewerkte protocollaire behandelingen.

Moest er besloten worden om specifieke online applicaties te ontwikkelen op basis van de verzamelde kennis in de werkgroepen, dan is het grote voordeel dat deze op een gemeenschappelijk platform kunnen geplaatst worden. Hierdoor kunnen alle CGG's er gebruik van maken wanneer dit aansluit bij hun doelstellingen, en wanneer ze er klaar voor zijn. Het betekent ook dat de kosten van de ontwikkeling, het onderhoud en eventueel opleiding kunnen gedeeld worden.

Zoals reeds eerder vermeld eindigt het verhaal niet bij de techniek. Een effectieve implementatie zal moeten gepaard gaan met de nodige opleiding, training en intervisie.

Op de tweede plaats kan er geconsolideerd, en eventueel verder uitgewerkt worden wat reeds bestaat. We denken dan aan de online programma's van KleurJeLeven, Alcoholhulp en Cannabishulp. Deze programma's hebben hun waarde reeds bewezen (wat niet willen zeggen dat ze niet meer kunnen verbeterd worden).

'Psychische stoornissen' blijken de belangrijkste aanmeldingsklacht te zijn in de Vlaamse CGG's, 'verslavingsproblemen' de tweede belangrijkste bij volwassen mannen. Zie hiervoor:

www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Geestelijke-gezondheidszorg/Met-welke-problemen-komen-clienten-naar-een-CGG/

Bij volwassen vrouwen wordt 'stemmingsstoornissen' als belangrijkste diagnose gesteld. Het behandelaanbod in de CGG bestaat echter bijna uitsluitend uit individuele face-to-face therapie. Nochtans kunnen online behandeltrajecten, naast groepsbegeleidingen of –behandelingen, doeltreffende en kosten-efficiënte alternatieven bieden. Zeker bij lichte of matige depressieve klachten. KleurJeLeven kan bovendien 'blended' toegepast worden bij ernstige depressies of bij meer gecompliceerde problematieken.

Als we er rekening mee houden dat 'verslavingsproblemen' de tweede belangrijkste aanmeldingsproblematiek zijn bij volwassen mannen in de Vlaamse CGG's, en 'aan een middel gebonden stoornis' zelfs de belangrijkste diagnose is bij volwassen mannen, dan zijn er zeker mogelijkheden op dit terrein. De online hulpverlening bij Alcoholhulp en Cannabishulp was tot nu toe mogelijk dankzij de welwillende steun van het 'Verslavingsfonds' (FOD Volksgezondheid) en het RIZIV. Het was echter nooit de bedoeling van deze instanties om structurele financiering te voorzien op langere termijn. Beide programma's kunnen daarenboven niet alleen 'puur' online aangewend worden, maar ook in de 'blended' vorm.

Mogelijk bestaan er nog andere online toepassingen (zelftests, vragenlijsten, dagplanners, psycho-educatie,...) op de tweede lijn die door meerdere CGG's zouden kunnen gebruikt worden.

Online toepassingen bieden mogelijk ook een oplossing voor de hoge drempel die vaak ervaren wordt bij psychotherapie en voor de lange wachttijden. Ze kunnen verder een rol opnemen bij preventie van meer ernstige klachten of van herval.

Op de derde plaats kan er een verkenning plaatsvinden van de mogelijkheden om aan te sluiten bij reeds bestaande online initiatieven en toepassingen op de eerste lijn. Is het aanbod van zelftests en opdrachten op 'Fit in je hoofd' bruikbaar op de tweede lijn en kan er 'blended' mee gewerkt worden? Kunnen de zelftests van De DrugLijn aangewend worden binnen het motivationeel werken tijdens een face-to-face begeleiding? Enzovoort.

Wat betreft opleiding, training en intervisie kan ook beroep gedaan worden op de know-how van enkele eerstelijnsorganisaties (zoals Tele-onthaal, JAC-online, zelfmoordlijn en KJT) . Het zou trouwens een goede zaak zijn als de tweede lijn zijn online werking kan laten aansluiten op datgene wat reeds op de eerste lijn gebeurt. Vooral wat betreft efficiënte verwijzing van hulpvragers die bewust kiezen voor online hulpvormen.

Welke doelgroepen?

Bij het introduceren van online hulpmiddelen op de tweede lijn kan rekening gehouden worden met de doelgroepen die nu reeds beroep doen op het CGG aanbod. Stemningsstoornissen en verslavingsproblemen zijn bijvoorbeeld belangrijke thema's bij volwassenen. Een vierde van het CGG cliënteel bestaat echter uit jongeren onder de 18 jaar, met diverse problemen. Het moet zeker mogelijk zijn om ook voor hen online hulpmiddelen in te schakelen, aangezien deze gemakkelijk kunnen aansluiten bij hun leefwereld als zogenaamde 'digital natives'.

Als we dus rekening houden met datgene wat reeds bestaat online en met de grootste doelgroepen binnen de geestelijke gezondheidszorg, dan zijn er drie pilootprojecten rond belangrijke topics denkbaar, namelijk rond: stemningsstoornissen, middelenmisbruik en problemen bij jongeren. De concrete invulling hiervan zal afhangen van wat er uit het overleg binnen de verschillende werkgroepen tevoorschijn komt, en wat praktisch en financieel mogelijk is.

Herwig Claeys

Psycholoog CAD-Limburg

Coördinator en medeontwikkelaar van Alcoholhulp / Cannabishulp

Debora Vansteenwegen

PhD Psychologie en directeur ISW Limits

Met medewerking van Tim Vos

Psycholoog - online hulpverlener Drughulp Kempen

Bijlage 1: Alcoholhulp.be

Slechts een klein percentage van ernstige problematische drinkers doet beroep op hulpverlening. Gemiddeld duurt het dan nog een 7-tal jaren vooraleer ze effectief die stap zetten. Belangrijkste struikelblokken zijn: angst voor stigmatisatie, verlies van privacy en wantrouwen tegenover hulpverlening in het algemeen. Nochtans heeft overmatig drinken een zeer grote weerslag op de algemene gezondheid, het sociaal functioneren en op de economische productiviteit (Rehm et al., 2003; WHO, 2007).

Verder werd binnen de ambulante alcohol- en drughulpverlening al jaren geconstateerd dat bepaalde doelgroepen onvoldoende bereikt werden, met name: vrouwen, 50-plussers, werkenden en hoger opgeleiden. Geïnspireerd door voorbeelden uit het buitenland besloten CAD-Limburg en 'Drughulp Kempen' (een samenwerkingsverband tussen CGG Kempen en CAW De Kempen) om in eerste instantie een 'puur' online project op te zetten. Een online aanbod zou de communicatiekanalen met hun doelgroep kunnen uitbreiden. Er waren twee mogelijkheden. Ofwel konden problematische drinkers voldoende steun vinden bij het online aanbod, waardoor ze op langere termijn geen beroep meer moesten doen op gespecialiseerde diensten. Ofwel zou het online aanbod drempelverlagend kunnen werken voor diegenen die wel een intensievere begeleiding nodig hebben. Online hulpverlening kon dus goed ingepast worden in wat 'stepped care' genoemd wordt.

Voor financiering kon een aanvraag gedaan worden bij het Verslavingsfonds van FOD Volksgezondheid en het RIZIV. Dit fonds was speciaal opgericht om vernieuwende initiatieven in de drughulpverlening te ondersteunen.

Opzet van de website www.alcoholhulp.be

Vanaf het begin werd er voor gekozen om online hulpverlening aan te bieden op langere termijn, via professionele hulpverleners. Dus geen 'crisisopvang'. Deze service werd immers al op uitstekende wijze aangeboden door o.a. De DrugLijn. Ondanks het feit dat De DrugLijn geen nooddienst is, kunnen oproepers er terecht om hun verhaal te doen, om persoonlijk advies te krijgen of om verwezen te worden naar gepaste hulpverlening in hun regio.

Het was wel de bedoeling om de website 'in de breedte' op te zetten, waarbij naast de online begeleiding ook informatie, een zelftest en zelfhulp aanbod zouden komen. Er waren immers verschillende overwegingen die hiervoor pleitten:

- Het 'stepped care' principe, waarbij men bij voorkeur minimaal interfereert in de leefwereld van hulpvragers, door niet meer hulp aan te bieden dan momenteel aangewezen is. Is er toch meer hulp nodig dan kan deze stapsgewijze voorzien worden.
- Mogelijke deelnemers niet overdonderen met 'begeleiding of niets', maar ze de kans geven om 'op verkenning' te gaan. Bijvoorbeeld door eerst een zelftest te doen of informatie te lezen, dan anoniem een programma te volgen zonder inmenging van buitenaf en dan pas een effectieve online begeleiding te volgen. Is de begeleiding niet voldoende dan kan verwezen worden naar ambulante of residentiële zorg. Dus ook hier 'stepped care'.
- Het feit dat online hulpverlening (op de 'tweede lijn') in Vlaanderen volkomen onbekend was en mogelijk wantrouwig zou bekeken worden. Niet alleen door potentiële cliënten, maar

ook door de hulpverlening zelf. Het was dus nodig om via de website een 'betrouwbaar imago' te creëren en niet als 'gimmick' bekeken te worden.

Wat het concrete zorgaanbod betreft bleek een gestructureerd aanbod op basis van cognitieve gedragstherapie een aangewezen keuze. Deze methodologie werd ook toegepast bij vergelijkbare initiatieven in het buitenland, zoals 'Minder drinken' of 'Jellinek' in Nederland en 'Quit the Shit' in Duitsland. De aanpak blijkt immers zeer geschikt om via internet aan te bieden, omdat ze overzichtelijk en gestructureerd is. Het kan cliënten een aantal handvaten bieden en komt niet moraliserend of veroordelend over.

Bovenstaande aanpak blijkt redelijk eenvoudig uit te leggen aan cliënten. Het vraagt geen theoretische voorkennis, noch dieptepsychologische inzichten. Kort gezegd worden verslavingsproblemen omschreven als 'gewoontes die uit de hand lopen', waarna ze kunnen aangepakt worden door 'andere gewoontes aan te leren'. Het problematische gedrag wordt geregistreerd in een soort dagboek, waar cliënten informatie uit kunnen afleiden die een licht werpt op situaties, emoties en denkpatronen die hun gedrag sturen. Vervolgens worden er opdrachten voorgesteld die helpen om gedrag en denkwijzen aan te passen in een door hen verkozen richting.

In verband met communicatie tussen hulpverlener en cliënt werd in de buitenlandse voorbeelden meestal gebruik gemaakt van zogenaamde 'asynchrone communicatie' via een 'personal message board'. Een deelnemer zet daarbij een bericht online, een hulpverlener reageert hier meestal binnen 3 dagen op, en vice versa. We opteerden echter voor 'synchrone communicatie' onder de vorm van 1-tot-1 chat. Dit droeg ook de voorkeur weg van de meeste hulpverleners die zich wilden engageren binnen dit project. Na verloop van tijd werd inderdaad duidelijk dat online contacten meestal zeer persoonlijk en diepgaand zijn.

Uit de ervaringen in o.a. Nederland bleek anonimiteit bij het aanbieden van online hulp een belangrijke factor. In Nederland is de laatste jaren echter financiering door zorgverzekeraars gebruikelijk. Dit biedt voordelen, maar er is meestal ook een belangrijk nadeel. Deelnemers moesten hun anonimiteit opgeven. Dit blijkt de aanmeldingsdrempel aanzienlijk te verhogen en maakt de hulp dus minder bereikbaar. We kozen ervoor de hulpverlening anoniem aan te bieden. Deze beslissing was natuurlijk enkel mogelijk omdat het verslavingsfonds bereid bleek een aantal hulpverleners te willen financieren.

Implementatie van de website

De website www.alcoholhulp.be werd uiteindelijk in drie delen uitgewerkt en kwam stapsgewijze online in de loop van 2007 en 2008.



Afbeelding 1. De indexpagina (redesign 2011) maakt duidelijk dat de website uit 3 delen bestaat: informatie, online zelfhulp en online begeleiding

Het informatieve gedeelte richt zich op een zo breed mogelijk publiek van betrokkenen bij alcoholproblemen. Naast de alcoholgebruikers zelf, wordt er ook informatie geboden aan partners, familieleden, vrienden, werkgevers en scholen. Een belangrijk onderdeel is de alcoholtest, die grotendeels gebaseerd is op de AUDIT (een test ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie om 'riskant alcoholgebruik' te detecteren). Na het invullen van de test, kunnen deelnemers kiezen tussen een korte of uitgebreide bespreking van de resultaten en krijgen ze een persoonlijk advies. Verder is er ook een forum waar bezoekers vragen kunnen stellen, ervaringen uitwisselen, enz.

Het zelfhulpgedeelte is een volledig geautomatiseerd programma, waarbij mensen met alcoholproblemen anoniem en zelfstandig aan de slag kunnen om hun drinkgedrag te veranderen. Dit programma duurt maximum 12 weken (afhankelijk van de voorkeur van de deelnemers). Het is voornamelijk gebaseerd op technieken uit de cognitieve gedragstherapie, bedoeld om de zelfcontrole te bevorderen. Deelnemers dienen een aantal opdrachten uit te voeren, zoals: dagelijkse registratie van hun drinken, voor- en nadelen van drinken tegen elkaar afwegen, het maken van doelstellingen, risicosituaties leren herkennen, alternatieve gedragingen uitproberen, en terugvalpreventie. Deelnemers kunnen de resultaten van hun inspanningen nagaan aan de hand van overzichtsgrafieken en tabellen. Ze beschikken ook over een heel aantal informatieve teksten en hebben toegang tot een afgeschermd forum, waar gewone bezoekers geen toegang toe krijgen.

De online begeleiding bestaat eveneens uit een geautomatiseerd programma dat grotendeels dezelfde modules omvat als de zelfhulp. Er zijn informatieve teksten beschikbaar en men kan ook gebruik maken van een afgeschermd forum. Deelnemers hebben daarnaast de mogelijkheid om wekelijks een afspraak te maken met een hulpverlener via een chatapplicatie. Het is dus niet de bedoeling dat deelnemers doorlopend kunnen chatten, elke week wordt een nieuwe afspraak

vastgelegd. Tussendoor kunnen er wel online berichten of e-mails uitgewisseld worden tussen deelnemer en begeleider. Slechts een beperkt aantal modules is toegankelijk voor de cliënt na aanmelding. De hulpverleners kunnen de overige modules aanbieden, naarmate de cliënt er klaar voor is.



Afbeelding 2. Homepagina van een deelnemer

Zoals bij het zelfhulpprogramma krijgen deelnemers toegang tot een afgeschermd forum. Dit forum is bij momenten zeer geanimeerd en wordt door de meesten als erg ondersteunend ervaren (zelfs wanneer ze er niet actief aan deelnemen). Het forum wordt wel gemodereerd, maar in principe komen hulpverleners hier zo weinig mogelijk tussenbeide. Tussenkost is enkel nodig om bepaalde concrete vragen te beantwoorden of wanneer deelnemers de grenzen van anderen niet zouden respecteren (wat tot nu toe bijna niet voorkwam).

Om de privacy van de deelnemers te garanderen moeten ze steeds inloggen met een door hun gekozen gebruikersnaam en paswoord. Alle communicatie tussen hulpverlener en cliënt verloopt via een beveiligde verbinding (SSL), vergelijkbaar met online bankieren. Er blijven ook geen sporen achter op de computer van de deelnemer, uitgezonderd in de geschiedenis van hun internetbrowser. Deze laatste kan gewist worden. Cliënten hebben de mogelijkheid om chatgesprekken te downloaden onder de vorm van een Word bestand. Wanneer ze hiervoor kiezen wordt op voorhand wel expliciet duidelijk gemaakt dat ze in dat geval zelf verantwoordelijk zijn voor het beschermen van hun privacy.

Het programma duurt 12 weken. Achteraf kunnen deelnemers verder blijven gebruik maken van het alcoholdagboek en de andere modules, maar is er geen mogelijkheid meer tot chat met een hulpverlener. Volgens de ervaring van de hulpverleners resulteert deze tijdsbeperking meestal in een grotere taakgerichtheid van de deelnemers (zeker wanneer hulpverleners dit vergelijken met hun gewone face-to-face contacten). Zoals verder beschreven betekent dit niet dat deelnemers 'kost wat

kost' alle standaardopdrachten moeten uitvoeren. De hulpverleners zullen steeds balanceren tussen het programma en de emotionele inhoud die een deelnemer daarnaast ter sprake brengt.

Wanneer nodig kunnen deelnemers zich op een latere datum terug aanmelden om opnieuw de online begeleiding te volgen. We opteren er echter voor dat er minstens drie maanden moeten overheen gaan, vooraleer ze zich opnieuw kunnen aanmelden. We willen hiermee voorkomen dat deelnemers op lange termijn 'afhankelijk' worden van de online begeleiding. Wanneer een meer intensieve of langdurige begeleiding zich opdringt, dan wordt er verwezen naar zelfhulp op lange termijn, of naar een ambulante of residentiële setting. Deelnemers kunnen na beëindiging wel verder blijven gebruik maken van het afgeschermd forum. Een aantal van hen beschouwen dit trouwens als een vorm van 'nazorg', waarbij ze anoniem contact kunnen houden met andere deelnemers.

Na een aanvankelijke testfase in de provincies Limburg en Antwerpen, werd de online begeleiding vanaf januari 2009 anoniem en gratis toegankelijk gemaakt in heel Vlaanderen.

De hulpverleners en het creëren van een draagvlak

Het is niet vanzelfsprekend dat online hulpverlening als nieuw gegeven meteen ernstig genomen wordt binnen een bestaande organisatie. Nogal wat hulpverleners gingen ervan uit dat 'online' gelijk staat aan 'afstandelijk' en 'onpersoonlijk'. Er kan dan toch geen sprake zijn van een 'therapeutische relatie'? De term 'chatten' draagt er spijtig genoeg toe bij dat een online contact snel de associatie oproept van een 'losse, vrijblijvende babbel'. Andere hulpverleners stonden afkerig omdat ze vreesden dat de online werking hun soms overvolle takenpakket nog zou uitbreiden.

Regelmatige intervisie was een duidelijke behoefte bij de startende online hulpverleners. Naast deze intervisie onder 'gelijkgestemden' was het echter ook een goede zaak om online cliënten of probleemsituaties regelmatig tijdens algemene teamvergaderingen aan bod te laten komen. Het wekte interesse op bij de anderen en maakte duidelijk dat online hulp een specifieke en volwaardige vorm van hulpverlening is. Het droeg er ook toe bij dat de online hulpverlening integraal deel ging uitmaken van de gehele organisatie en niet langer als een 'trendy gimmick' bekeken werd.

Ondertussen werd duidelijk dat 'chats' minstens evenveel aandacht en concentratie vragen dan 'gewone' face-to-face contacten. Cliënten komen dikwijls snel 'to the point' en brengen thema's ter sprake waar ze in directe contacten terughoudender over zouden zijn. Wat de alcoholproblemen zelf betreft blijken cliënten zich over het algemeen minder verdedigend of minimaliserend op te stellen.

Het werd ook duidelijk dat online hulpverlening er niet 'even' bij kan genomen worden. Gelukkig hadden we de mogelijkheden om een 5- tal hulpverleners zich ten minste half-time op de online werking te laten richten. Dit werkte duidelijker beter dan 'af en toe' een cliënt online op volgen. Online communicatie vraagt immers een andere aanpak en andere vaardigheden dan gewone face-to-face begeleidingen. Niet zozeer door het gebruik van 'chat taal' (in onze ervaring komt die trouwens weinig aan bod binnen langer lopende begeleidingen), maar wel de aandacht die men moet schenken aan het overbrengen van een boodschap. Transcripties van chats laten wel toe om achteraf na te gaan in hoeverre een boodschap 'overgekomen' is. Online communicatie blijkt dus een uitstekend oefenterrein om vaardigheden van 'motivationale gespreksvoering' aan te scherpen. Niet in de laatste plaats wegens de 'kanalenreductie'.

Het cognitief-gedragstherapeutische programma vormt een 'rode draad' doorheen een online begeleiding, maar het dient gezegd dat de rol van de hulpverlener zich niet beperkt tot het louter 'coachen' van cliënten. Het cognitief-gedragstherapeutische kader is ook geen wondermiddel dat cliënten onmiddellijk motiveert om hun drinken of gebruik drastisch te minderen of te stoppen. Het zou ook geen goede zaak zijn om het programma te laten primeren op de ingesteldheid van de deelnemer. De hulpverleners moeten dus voortdurend balanceren tussen het ingaan op wat de cliënt brengt, de motivatie tot verandering ondersteunen en de cliënt zo veel mogelijk 'successen' laten behalen.

Naast het aan bod laten komen van persoonlijke thema's, zoals relationele moeilijkheden, traumatische ervaringen en emotionele problemen van allerlei aard, is het een kwestie om de deelnemers ook voldoende taakgericht te houden. En hierbij rekening te houden met de evolutie die een deelnemer doormaakt. In de overgrote meerderheid van de gevallen ervaren de hulpverleners dat er een 'therapeutische relatie' tot stand komt, vergelijkbaar met deze tijdens face-to-face contacten. Zoals bij face-to-face contacten hanteren hulpverleners hierbij een eigen 'stijl', gedeeltelijk gebaseerd op hun therapeutische achtergrond (die niet noodzakelijk cognitief-gedragstherapeutisch is).

Bekendmaking en publiciteit

Van websites wordt dikwijls verkeerd gedacht dat ze gewoon online moeten gezet worden en dat ze dan wel 'vanzelf' hun werk zullen doen. Dat is spijtig genoeg niet het geval, zeker wanneer we te maken hebben met iets nieuws zoals online hulpverlening.

In eerste plaats dient een website zo veel mogelijk geoptimaliseerd te worden voor zoekmachines, waardoor ze vlot kan gevonden worden door alle geïnteresseerden. Daarnaast kan het van belang zijn om regelmatig nieuwe inhoud op de website te plaatsen, bijvoorbeeld onder de vorm van nieuwsberichten of blogartikels. Dit houdt een website 'levend' voor zoekmachines, maar ook voor bezoekers.

Bekendmaking bij het grote publiek verloopt het gemakkelijkste wanneer er aandacht gevraagd wordt via pers, radio of TV. Dit resulteert vaak in meer bezoekers en meer aanmeldingen. Het gaat echter over een tijdelijk effect dat vrij snel terug uitdooft. Toch is het van belang om alle gelegenheden aan te grijpen. Publiciteit in tijdschriften of kranten via expliciete reclame kan ook effect hebben, maar is vrij duur. Vrij betaalbare reclame kan wel gevoerd worden via sociale netwerken zoals Facebook en Netlog. Het grote voordeel hierbij is dat men het budget zelf kan beheren, de timing zelf in handen heeft en perfect kan nagegaan worden hoe dikwijls de website bezocht wordt via de betreffende reclame. Bij reclame in de geschreven pers heeft men hier het raden naar.

Naast het bereiken van het grote publiek is het zeker de moeite waard om zich expliciet op zoveel mogelijk hulpverleningsinstanties te richten. Het verspreiden van folders en affiches, en het verzenden van elektronische nieuwsbrieven is een goede eerste stap. Op voorwaarde dat dit regelmatig herhaald wordt. Daarnaast is het echter ook van belang zoveel mogelijk directe persoonlijke contacten aan te wenden. Bijvoorbeeld door de online werking in organisaties, hulpverleningsteams, huisartsenkringen e.d. te gaan demonstreren. Wanneer hulpverleners de concrete mogelijkheden van het programma en de chat zien, dan heeft dit veel meer effect dan

louter geïnformeerd te worden via een folder of nieuwsbrief. Het kan zorgen voor een mentaliteitswijziging waarbij online hulpverlening meer als een volwaardig aanbod bekeken wordt. Op hun beurt zullen deze organisaties of hulpverleners de online mogelijkheden ook vermelden tegenover hun cliënten.

Resultaten

De website kende een toenemend aantal bezoekers en gelijklopend hiermee een toenemend aantal deelnemers aan het zelfhulpprogramma en de online begeleiding. Eind 2010 had Alcoholhulp 14.000 bezoekers per maand (in mei 2011 constateerden we reeds meer dan 17.500 websitebezoekers). De zelftest werd 1000 maal per maand uitgevoerd. In 2010 waren er meer dan 800 aanmeldingen voor het zelfhulpprogramma en 380 aanmeldingen voor de online begeleiding. In 2011 zullen deze cijfers zeker overschreden worden.

Alcoholhulp spreekt ook doelgroepen aan die ambulantly moeilijker bereikbaar zijn. Zo blijkt het aandeel vrouwelijke deelnemers rond 50% te schommelen (ambulantly noteren we slechts 25 à 30% vrouwen). Opvallend veel deelnemers aan de zelfhulp en de begeleiding zijn aan het werk (meer dan 70%), terwijl dit ambulantly bij een vergelijkbaar publiek slechts om 30% gaat. De groep 'hooggeschoolden' (d.w.z. verder gestudeerd hebben na het secundair onderwijs) is ook beter vertegenwoordigd (eveneens rond 50%).

Het is opvallend dat 'oudere' leeftijdsgroepen blijkbaar niet afgeschrikt worden door online hulp. Voor de online begeleiding bleken de meest vertegenwoordigde leeftijdscategorieën '35-44 jaar' en '45-54 jaar' te zijn. Dit hangt voor een website zoals Alcoholhulp natuurlijk wel samen met de aard van het probleem en de doelgroep. Het was voor de hulpverleners echter niet ongebruikelijk om mensen in begeleiding te krijgen die nog nooit een chatapplicatie gebruikt hadden, of het enkel kenden via hun kinderen of kleinkinderen.

In hulpverlening bij verslavingsproblemen is men vertrouwd met het fenomeen van relatief hoge 'drop out' cijfers. We konden ons hier bij online hulpverlening dus ook aan verwachten, zeker omdat het online nog veel gemakkelijker is om een contact te verbreken. We constateren echter een opvallend fenomeen. De overgrote meerderheid van 'drop outs' komt bij de online begeleidingen op Alcoholhulp vlak na de aanmelding voor (25 à 30%). Dus wanneer er nog geen of slechts minimaal contact geweest is met een hulpverlener. Wanneer dit contact gelegd is, bijvoorbeeld na 1 of 2 chats, verlaagt het drop out cijfer in belangrijke mate (13% van de deelnemers in 2010). Daarnaast is er nog een kleine groep van deelnemers die de begeleiding sneller beëindigt dan de voorziene 3 maanden en die daar diverse redenen voor opgeeft. Ofwel vinden ze verdere begeleiding niet langer nodig, ofwel 'voelen ze zich toch niet klaar' om hun gedrag aan te passen, ofwel laten ze verstaan dat het online werken hen niet ligt. In het laatste geval bedoelen ze meestal dat ze niet graag met een computer omgaan, of niet graag lezen en schrijven (in functie van de opdrachten).

Van de deelnemers die het programma effectief beëindigen komt er overwegend positieve feedback over het programma, maar ook over de hulpverleners. Meer dan 90% van hen ervoeren de contacten met hun hulpverlener als zeer persoonlijk en ondersteunend. Wat alcoholgebruik betreft rapporteerden deelnemers voor ze met het programma begonnen gemiddeld 38 glazen alcohol per week te drinken. Diegenen die het volledige programma afmaakten en een evalueerend invulden,

rapporteerden gemiddeld nog 11 glazen per week te drinken. Ongeveer 35% gaf aan volledig gestopt te zijn.

Het vervolg: Cannabishulp

Binnen de drughulpverlening werd geconstateerd dat er een groeiende groep problematische cannabisgebruikers is die beroep op hen begint te doen. Het gaat hierbij dikwijls om 'oudere' gebruikers, die meestal zeer vroeg intensief cannabis zijn gaan gebruiken, en die stilaan problemen beginnen te ondervinden. Daarom werd 'Cannabishulp' ontwikkeld volgens gelijkaardige principes als Alcoholhulp. Omdat DeDruglijn ondertussen al een zelfhulpprogramma voor cannabis online had gezet (een bewerking van het Jellinek programma), bleek het niet opportuun om dergelijk programma opnieuw te gaan ontwikkelen. Cannabishulp beperkt zich dan ook tot informatie en online begeleiding, terwijl voor een zelfhulpprogramma verwezen wordt naar de website van De DrugLijn (www.druglijn.be > Aan de slag). Cannabishulp kwam eind 2010 online.

Nieuwe partners voor het project

Omdat we er ondertussen van overtuigd zijn dat online hulpverlening bij alcohol- en drugproblemen vruchten afwerpt, willen we deze mogelijkheid ook ter beschikking stellen aan andere hulpverleningsorganisaties. Het kan trouwens voordelen hebben om ook over werkgroepen van online hulpverleners te beschikken in andere provincies. Denken we maar aan het vlotter laten verlopen van verwijzingen, wanneer dit nodig blijkt. Verder bestaan er nog tal van mogelijkheden om online applicaties te combineren met face-to-face contacten, de zogenaamde 'blended hulpverlening'. Online hulpverlening, al dan niet met begeleiding, kan dikwijls voldoende zijn om mensen met problemen op weg te zetten, maar regelmatig blijkt het niet voldoende. Omdat de problemen te omvangrijk zijn of omdat er gewoon nood is aan rechtstreeks persoonlijk contact. Dan nog zouden online hulpmiddelen kunnen gecombineerd worden met een 'gewone' begeleiding en a.h.w. een 'rode draad' vormen, zowel voor de cliënt als voor de hulpverlener.

Concreet zijn er een aantal organisaties geïnteresseerd en/of reeds gebruik aan het maken van de online programma's. Het gaat hier met name over de Ahasverus CGG's in Brabant, CGG Eclips in Oost-Vlaanderen, CGG Noord-West Vlaanderen en VAGGA in Antwerpen. In eerste instantie zouden ze de programma's in de 'blended vorm' willen uitproberen, om dan later ook rechtstreeks online te gaan werken indien daar financiële middelen voor kunnen gevonden worden. Daarvoor zal echter ook binnen deze organisaties eerst een draagvlak moeten gecreëerd worden. Tenslotte kunnen we nog vermelden dat er binnen MSOC Limburg reeds volop geëxperimenteerd wordt met het 'blended' aanbieden van Cannabishulp.

Financiering

Nog een belangrijk aandachtspunt zal in de nabije toekomst moeten gerealiseerd worden, namelijk het vinden van structurele financiering voor de online projecten. De huidige financiering door het Verslavingsfonds was immers bedoeld om nieuwe projecten een kans te geven, niet om financiële ondersteuning op lange termijn te voorzien. Momenteel wordt er dus druk onderhandeld met een aantal instanties om dit mogelijk te maken.

Literatuur

Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M., & Schippers, G. (2007). Eerste ervaringen met internet-zelfhulp voor probleemdrinkers. *MGv*, 12, 1032-1043.

Lange, A. ; Schoutrop, M. ; Schrieken, B. ; Ven, J.-P. van de (2002). Interapy: A model for therapeutic writing through the Internet. In *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being*, APA Books p.215-238

Postel, M. G., de Jong, C. A. J., & de Haan, H. A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2393.

Postel, M. G., ter Huurne, A., de Haan, H. A. & de Jong, C. A. J. (2008). *Internetbehandeling Alcoholdebaas.nl. De ervaringen na drie jaar online hulpverlening voor probleemdrinkers*. Nijmegen: Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA).

Rhem, et al. (2003). Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Res. Health*, 27, 39-51.

Schalken, F., et al.(2010). Handboek online hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Tossmann, H.P., Leuschner, F., et al. (2009). Internet-based drug treatment interventions: Best practice and applications in EU Member States. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *EMCDDA Insights*.

World Health Organisation (2007). WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second Report. *World Health Organ Tech.Rep.Ser.*, 1-7

Bijlage 2: Kleurjeleven.be

Achtergrond en de Vlaamse context

Uit gegevens van de Vlaamse overheid blijkt dat nieuwe episodes van depressie voorkwamen in de Vlaamse huisartsenpraktijk in 2008 bij 6 op de 1.000 mannen en bij 12 op de 1.000 vrouwen.

Depressie kwam het meest voor bij patiënten tussen 25 en 44 jaar oud. Volgens de huisarts had een derde van de patiënten een lichte depressie, een vijfde een ernstige en de helft een matige depressie. Drie op vier patiënten kreeg bij diagnose een voorschrift van antidepressiva, bij 2 op de 5 patiënten werd (ook) een niet-medicamenteuze begeleiding door de huisarts zelf gepland en een kwart werd verwezen naar de gespecialiseerde zorgverlening.

Uit een recente visietekst van het Metaforum van de KuLeuven blijkt dat in Vlaanderen nog veel te vaak antidepressiva worden voorgeschreven voor de behandeling van lichte tot matige depressieve klachten, daar waar psychotherapie, zo blijkt uit onderzoek, een even effectief of beter alternatief kan bieden voor deze doelgroep. Zie ook: www.kuleuven.be/metaforum/docs/pdf/wg_1_n.pdf

Wanneer we kijken naar het psychotherapeutisch behandelaanbod in Vlaanderen, stellen we vast dat dit aanbod nog steeds bijna uitsluitend bestaat uit individuele face-to-face psychotherapie. Ook voor depressie is dit nog steeds het geval.. Nochtans bestaan er zeker voor de patiënten met lichte tot matige klachten ook zeer doeltreffende en meer kosten-efficiënte alternatieven die te weinig aandacht krijgen. We denken daarbij aan groepstherapie en/of cursussen, allerlei vormen van zelf-educatie en online behandeltrajecten. Deze alternatieven bieden mogelijks ook een oplossing voor de hoge drempel die vaak ervaren wordt bij psychotherapie en voor de lange wachtlijsten. Ze kunnen ook een rol opnemen in de preventie van meer ernstige klachten of van herval.

Het is in deze context dat ISW Limits samen met het Trimbos-instituut in Nederland het initiatief heeft genomen om het online zelfhulpprogramma Kleur je Leven uit te werken voor Vlaanderen. Kleur je leven is een online zelfhulpprogramma voor mensen met lichte tot matige depressieve klachten en heeft als doel hulp te bieden en de stemming van deze doelgroep te verbeteren. Daarnaast kan het programma meer ernstige klachten voorkomen en kan het dus ook preventief ingezet worden of ter preventie van herval bij recurrenente depressie (20 tot 30 %).

Studies in Nederland

In Nederland had men reeds een aantal eerste ervaringen opgedaan met het programma binnen de GGZ en rondde men net de eerste gecontroleerde studies af die de effectiviteit van het programma

konden aantonen. De effecten van Kleur je Leven in Nederland werden onderzocht in 3 afzonderlijke gecontroleerde studies. Bij 50-plussers bleek de internetcursus even effectief als de groepsinterventie 'in de put uit de put'. Ook na 1 jaar follow-up waren nog positieve effecten aanwezig (Spek et al, 2008, 2009). Daarnaast werd bij een volwassen steekproef in een RCT aangetoond dat KJL en problem-solving therapie beide effectief waren (Warmerdam et al, 2009) Een 3^e onderzoek geeft aan dat voor mensen met majeure depressie de resultaten van KJL even goed zijn als een reeks van 3 tot 5 sessies bij de huisarts (De Graaf et al, 2009). Naast het effectiviteitsonderzoek dat reeds uitgevoerd werd met het kleur je Leven programma zelf, ondersteunen verschillende meta-analyses de effectiviteit van internetbehandeling voor depressie in het algemeen (Cuijpers et al, 2009).

De Vlaamse versie van Kleur je Leven werd volledig opnieuw gebouwd op een nieuw platform met een Vlaamse stem die de teksten inleest en nieuwe filmpjes van Vlaamse getuigenissen. Bovendien werden enkele belangrijke aanpassingen gedaan ten opzichte van de toenmalige Nederlandse versie om de compliance voor het programma te verhogen: er werden automatische motivatie e-mails voorzien voor de deelnemers die langer dan 2 weken niet ingelogd hadden bij de cursus en er werd een mogelijkheid ingebouwd om hulpverleners toegang te geven tot de resultaten en de evolutie van hun eigen patiënten.

Kleur je leven: Voor wie en hoe?

De online zelfhulpcursus Kleur je Leven is bedoeld voor volwassenen die individueel of begeleid door een hulpverlener en op hun eigen tempo hun licht tot matige depressieve klachten willen aanpakken. Kleur je Leven wordt in Vlaanderen aangeboden via een website: [www.kleurjeleven](http://www.kleurjeleven.be).

Op de website is een demo en een korte zelftest aanwezig. Deze zelftest geeft een eerste indicatie over de ernst van de klachten en zal de cursus voornamelijk aanbevelen aan deelnemers met lichte tot matige klachten. Deelnemers met meer ernstige klachten worden ook toegelaten tot de cursus maar krijgen de duidelijke boodschap dat deze cursus voor hun problemen niet voldoende zal zijn.

Daarnaast is er op de homepage een onmiddellijke registratie mogelijkheid voorzien. Individuele deelnemers betalen online 80 euro, of 50 euro indien ze lid zijn van CM of Partena. Bij registratie vullen de deelnemers hun persoonlijke gegevens in, een korte gevalideerde vragenlijst (CES-D) voor depressieve klachten en enkele vragen betreffende hun huidige toestand.

Bij ernstige klachten of wanneer er aanwijzingen zijn voor een voorafgaande psychiatrische

aandoening, een dreigende suïcide, een crisissituatie en/of rouw, wordt de deelnemer gecontacteerd via e-mail door een coach. Deze coach zal de deelnemer doorheen de cursus begeleiden en/of samen met de deelnemer zoeken naar meer passende hulp.

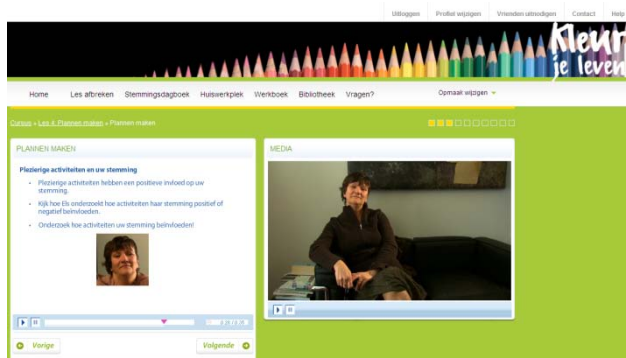
De inhoud van de cursus

De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor depressie en bevat oa. cognitieve herstructurering, gedragsactivatie, anti-pieker methoden, relaxatie-technieken en assertiviteitstraining.

Tijdens de cursus leert de cursist meer over wat depressieve klachten zijn en wat hij/zij zelf kan doen om de klachten te verminderen. Met dit doel leert de cursist:

- Technieken om beter te ontspannen.
- Meer plezierige activiteiten te ondernemen en te plannen.
- Technieken om piekeren te kunnen verminderen.
- Constructief te denken: het opsporen van gedachten die de stemming verslechteren en deze veranderen in gedachten die de stemming verbeteren.
- Om te gaan met problemen die mogelijk worden ondervonden in contacten met anderen.
- Assertiever te zijn door gedachten en gevoelens te uiten, op te komen voor zichzelf en daarbij rekening te houden met anderen.

De lesinhoud wordt aangebracht door middel van korte tekstfragmenten luidop gelezen door een voice-over en ondersteund door video-getuigenissen van 3 deelnemers die hun eigen ervaringen vertellen. Elke les bestaat uit vijf vaste onderdelen: Introductie van de les, een vragenlijst invullen over het huiswerk van de vorige les, de nieuwe les inhoud en opdrachten, instructies voor het huiswerk en evaluatie van de les. Kleur je Leven heeft verder de volgende functionaliteiten:



Op de huiswerkplek is een overzicht beschikbaar van alle opdrachten en huiswerkopdrachten per les. Alle opdrachten kunnen zo vaak worden uitgevoerd als de cursist dat wenst. Er is ook een persoonlijk

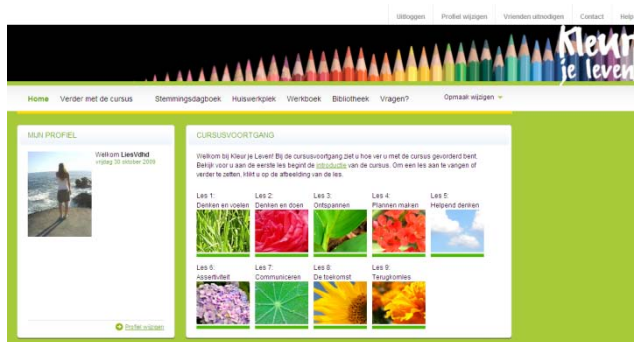
werkboek beschikbaar in pdf dat de deelnemer kan uitprinten

Via een stemmingsdagboek vult de cursist zijn of haar stemming in door elke dag een cijfer aan te geven en beschrijft de activiteiten die de stemming die dag verbeterden of verslechterden. Dit resulteert in een grafische weergave van de stemming van de cursist en geeft de cursist inzicht in zijn of haar stemming gedurende de cursus en de invloed van activiteiten op de stemming.



In de bibliotheek staat aanvullende informatie en een samenvatting per les. Ook staan er interessante links. Daarnaast werd ook een communicatiemodule voorzien waarin de deelnemer e-mails kan ontvangen van de coach.

Er werd expliciet voor gekozen om geen forum of lotgenotencontact te voorzien bij deze doelgroep met depressieve klachten omdat we vooraf niet voldoende overtuigd waren van de positieve effecten. Gezien de aard van de klachten achtten we het risico te groot dat deelnemers elkaar ook zouden versterken in hun negatieve gevoelens.



De cursus bestaat uit 8 lessen en een terugkomles. Cursisten wordt aangeraden om 1 les per week te doen. Na elke les volgen huiswerkopdrachten om het geleerde te oefenen in hun dagelijks leven. Je kan de lessen volgen op je een eigen tempo, op de dag en het tijdstip dat het iemand schikt. Gemiddeld duurt een les 30 minuten en de huiswerkopdrachten een uur per dag. Deelnemers krijgen een jaar toegang tot Kleur je Leven.

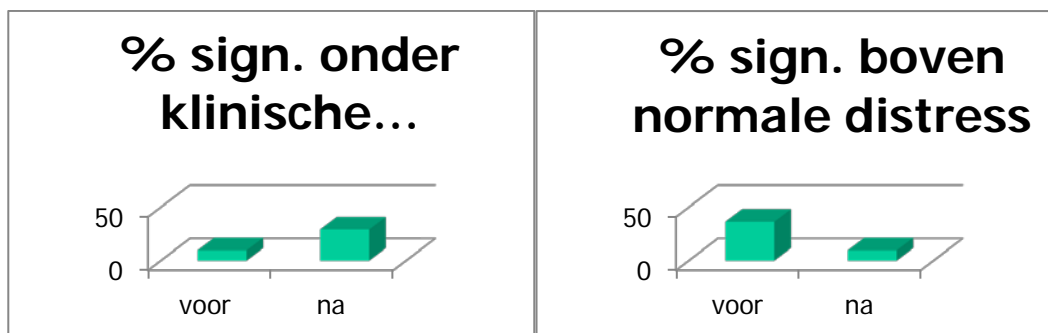
Opvolging van de resultaten van de cursus

Om op te volgen hoe de deelnemers het stellen tijdens de weken dat zij aan de cursus deelnemen, worden cursisten na 5 weken en na 12 weken automatisch uitgenodigd om een online vragenlijst in te vullen. Op basis van de antwoorden krijgen de cursisten een bericht, met indien nodig een advies. Indien ze opgevolgd worden door een coach, kan de coach de ingevulde oefeningen van de cursist bekijken, zijn /haar stemmingsdagboek en de evolutie en de evaluatie van de verschillende lessen via een coach-toegang in de back-end van het systeem.

Deelnemers en eerste effecten van de cursus in Vlaanderen

De Kleur je leven website werd gelanceerd in december 2009 en op dit ogenblik (november 2011) hebben we ongeveer 350 betalende cursisten. In het laatste jaar hadden we 24% mannen en 76% vrouwen. 26% van de deelnemers is tussen de 30 en de 40 jaar en 38 % tussen de 40 en de 60 jaar. Gemiddeld keren deelnemers 14 keer terug naar de website en een login duurt gemiddeld 17 minuten. Naast de cursusinhoud zelf wordt het stemmingsdagboek het meest frequent gebruikt. In het zelfhulpprogramma gaat 60% van de gestarte deelnemers door tot en met les 3, 40% tot en met les 4. Onderzoeksgegevens uit Nederland laten daarnaast zien dat deelnemers niet noodzakelijk de volledige cursus moeten doorlopen om duidelijke verbetering te vertonen in hun depressieve stemming.

De eerste Vlaamse onderzoekscijfers lijken dat te bevestigen. Ze tonen aan dat een groep deelnemers gemiddeld na 5 weken een significante verbetering vertoont ten opzichte van de scores bij de registratie op de CES-D (de gebruikte effectmaat voor depressieve klachten) met een effect-size van 0.74. De resultaten tonen aan dat de groep sterk significant verbetert ($t(31)=5,17, P<.0001$) op deze test. 28 mensen vertonen een verschuiving in de goede richting waarvan 3 mensen meer dan 2 standaarddeviaties opschuiven en 14 meer dan 1 SD. Bij aanvang zijn er 21 mensen die meer dan 2 SD afwijken van een gemiddelde score in de norm populatie (28 hebben een score van 16 of hoger). Na 5 weken zijn dat er nog 14. Dezelfde gegevens zijn ook terug te vinden in onderstaande figuur.



Uit de evaluaties door de cursisten (20% van de deelnemers heeft deze vragenlijst ingevuld) zelf blijkt dat de deelnemers erg tevreden zijn. Ze geven een gemiddelde score voor de cursus van 7,9 op 10 (spreiding tss 5 en 10). De deelnemers zeggen gemiddeld 3 u per week aan de cursus besteed te hebben en zijn positief over de mate waarbij de cursus hen geholpen heeft om depressieve klachten te verminderen. De deelnemers zeggen dat de cursus eenvoudig en toegankelijk is.

Huidige samenwerking en mogelijkheden voor toepassingen in Vlaanderen

Kleur je leven wordt momenteel zowel op de eerste lijn als de tweede lijn ingezet. Hulpverleners op de eerste lijn kunnen mensen met lichte tot matige depressieve klachten doorverwijzen naar de website www.kleurjeleven.be. Daar kunnen deelnemers zelfstandig inschrijven voor het programma en het programma volgen. Indien de deelnemers ernstige klachten vertonen of behoren tot één van de risicogroepen, wordt er steeds een “coach” opgeroepen die e-mails stuurt naar de deelnemer om deze verder te helpen met moeilijke delen van de cursus of om de persoon door te verwijzen naar meer gepaste hulp. In het geval mensen zich aanmelden op de website en geen huisarts of psychotherapeut hebben die zich bij kleurjeleven aangemeld heeft, dan zal de coachrol opgenomen worden door een psycholoog van ISW Limits.

ISW Limits deed reeds zeer veel inspanningen om contacten te leggen, het programma voor te stellen aan hulpverleners, opleidingsmomenten te voorzien of onderzoek op te zetten naar de effecten van de implementatie van het programma.

Gedurende de voorbije twee jaar werden verschillende initiatieven genomen om samenwerkingen te installeren met mogelijke doorverwijzers. Zo werd onder andere het programma ondersteund door de medische dienst van CM en het centrum voor huisartsgeneeskunde (Prof. Aertgeerts) van de KULeuven om huisartsen te mobiliseren om door te verwijzen naar het programma. De aanpak die voorgesteld wordt in Kleur je Leven sluit immers zeer goed aan bij de aanbevelingen rond depressie voor de huisartsen van Domus Medica. Via Logo-Oost-Brabant werden gratis logins verspreid aan de huisartsen in de regio Oost-Brabant met de bedoeling hen vertrouwd te maken met het programma. Een onderzoek werd opgezet samen met Farmaceutische Wetenschappen van de KULeuven (Prof. Foulon) om na te gaan of apothekers een rol kunnen spelen in het doorverwijzen naar Kleur Je Leven. In de regio Oost-Brabant werd het programma ook voorgesteld aan medewerkers van OCMW's en CAW's. Daarnaast engageerden twee studentendiensten zich om het programma bekend te maken bij hun studenten: PSYNET in Antwerpen en het medische en psychotherapeutisch centrum van de

KUleuven. Verder werd het programma ook voorgesteld bij de groep van medewerkers en vrijwilligers bij het Centrum voor Zelfdoding zodat zij aanmelders kunnen doorverwijzen. In al deze gevallen krijgen potentiële deelnemers het programma aangeraden door hun begeleider/behandelaar en volgen zij nadien zelfstandig het programma.

In samenwerking met de tweede lijn werd een structurele samenwerking opgezet met twee CGG's (De Pont in Mechelen en Passant in Leuven). Deze CGG's hebben intern een coach aangesteld die de patiënten van het CGG kan opvolgen in de back-end van de Kleur je Leven website. De teams kregen een voorstelling van Kleur je Leven en er werd afgesproken dat na een intake gesprek Kleur je Leven zou worden voorgesteld als een mogelijke eerste stap voor mensen met depressieve klachten die anders op de wachtlijst terecht zouden komen. Verschillende patiënten werden op deze manier doorverwezen naar het programma.

Er is daarnaast ook de mogelijkheid van "blended learning" aan de hand van Kleur je Leven (zie oa. Kessler et al, 2009). Immers zowel de behandelaar als de patiënt/deelnemer kunnen toegang krijgen tot het programma en kunnen samen de cursus (of delen van de cursus) bekijken/overlopen. Elke therapeut of arts die dat wenst, kan zich inschrijven samen met zijn patiënt voor het programma. Dit betekent dat de behandelaar toegang krijgt tot de back-end van het systeem en kan opvolgen wat zijn patiënt doet in het programma. Deze behandelaars kunnen Kleur je Leven of bepaalde onderdelen uit het programma aanbieden, ze kunnen het stemmingsdagboek gebruiken, de oefeningen als huiswerkopdrachten meegeven, bepaalde onderdelen samen overlopen met extra uitleg en andere onderdelen. Er is op deze manier een hele waaier van toepassingsmogelijkheden voor behandelaars van mensen met depressieve klachten. Op dit ogenblik zijn er slechts enkele therapeuten die het programma op deze manier inzetten.

Verder wordt op dit moment ook onderzocht in welke mate het programma kan bijdragen aan de hulp voor patiënten in de derde lijn. Dan gaat het meer specifiek over patiënten met chronische ziekten en kankerpatiënten. Depressie is een factor die het herstel of het verloop van chronische ziekten sterk negatief beïnvloed en voor deze doelgroep wordt momenteel in een project van de kankerliga onderzocht in welke mate Kleur je Leven depressie bij deze doelgroep kan helpen voorkomen. In een project ingediend bij het steunpunt zal onderzocht worden welke rol Kleur je Leven kan spelen bij de doelgroep van chronisch zieken in de thuiszorg.

Tot slot wordt Kleur je Leven ook aan werknemers aangeboden in enkele bedrijven. De werkgever betaalt dan de deelnameprijs voor de werknemers. Het programma wordt aangeboden in de context

van een employee assistance programma, het breder welzijnsbeleid van de organisatie of als een bijkomende ondersteuning/dienst aangeraden door de bedrijfsarts, preventieadviseur of sociale dienst.

Bekendmaking

Er zijn folders en posters beschikbaar die het programma Kleur je Leven aankondigen. Ook werd het programma al voorgesteld op verschillende studiedagen over online hulpverlening. Desondanks is het noodzakelijk om het programma blijvend onder de aandacht te brengen in de media en de website bekendheid te geven. Dit gebeurde oa. door links te voorzien op websites van andere organisaties en partners die werken rond mentale gezondheid zoals www.fitinjehoofd.be en www.plukjegeluk.be en door de vele presentaties voor hulpverleners in de eerste en de tweede lijn. CM was als eerste partner reeds van bij aanvang van het project bereid om de bekendmaking rond Kleur je Leven mee te ondersteunen en bekend te maken via de verschillende kanalen die het tot haar beschikking had. In oktober 2011 besloot ook Partena Ziekenfonds hetzelfde te doen. In ruil hiervoor kunnen leden van deze ziekenfondsen toegang krijgen tot Kleur je leven aan het gereduceerde tarief van 50 euro in plaats van 80 euro.

Is bekend ook bemind?

Naast bekendheid, moet echter ook gewerkt worden aan de “vertrouwdheid” van de website bij de hulpverleners in de eerste plaats. Alle hulpverleners die dat wensen kunnen op eenvoudige aanvraag een login en paswoord krijgen voor eigen gebruik en om de website te verkennen en uit te testen. Zo kunnen ze bekijken welke mogelijkheden het programma heeft en hoe het kan aansluiten bij het behandeltraject dat zij zelf wensen af te leggen met hun patiënten. Het programma Kleur je leven vertrekt vanuit een specifieke aanpak van depressie namelijk de cognitieve gedragstherapeutische benadering gebaseerd op de “coping with depression”-aanpak van Lewinshon. Hoewel deze aanpak duidelijk zijn effectiviteit heeft aangetoond (zie Cuijpers et al 2009 voor een meta-analyse) is het best mogelijk dat niet alle behandelaars vertrouwd zijn met deze aanpak of dat ze een andere aanpak verkiezen voor bepaalde van hun patiënten. Allicht zal voor hen de drempel om Kleur je leven op een of andere manier te integreren in hun werking groter zijn, maar dat hoeft niet weg te nemen dat bepaalde deel-aspecten bijvoorbeeld de relaxatie-oefeningen of het stemmingsdagboek ook voor hen interessante ondersteunende elementen kunnen zijn bij hun therapie, aanpak of begeleiding van patiënten. Denk daarbij bijvoorbeeld aan een huisarts die antidepressiva voorschrijft maar tegelijkertijd zijn patiënt vraagt een stemmingsdagboek bij te houden...

Daarnaast zijn vele hulpverleners ongeacht het soort behandeling dat ze verkiezen nog niet vertrouwd met de mogelijkheden van online zelfhulp of blended learning. In de meeste opleidingen

voor psychologen en huisartsen krijgt dit nieuwe aanbod slechts beperkte aandacht. Nochtans staat onze gezondheidszorg onder zware budgettaire druk en biedt een collectieve aanpak o.a. via early intervention groepsprogramma's en het stimuleren van zelfredzaamheid via online hulp waar mogelijk, zeker perspectieven om voor een grotere groep van bevolking sneller gepastere hulp te kunnen voorzien.

En om met de woorden af te sluiten van Kazdin & Blase (2011) die in een recent artikel de uitdagingen beschrijven waar de toekomstige psychotherapie voor staat: "Despite advances, mental health professionals are not likely to reduce the prevalence, incidence, and burden of mental illness without a major shift in intervention research and clinical practice."

Programma's zoals Kleur je leven en alcoholhulp vinden hopelijk geleidelijk aan hun weg in Vlaanderen zodat ze een steentje kunnen bijdragen aan de uitdagingen waar we voor staan.

Debora Vansteenwegen, PhD Psychologie en directeur ISW Limits

References

Kazdin, A.E., & Blase, S.L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on psychological science*, 6(1), 21-37.

Kessler et al (2009). Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial, *The lancet*, 374, 628-634.

Cuijpers, et al (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clinical Psychology review*,

Referenties van de effectiviteitsstudies ivm Kleur je Leven

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., Pop, V. (2007a). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, volume 37, issue 03, 319-328.

Spek, V., Nyklíček, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., Pop, V. (2007b). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, volume 37, issue 12, 1797-1806.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J., Pop, V. (2008). One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological Medicine*, volume 38, issue 05, 635-639.

Warmerdam, L., Van Straten, A. & Cuijpers, P. (2007). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: the protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 7:72.

Warmerdam, L., Van Straten, A. , Twisk, J., Riper, Cuijpers, P. (2008). Internet-Based Treatment for Adults with Depressive Symptoms: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(4):e44.

De Graaf, E. L., Gerhards, S.A.D., Evers, S. MAA, Arntz, A., Riper, H. Severens, J.L., Widdershoven, G., Metsemakers, J.F.M., Huibers, M.J.H. (2008). Clinical and cost-effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy for depression in primary care: Design of a randomised trial. *BMC Public Health* 2008;8:224.

De Graaf, E.L., Hollon, S.M. & Huibers, M.j.H.(2010). Predicting outcome of computerized cognitive behavior therapy in primary care: A randomized trial. *Journal of Clinical and Consulting Therapy*, 78, 184-189.