

TOKK

Tijdschrift voor orthopedagogiek,
kinderpsychiatrie en
klinische kinderpsychologie

37ste jaargang nr. 3-4 juli-december 2012

Driemaandelijks tijdschrift

Inhoud

Themanummer

TOKK 2.0

De hulpverlening gaat digitaal

Davy Nijs & Peter Vermeulen (red.)

Editoriaal: TOKK 2.0: de hulpverlening gaat digitaal Davy Nijs	94	C-VAT – Clinical Video game Addiction Test: een diagnostisch instrument voor het herkennen van gameverslaving in de klinische praktijk Antonius J. van Rooij, Laura van Duin, Noud Frielink, Laura DeFuentes-Merillas & Tim M. Schoenmakers	139
Kinderen, jongeren en hun e-cultuur Pedro De Bruyckere & Bert Smits	98	ICT-competenties voor leerkrachten en begeleiders van kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking: de ontwikkeling van een competentieprofiel op basis van focusgroepen Jo Daems, Ellen Torfs & Ann Hannes	153
Jongeren 2.0: een open boek of privacygevoelig? Michel Walrave & Wannes Heirman	108	Mededelingen	168
Gaming en ADHD: opportuniteit of gevaar? Saskia van der Oord	119	Summaries	170
Een verkenning van de mogelijkheden van eHealth als empowerende hulpverlening Davy Nijs & Saskia Timmer	126		

[REDACTIE EN ADMINISTRATIE]

Zie keerzijde voorkaft

[OMSLAGONTWERP EN VORMGEVING]

www.frisco-ontwerpbureau.be

[DRUKKERIJ]

Acco, Leuven

[VERANTWOORDELIJKE UITGEVER]

P. Ghesquière, Vesaliusstraat 2, 3000 Leuven

ISSN 0771-9825

© 2012 by Acco

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this review may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means without permission in writing from the publisher.

Editoriaal

TOKK 2.0: de hulpverlening gaat digitaal

Davy Nijs¹

Het internet baande zich het voorbije decennium een weg tot in de meest diverse levensdomeinen. Onze kinderen volgen we vandaag op via het digitaal leerplatform van de school, 'dokter Google' is onze eerste vraagbaak wanneer diezelfde kinderen ziek zijn en met onze eigen diagnose in het achterhoofd plannen we een afspraak met de huisarts via zijn onlineagenda. En ook op het vlak van menselijk contact is het internet een belangrijk medium geworden. Soms wordt gesteld dat het dagelijks leven zich verplaatst naar een online realiteit en dat deze voor jongeren een belangrijke 'hangplek' wordt (Mizuko e.a., 2009). Hoe iemand zich voelt, leiden jongeren af uit de statusupdates op sociaalnetwerksites, rouwen doen ze vandaag online via Twitter of Facebook (Bergmans, 2011) en hetzelfde kan gezegd worden over trouwen (NOS, 2010). De Vlaming wordt geleidelijk aan een 'homo digitalis' (iMinds, 2012).

Ook de hulpverlening ontkomt niet aan de opmars van het internet. De hulpverlener vindt er zeer snel bruikbare informatie, gebruikt het internet als communicatie-instrument met collega's of vindt er de toepassingen voor documentenbeheer of zelfs dossierbeheer. Het is vooral op dit laatste dat het Vlaamse maar ook het Nederlandse eHealth-beleid inzet. De ontwikkeling van een infrastructuur waardoor zorg- en welzijnsgegevens ingezien en gedeeld kunnen worden, niet enkel en alleen tussen hulpverleners onderling maar ook tussen hulpverlener en hulpvrager, vormt een belangrijke stap. In Vlaanderen krijgt dit onder meer vorm binnen Vitalink, een uitwisselings-

systeem waarbij tevens aansluiting gezocht wordt bij het op nationaal niveau opgerichte eHealth-gegevensuitwisselingsplatform. Andere voorbeelden zijn de registratiesystemen BINC en DOMINO (bijzondere jeugdzorg) of het elektronisch dossiersysteem MijnVAPH (personen met een handicap). In Nederland zijn soortgelijke ontwikkelingen zichtbaar, wat heeft geleid tot het voornemen om per 1 januari 2013 iedere hulpvrager de mogelijkheid te bieden zijn dossier met meerdere zorgverleners te delen. De mogelijkheden om fysieke afstanden in de zorgverlening te overbruggen, de mogelijkheden tot procesoptimalisatie en niet het minst het belang van regievoering door de hulpvrager en de versterking van de zelfredzaamheid van de hulpvrager worden hierbij als troeven aangehaald. De hulpvrager op zijn beurt gaat met het internet aan de slag op zoek naar informatie en hulp. Binnen de hulpverlener-hulpvragerrelatie wordt het internet zo verheven tot een participatief instrument (Engelen, 2010; Van Hecke & Nijs, 2012). Daarnaast worden hulpverleners dagelijks geconfronteerd met jongeren die meer en meer 'inline' zijn: ze gaan niet langer online, technologie zorgt ervoor dat ze altijd online zijn. En naast de vele kansen die het internet hen biedt, doen zij tevens appel op hulpverleners om hen ook op dat vlak mee te begeleiden en op te voeden. Want sommige jongeren zijn net hier extra kwetsbaar (bijvoorbeeld: risico op verslaving, risico op het vrijgeven van té persoonlijke informatie). Mediawijsheid – beschikken over de nodige competenties om bewust en kritisch te kunnen bewegen in een

complexe, veranderende en gemediatiseerde wereld (Lieten & Smets, 2012) – is binnen de digitale samenleving een basiscompetentie geworden. Voor jongeren, maar zeker ook voor de hulpverleners die hen begeleiden. Nog meer als we ervan uitgaan dat het profiel van de hulpverlener meer en meer verbreedt naar dat van een ‘digitale straathoekwerker’. “Als kinderen, jongeren en volwassenen hun offline-identiteit aanvullen met online versies van zichzelf, wordt ‘zijn waar de jongeren zijn’, en geïnteresseerd zijn in hun leefwereld op sociale media ook een taak van elke hulpverlener, van ouder, leerkracht tot begeleider” (Van Hecke & Nijs, 2012, p. 29). En daarvoor heb je mediawijze opvoeders nodig. Het is ook net daarom dat wij aan de Katholieke Hogeschool Limburg departement Sociaal-Agogisch Werk specifiek inzetten op zowel ‘internetopvoeding’ (hoe begeleid je jongeren wanneer ze zich op het internet begeven?) als op ‘opvoeding via internet’ (hoe gebruik je het internet als opvoedingsinstrument?). Deze thema’s krijgen een plaats binnen het curriculum van elke student maar vormen daarnaast ook de twee leidthema’s binnen het onderzoek en de dienstverlening die worden opgezet vanuit de expertisecel eSocialWork. Met name op het vlak van ‘opvoeding via internet’, of het gebruik van eHealth of onlinehulpverlening, liggen er nog talloze mogelijkheden tot zorgvernieuwing open. En dan gaat het in eerste instantie niet over de techniek alleen, internet kan net verbindingen maken tussen mensen, iets waar het in de hulpverlening veelal over gaat. Illustratief hierbij zijn allicht de onlinemethodieken om met jongeren aan de slag te gaan zoals beschreven in het boek *Internet als methodiek in de jeugdzorg: een extra taal* (Van Hecke, 2012). Hierbij zochten de auteurs naar tools om de gangbare offline methodieken te ondersteunen met online alternatieven. Zo wordt er in de hulpverlening bijvoorbeeld gebruik gemaakt van tijdlijnen om levensverhalen of gebeurtenissen uit te zetten. Het maken van online tijdlijnen als methodiek heeft het voordeel dat er andersoortige media aan toegevoegd kunnen worden, en sluit zo nauwer aan bij de beleavingswereld van sommige jongeren. De vernieuwing zit hier niet zo dadelijk in de methodiek zelf – die

veranderde weinig – maar wel in het inzetten van ‘het internet’ als medium, iets wat voor veel hulpverleners nog een grote onbekende is. Bij jongeren werkt het internet drempelverlagend en bevordert het onder meer de openheid, waardoor de werkzame factoren achter deze methodieken extra kansen krijgen. Sommige jongeren vinden het een meerwaarde als hulpverleners ook online met hen aan de slag gaan. “Juist de reguliere hulpverlening kan verrijkt worden met internet” (Schalken, 2011). We kijken verwachtingsvol uit naar wat zich op het vlak van mobiele applicaties nog zal aandienen. Want voorspellingen leren ons dat mobiele internettoegang vanaf 2013 de toegang via desktop of laptop zal overstijgen (Dewaele, 2012). Het zal dan ook niet lang duren vooraleer apps – kleine applicaties of toepassingen die draaien op een smartphone of tablet – ook binnen de hulpverlening mainstream worden. Er wordt soms naar de mogelijkheden van deze apps verwezen als zijnde ‘a therapist in your pocket’: je hulpverlener heb je altijd bij je en ondersteuning wordt nu mogelijk ‘anytime’ en ‘anyplace’. Tot op vandaag zijn de meeste van de hierbij gebruikte apps vooralsnog medisch getint, maar toch zijn er ook al enkele beschikbaar voor de sociale of geestelijke gezondheidszorg (Claeys, 2012). In de bijdrage van Nijs en Timmer wordt hiervan een voorbeeld verder uitgewerkt.

In dit themanummer heb ik getracht op basis van persoonlijke interesse en mijn werk als docent orthopedagogiek en coördinator van de expertisecel eSocialWork relevante auteurs samen te brengen om mee inhoud te geven aan deze TOKK 2.0. Hierbij heb ik uiteraard keuzes moeten maken; dit themanummer omvat zeker niet alles wat er momenteel in het werkveld beweegt op het vlak van internetopvoeding van kinderen, jongeren en volwassenen noch op het vlak van opvoeding of hulpverlening via internet. Toch hoop ik met artikels vanuit heel diverse invalshoeken erin te slagen de lezer mee te nemen op een verkenningstocht langs de e-cultuur van kinderen, jongeren en volwassenen die een beroep doen op orthopedagogische of kindersychiatrische ondersteuning en de mogelijkheden daarbij van eHealth en online hulpverlening.

Zowel ouders als professionele opvoeders bekennen vaak – onterecht – dat ze het gevoel hebben dat de huidige generatie kinderen en jongeren hen ‘eruit heeft gesurft’. Ze voelen zich vaak onwennig op het internet, zeker als ze zich gaan meten met de in hun ogen veel vaardigere kinderen en jongeren die ze begeleiden. De kennis over jongeren en hun e-cultuur is beperkt, wat ze een slechte uitgangspositie geeft om ook op en eventueel zelfs via internet ondersteuning te bieden. *Pedro De Bruyckere* en *Bert Smits* bieden in hun bijdrage meer inzicht in de huidige e-cultuur van jongeren en geven hun duiding bij bestaande mythes en misverstanden hierover.

Naast mythes en misverstanden leven er ook heel wat vragen bij ouders en opvoeders, vooral dan over de ‘gevaren van internet’. De bijdrage van *Michel Walrave* en *Wannes Heirman* verkent de aantrekkingskracht van sociale media op jongeren en de kansen die ermee verbonden zijn. Het gebruik van sociale media houdt namelijk een aantal kansen in voor het uitbreiden en verdiepen van het online en offline sociaal netwerk van jongeren. Het is een mythe te denken dat jongeren online hun gehele privacy te grabbel gooien, maar hoe ze er dan wel mee omgaan, wordt toegelicht. Het vraagt immers toch enige overweging om mediawijs met sociale media om te gaan, en onoverdacht persoonlijke informatie plaatsen op sociaalnetwerksites houdt wel degelijk gevaar in.

Naast sociaalnetwerksites zijn games ook een onderdeel geworden van de hedendaagse e-cultuur. Blijkbaar kenmerken deze games zich met factoren die ze uitermate aantrekkelijk maken voor specifieke doelgroepen van kinderen, jongeren maar ook volwassenen. Deze aantrekkelijkheid houdt een risico in tot overmatig gebruik maar kan evenzeer als sterkte aangewend worden om ze ook binnen een behandelcontext te gebruiken. Want in tegenstelling tot de gevaren op overmatig gamen is met name de inzet van serious games binnen de hulpverlening veelbelovend. In haar bijdrage geeft *Saskia van der Oord* een overzicht van onderzoeken over het risico op verslaving en de motiverende waarde van het gebruik van games voor personen met een aandachtstekortstoornis (ADHD). Daarbij wordt besproken hoe gaming in het behandel-aanbod voor ADHD geïntegreerd kan worden.

Dus ook op methodisch vlak heeft internet heel wat te bieden binnen de hulpverlening. Vandaag, en dat geldt zeker voor Vlaanderen, is dit een nog voor velen onbekend en onvoldoende ontgonnen terrein van nieuwe mogelijkheden. Het OHUP omsluit een elftal organisaties die een online aanbod hebben, veelal in de vorm van chat- of e-mailhulp. Maar ook dit vormt slechts een kleine greep uit wat binnen de omvattende term ‘eHealth’ allemaal mogelijk wordt. De techniek treedt hierbij op als facilitator van de methodiek, met daarachter, en veel belangrijker, processen die aansluiten bij de paradigmashift naar meer burgerschap, inspraak, vraaggestuurd werken en empowerment. eHealth en online hulpverlening worden zo belangrijke hulpverlenende instrumenten. In de bijdrage van *Davy Nijs* en *Saskia Timmer* wordt deze stelling verder geëxploreerd en met vijf goede praktijkvoorbeelden geïllustreerd.

Voor de diagnostiek van ‘gameverslaving’ ontwikkelden *Tony van Rooij* en collega’s recentelijk een assessment tool. En hoewel internetverslaving in de aangekondigde editie van de DSM-5 nog niet vermeld wordt, is het wel duidelijk dat dergelijke verslavingen toenemen en het niveau van hype overstegen zijn. De vragenlijst vormt een goed beginpunt voor onderzoek in de klinische situatie, maar verder onderzoek moet de betrouwbaarheid en validiteit nog aantonen.

In het licht van al deze kansen, risico’s, mythes, misverstanden en vragen lijkt het erop dat ICT-competenties van leerkrachten en opvoeders steeds belangrijker worden. Jongeren vragen om internetwijsheid en dus moeten opvoeders in de eerste plaats zelf over die competenties beschikken om nadien te leren hoe ze deze op hun beurt kunnen doorgeven. Internetopvoeding wordt een belangrijke taak van de opvoeder als begeleider van het dagelijkse leven. Daarom ook dat *Jo Daems* en collega’s in hun bijdrage de ontwikkeling beschrijven van een ICT-competentieprofiel voor leerkrachten en begeleiders van personen met een verstandelijke beperking verbonden aan voorstellen tot remediëring. Het instrument helpt leerkrachten en begeleiders zichzelf te toetsen op de vragen: hoe ver sta ik, welke competenties heb ik al en welke dien ik nog te verwerven?

[N O O T]

1. Davy Nijs, orthopedagoog, is verbonden aan de Katholieke Hogeschool Limburg departement Sociaal Agogisch Werk. Hij doceert orthopedagogiek en is coördinator van de expertisecel eSocialWork. Zijn expertise focust op het begeleiden van hulpverleners in het ondersteunen van het internetgebruik van kinderen, jongeren en volwassenen (mediawijjsheid) en in het gebruiken van internet als hulpverleningstool (online hulpverlening). Contactadres: Katholieke Hogeschool Limburg, departement SAW, Oude Luikerbaan 79, 3500 Hasselt. Tel. +32 (0)11 28 82 70, davy.nijs@khlim.be, www.esocialwork.eu, twitter @DavyNijs.

Al deze contactgegevens worden ook weergegeven in de bijgevoegde QR-code. De code werd ontwikkeld om snel decodeerbaar te zijn (quick response). Achter de code wordt vaak een url (link naar een website) weergegeven. De huidige generatie smartphones heeft de mogelijkheid om via een QR-app en de ingebouwde camera de code in te scannen en de link onmiddellijk te openen in de webbrowser. Deze eenvoudige manier van infoverspreiding wordt nu al met verschillende doelen gebruikt: jobadvertenties, extra informatie over de dieren in de zoo, zoektochten met QR-codes, tickets, stembiljetten...



[L I T E R A T U U R]

- Bergmans, E. (2011). *Rouwen via Twitter en Facebook*. Geraadpleegd 10 maart 2011 via <http://www.standaard.be/artikel/detail.aspx?artikelid=C1379997>.
- Claeys, H. (2012). *Apps in de hulpverlening (1)*. Geraadpleegd op 7 november 2012 via <http://www.online-hulpverlening.be/blog/2012/online-hulpverlening/apps-in-de-hulpverlening-1/>.
- Dewaele, B. (2012). *Digital trends*. Geraadpleegd op 7 november 2012 via <http://www.slideshare.net/fullscreen/netlash/digital-trends-2013-dmf/1>.
- Engelen, L. (2010). *Een heel klein boekje over zorg 2.0*. UMC Nijmegen: St.-Radboud.
- iMinds (2012). *De Vlaming wordt homo digitalis*. Geraadpleegd op 7 november 2012 via <http://www.iminds.be/nl/blog/p/detail/de-vlaming-wordt-homo-digitalis>.
- Lieten, I., & Smets, P. (2012). *Conceptnota mediawijjsheid*. <http://www.ond.vlaanderen.be/ict/beleid/conceptnota-mediawijjsheid.pdf>.
- Mizuko, I., Bittanti, M., Horst, H.A., Pascoe, C.J., Robinson, L., Baumer, S., Boyd, D., Cody, R., Herr-Stephenson, B., Lange, P.G., Mahendran, D., Martinez, K.Z., Perkel, D., Sims, C., & Tripp, L. (2009). *Hanging out, messing around, and geeking out: Kids living and learning with new media*. Cambridge (USA): The MIT Press.
- NOS (2010). *Wereldprimeur: trouwen via Twitter*. Geraadpleegd op 7 november 2012 via <http://nos.nl/artikel/192477-wereldprimeur-trouwen-via-twitter.html>.
- Schalken, F. (2011). *Blended hulpverlening maakt zorg beter en doelmatiger*. Geraadpleegd op 2 mei 2012 via <http://www.skipr.nl/blogs/id721-blended-hulpverlening-maakt-zorg-beter-en-doelmatiger.html>.
- Van Hecke, J. (2012). *Internet als methodiek in de jeugdzorg: een extra taal*. Antwerpen: Garant.
- Van Hecke, J., & Nijs, D. (2012). Samenleving anno 2011. In J. Van Hecke (red.), *Internet als methodiek in de jeugdzorg: een extra taal*. Antwerpen: Garant.

Een verkenning van de mogelijkheden van eHealth als empowerende hulpverlening

[Davy Nijs & Saskia Timmer]

[S A M E N V A T T I N G] Dit artikel formuleert in aanzet een antwoord op vragen over de betekenis in Vlaanderen en Nederland van de modieuze begrippen 'eHealth' en 'online hulpverlening'. Hierbij volgen de auteurs de overtuiging dat techniek op zich voor hulpvragers veel kan betekenen, maar dat er achterliggend nog veel meer processen lopen met een veel bredere impact op de zorg- en hulpverlening en haar werkprocessen. Internettoepassingen eisen hun plaats op binnen hulpverlenende paradigma's als burgerschap, inspraak en empowerment. Aan de hand van dit kader wordt de 'empowerment-lat' naast enkele good practices uit de Vlaamse en Nederlandse orthopedagogiek en kinderpsychiatrie gelegd om te concluderen dat eHealth en online hulpverlening de potentie hebben om in alle fasen van het zorg- en hulpverleningsproces bij te dragen aan empowerment.

Inleiding

Zorg- en hulpverlening staan permanent voor heel wat uitdagingen die noodzaken tot verandering of 'zorgvernieuwing'. De vraag naar zorg- en hulpverlening zal de komende jaren nog sterk toenemen. Zo zal de vergrijzing toenemen, willen cliënten (langer) baas blijven in het eigen zorg- en hulpverleningsproces, wordt zorg- en hulpverlening duurder en is er meer en meer nood aan integrale hulp. De huidige beleidsdoelstellingen in Ne-

derland en Vlaanderen richten zich zowel op het kostenaspect als op de vraag naar meer cliëntgerichte kwaliteitsvolle zorg. Om aan al die uitdagingen het hoofd te bieden zetten de overheden sterk in op de 'vermaatschappelijking van de zorg': vanuit een krachtgericht perspectief wordt zorg steeds meer ingebed in het vertrouwde sociale netwerk van mensen. Het krachtenperspectief houdt ook in dat men dient te streven naar de minst ingrijpende zorg, bijvoorbeeld: liever ambulante dan residentieel, eerder algemeen dan bijzonder en dit zo veel mogelijk in de natuurlijke context van de betrokkene (Demeyer & Van Regenmortel, 2008). De zorggebruiker woont bij voorkeur zo lang mogelijk zelfstandig en krijgt zorg en begeleiding aan huis (Vitalink, z.d.). Ook nieuwe technologie vormt hierbij een uitdaging én een kans: informatie- en communicatietechnologie (ICT) en meer specifiek internettechnologie krijgen meer en meer een belangrijke rol in de zorg- en hulpverlening. Dit wordt ook wel 'eHealth' genoemd. eHealth kan een bijdrage leveren tot kwaliteitsverbetering, efficiëntie en kostenreductie van de zorg enerzijds en empowerment van de patiënt anderzijds, daar is de gemiddelde beleidsmaker in Nederland en België het over eens (Schippers, 2012; Vandeurzen, 2009).

eHealth en online hulpverlening: what's in the name?

Naar de inzet van ICT en internettechnologie binnen zorg- en hulpverlening wordt omvattend verwezen met de term 'eHealth'. Naast deze term zijn er nog heel wat andere termen in gebruik, vaak met het voorvoegsel 'e', 'internet', 'online' of 'digitale' of zelfs het achtervoegsel '2.0'. Een kleine verkenning van de gangbare definities brengt ons bij de kern van al deze termen, namelijk de inzet van ICT in de zorg- en hulpverlening. Met deze definitie is het speelveld nog steeds breed. ICT in de zorg- en hulpverlening kan namelijk vanuit verschillende perspectieven ingezet worden (NICTIZ, 2012; Timmer, 2012). Grofweg is er onderscheid te maken tussen ICT ingezet (1) in het primaire proces (dus het directe zorg- of hulpverleningsproces tussen hulpvrager en hulpverstrekker), (2) ter ondersteuning van dit primaire proces of (3) ter ondersteuning van de meer logistieke kant van de zorg- en hulpverlening. We verduidelijken deze drie perspectieven telkens aan de hand van een voorbeeld.

Een administratief systeem gericht op agendabeheer en declaratie van zorg- en hulpverrichtingen heeft als doel het vereenvoudigen van de logistieke kant van het zorgproces en geldt dus als voorbeeld van het laatste perspectief. Een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is een voorbeeld van ICT ingezet om het primaire proces te ondersteunen. Deze toepassingen zijn wel aan de hulpvrager gerelateerd maar werden, tot voor kort, niet ingezet in het primaire proces. Als men bijvoorbeeld op zoek gaat naar informatie over eHealth in Vlaanderen, prijkt het landelijke eHealth-platform bovenaan de resultaten, wat de verbondenheid tussen de term eHealth en de uitwisseling van cliëntinformatie beklemtoont.

Als laatste categorie zijn er die ICT-toepassingen die ingezet worden in het directe hulpverleningsproces, het primaire proces tussen hulpvrager en hulpverstrekker. Zowel in Vlaanderen als in Nederland speelt er hierbij discussie tot een eenduidige afbakening, maar deze is eerder van terminologische

aard. Het is hier dat de term 'online hulpverlening' ook gebruikt wordt (Van Hecke & Nijs, 2012). Verschillende auteurs brengen ordening aan in deze toepassingen (Timmer, 2011; Bocklandt, 2011; Schalken, 2010) en beperken zich hierbij niet uitsluitend tot die toepassingen die interactie verwachten tussen hulpvrager en hulpverstrekker maar beslaan het gehele zorgproces. Denk hierbij aan online informatie of het gebruik van online zelfhulpcursussen. De indeling van Timmer (2011) wordt weergegeven in tabel 1.

Echter, waar afbakeningen gemaakt worden, ontstaan met regelmaat grijze gebieden. Zo is het EPD van oorsprong een middel dat de hulpverstrekker ondersteunt (perspectief 2). Vanuit de beweging om het dossier te ontsluiten voor de hulpvrager wordt duidelijk dat dit een steeds belangrijker rol krijgt in het primaire proces (perspectief 1). Het EPD en de daarin besloten kennis over de hulpvrager, de behandeling en de voortgang ervan, worden zo onderdeel van het primaire proces. Voor de hulpvrager is deze informatie een belangrijke voorwaarde om zijn rol in het proces te kunnen nemen, zoals dit ook al langer voor de behandelaar geldt. Wordt het EPD daarmee onderdeel van het eerste perspectief?

In dit artikel zullen we onze focus leggen op toepassingen uit het eerste perspectief (ICT ingezet in het primaire proces), maar eerst exploreren we de paradigmawijziging die aan de grond ligt van het voorbeeld dat we net schetsten binnen de grijze zone. De tijd dat hulp- en zorgverlening uitsluitend eenrichtingsverkeer was, waarbij hulp- en zorgverleners als specialisten aanbevelingen deden en hulp- en zorgvragers deze aanbevelingen blindelings opvolgden, ligt achter ons. Op het vlak van informatiedeling, betrokkenheid bij besluitvorming en het maken van keuzes in het hulp- en zorgverleningsproces werd de hulpvrager steeds mondiger. Het lijkt wat op de evolutie die het internet het voorbije decennium doormaakte. Van een eenzijdig web 1.0 ('een kennisinstelling plaatst informatie op het internet die internetgebruikers ontvangen en moeten aannemen zonder meer') naar een sociaal web 2.0 ('wij plaatsen informatie op het internet en iedereen kan daar

Tabel 1. Overzicht en omschrijving van de eHealth-interventies (verkorte versie) (Timmer, 2011).

Online informatie	Informatie over onder meer ziekten, gezondheid en behandelmethoden op internet, bijvoorbeeld op websites, weblogs of fora.
Sociale media	Alle vormen van internetcommunicatie, waarbij gebruikers met minimale tussenkomst van een redactie gezamenlijk de webinhoud beheren en onderling dialoog en uitwisseling hebben. Denk aan internetcommunities zoals Hyves of Facebook, maar ook aan chatsites, YouTube, Twitter (microblog) en weblogs (blogs). Strikt genomen zijn de sociale media geen eHealth-interventie. Maar door de grote invloed op de zorg is deze groep wel opgenomen in de ordening.
Zelftests	Tests of vragenlijsten die te vinden zijn op internet en door de consument (zonder tussenkomst van een professional) te gebruiken zijn. Het zijn tests bedoeld om somatische of psychische gezondheidsklachten of middelenmisbruik op te sporen. De functie van de tests varieert van screenend tot diagnostisch instrument. Een deel is gratis te gebruiken, een deel van de zelftests is online te koop.
eCommunicatie (inclusief videocommunicatie)	Onder eCommunicatie vallen alle vormen van online communicatie tussen zorgverlener en cliënt. Denk aan e-mail (asynchroon) of chatcontact (synchroon) over inhoudelijke zorgvragen en ook aan de mogelijkheid om online je eigen afspraken te plannen. Het gebruik van beeldcommunicatie valt hier ook onder. Steeds meer zie je dat eCommunicatie onderdeel is van een pakket van zorg. Denk aan zorg-op-afstand-toepassingen of online behandeling.
Domotica en Ambient Technology	Domotica omvat alle mogelijke technologie in de thuissituatie. Domotica in de zorg definiëren we beperkter: dan gaat het om alle vormen van toezichthoudende technologie die de cliënt of de zorgverlener ondersteunen. Ambient technology is de opvolger van de huidige toezichthoudende technologie: deze applicaties zijn namelijk 'intelligenter'. Met behulp van sensoren kan informatie uit de omgeving (waar je bent bijvoorbeeld) op afstand waargenomen worden en op die manier gebruikt worden bij de ondersteuning- of coaching-op-maat van de cliënt. Een groot deel van de applicaties is gericht op signalering naar de omgeving van een cliënt, denk aan bewegingsdetectie. De doorgestuurde informatie leidt ertoe dat de zorgverlener of mantelzorg al dan niet in actie komt.
Online behandelinterventies (inclusief serious games)	Dit zijn de online behandelinterventies gericht op reductie van de klacht of het leren leven met de aandoening. Deze groep is in te delen in de zelfhulpcurcus en behandeling. Serious games zijn games met een leerdoel, een gezondheidsdoel.
Portalen	Portalen in de zorg zijn in te delen in instellingsportalen, aandoeningsspecifieke portalen en cliëntportalen. Deze laatste worden ook wel <i>Personal Health Records</i> (PHR) of persoonlijke gezondheidsdossiers genoemd.
Monitorapplicaties	Zorg-op-afstand, telecare en telemonitoring zijn termen die gebruikt worden om een combinatie van toezichthoudende technologie en monitorapplicaties aan te duiden die – soms met videocommunicatie – worden gebruikt om een persoon met een aandoening op afstand te monitoren en/of te begeleiden. Denk aan het op afstand monitoren van een thuiswonende cliënt of oudere.
Technologie overige	Denk bij deze categorie aan het gebruik van robots, nanotechnologie of applicaties (apps) voor smartphones. Deze categorie bevat vormen die relatief nieuw zijn in de zorg.

zelf mee aan de slag, eventueel zelfs in dialoog'). Dit idee wordt visueel weergegeven in figuur 1. Hoe zien we deze paradigmawijziging vorm krijgen binnen de orthopedagogiek en de kinderspsychiatrie?

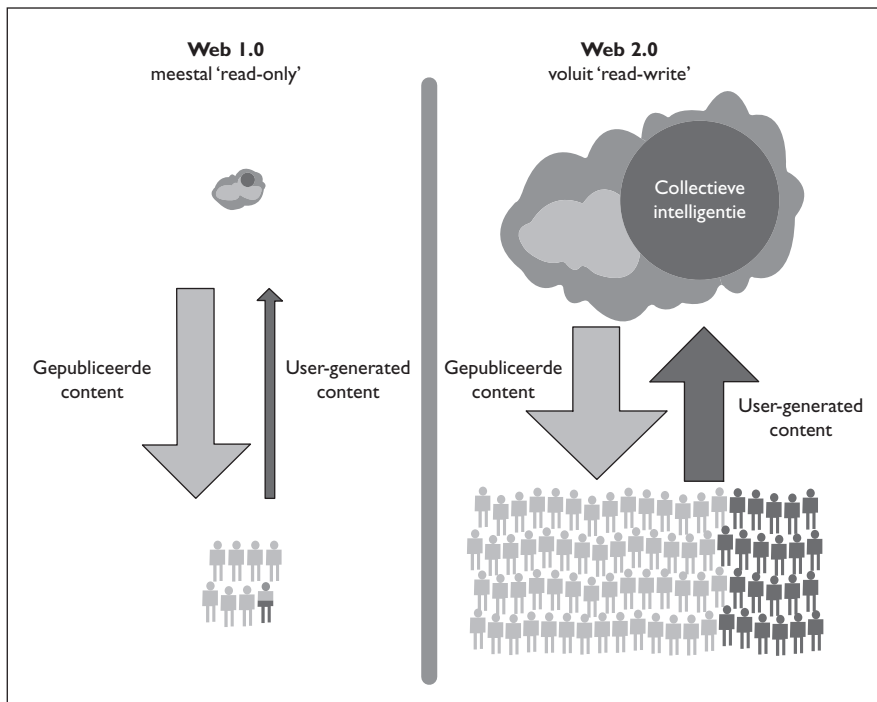
Over burgerschap, empowerment en vraaggestuurd ondersteuningsmodel

Binnen de hedendaagse orthopedagogische en kinderspsychiatrische hulpverlening (maar ook binnen de belendende zorgsectoren) kunnen twee sturende paradigma's als richtinggevend vermeld worden. Vanuit de zorg voor personen met een beperking is dit het burgerschapsparadigma dat vorm krijgt binnen het ondersteuningsdenken en het vergelijkbare empowermentparadigma dat ook binnen andere zorgsectoren bruikbaar is.

Beide kaders zijn het resultaat van een grondige paradigmawending binnen de zorg- en hulpverlening die zich de laatste decennia voltrok.

Van Genneep (2000) situeert het burgerschapsparadigma vanaf de jaren 1990 als richtinggevend binnen de zorg aan personen met een beperking. Zij worden beschouwd als burgers die recht hebben op de voor hen noodzakelijke ondersteuning om gelijkwaardig, op het vlak van rechten en plichten, deel te kunnen nemen aan de samenleving en er een eigen bijdrage aan te kunnen leveren. De verantwoordelijkheid van de maatschappij ligt erin, deze participatie te faciliteren binnen een beleid van gelijke kansen en inclusie. De belangrijkste leidthema's hierbinnen zijn: volwaardig burgerschap, keuze en controle, kwaliteit van bestaan en ondersteuning (Van Genneep & Steman, 1997, in: Smit & Van Genneep, 2002). Dit paradigma kiest dus resoluut voor het idee dat beperkingen ontstaan vanuit de interactie tussen individuele kenmerken van de persoon en maatschappelijke

Figuur 1. Van een eenzijdig web 1.0 naar een sociaal web 2.0.



omstandigheden die dit in de hand werken. De maatschappij moet in deze haar verantwoordelijkheid nemen, door het bieden van ondersteuning ('support') op maat van de mogelijkheden en krachten van de persoon. Het empowermentparadigma sluit nauw aan bij dit burgerschapsparadigma en biedt een kader dat ook binnen andere zorgsectoren handvatten biedt. Dit denk- en handelingskader bevat een fundamentele verandering in het kijken naar sociale problemen en naar hun oplossingen met hun implicaties voor interventie, onderzoek en beleid (Van Regenmortel, 2002). Voor het Nederlandse taalgebied geldt de volgende bruikbare definitie: "Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie" (Van Regenmortel, 2002, p. 76). Het concept wordt opgedeeld in drie niveaus: het microniveau van individuele kenmerken, het mesoniveau van omgevingsfactoren en het macroniveau van maatschappelijke structuren. Zimmerman (1998, in: Van Regenmortel, 2002, p. 78) identificeert drie centrale variabelen: het (opnieuw) verwerven van controle, het aanscherpen van een kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie. Termen die we ook terugvinden in het burgerschapsparadigma en zijn leidend motieven en die evenzeer terug te brengen zijn tot mogelijkheden en krachten. "Vanuit een fundamenteel geloof in capaciteiten heeft een empowermentbenadering als doel om bronnen te mobiliseren en dit zowel bij het individu als in zijn omgeving (o.a. familie, buurt, gemeenschap)" (Van Regenmortel, 2007, p. 264). Een dergelijke krachtgerichte benadering noopt tot een andere hulpverleningsrelatie: hulpverleners worden ondersteuners in een proces dat de hulpvrager zelf doorloopt. De hulpvrager wordt hierbij een volwaardige actor in het hulpverleningsproces (Demeyer & Van Regenmortel, 2008), meer zelfs, hij wordt als het ware aanvoerder binnen zijn team, met als enige doel een antwoord op zijn hulpvraag.

Naast deze paradigmawending doet er zich immers een andere belangrijke ontwikkeling

voor, namelijk de evolutie van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd ondersteuningsmodel (Maes et al., 2001). Niet langer worden hulp en ondersteuning bepaald door het aanbod van voorzieningen of diensten, maar door wat de hulpvrager wil en nodig heeft. Wanneer het vertrekpunt van de hulpverlening ligt bij de individuele hulpvraag, wordt de centrale positie van de hulpvrager binnen het proces gezekerd. Dat vraagt om een positieve basisattitude gebaseerd op onder meer respect, betrokkenheid en wederkerigheid, en om aangepaste methodieken (bijvoorbeeld: krachtgerichte vraagtechnieken, een aangepaste taal, assessmentinstrumenten) (Demeyer & Van Regenmortel, 2008). En de voedingsbodem voor deze basisattitude en methodieken ligt klaar in de meest diverse eHealth-toepassingen. Hiervan zullen we er exemplarisch een vijftal uitpikken en op deze kaders toetsen. Om het in dit artikel behapbaar te maken, beperken we ons tot het empowermentkader. Daarvoor leggen we in de volgende paragraaf de maatstaven vast.

eHealth en empowerment: what's in the box?

De vraag van de hulpvrager is helder. Hij wil ondersteuning op de momenten die hem passen (anytime), op de plaats die hem past (anyplace) en ziet het zorgproces als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Meer en meer wordt zorg- en hulpverlening een dialogisch proces waarbij beide partijen op gelijke hoogte in partnership met elkaar samenwerken. eHealth speelt hierin een faciliterende rol die verder gaat dan alleen efficiëntie of kostenreductie. De grootste kracht van eHealth ligt bij de empowerende waarde en verdient dus een plaats binnen een hulpverlening die zich beroept op het empowerment- en burgerschapsparadigma en noopt tot vraaggestuurd werken. De hulpvrager wordt een actieve en verantwoordelijke partner in het zorgproces. Deze insteek is wat soms specifiek geïdentificeerd wordt met de term 'Health 2.0' (Bos geciteerd in Hulst, 2008) of 'Zorg 2.0' (Engelen, 2010).

Timmer (2010) ontwikkelde op basis van literatuuronderzoek en expertbevraging haar eigen conceptueel model voor empowerment in het primaire zorg- en hulpverleningsproces. Zij stelt dat empowerment in de zorg gebaseerd is op vier aspecten, namelijk: kennisinbreng, attitude, dialoog en samenwerking. eHealth zit vol met methodieken die deze vier empowerende aspecten in de hand kunnen werken. We stelden eerder al dat empowerment slechts mogelijk wordt indien het niet langer de specialistische *professionele kennis* van de hulpverstrekker alleen is die het leidmotief vormt binnen de hulpverlening, maar een gecombineerde **kennisinbreng**. Dus ook de *ervaringskennis* van de hulpvrager wordt mee richtinggevend. Op dit vlak heeft eHealth de voordelen die hangen aan het 'gedeeld kunnen werken met dezelfde informatie'. Informatie wordt online gedeeld en kan door meerdere betrokkenen (a)synchroon benaderd worden. Een gecombineerde kennisinbreng vraagt op zijn beurt een gewijzigde **attitude** van zowel de hulpvrager als de zorgverstrekker. Beiden zijn *gelijkwaardig*, hebben *respect* en *vertrouwen* in de ander. Toepassingen van eHealth bieden de hulpvrager keuzemogelijkheden aan en sporen hem aan tot het opnemen van een grotere verantwoordelijkheid binnen het zorg- en hulpverleningsproces. In het model staan kennisinbreng en attitude centraal en zijn de laatste twee aspecten gevolgen hiervan. Gecombineerde kennisinbreng en een gelijke positie leiden automatisch tot **dialoog**. *Zeggenschap* betekent hier een gelijkwaardige rol voor beide dialoogpartners en *zelfbeschikking*

gaat over het zelf regie houden over het zorg- en hulpverleningsproces. De hulpverstrekker heeft hierbij een coachende rol en moet de weg naar een *gezamenlijke besluitvorming* faciliteren. De centrale rol van de hulpvrager als volwaardige gesprekspartner ligt verval in veel van de eHealth-toepassingen. Ten slotte is het slechts in de **samenwerking** dat de zorg- en hulpverlening uitgevoerd kan worden. De hulpvrager staat in voor zijn *zelfbeheer*, de zorg- en hulpverlening wordt in *gezamenlijkheid* gedeeld.

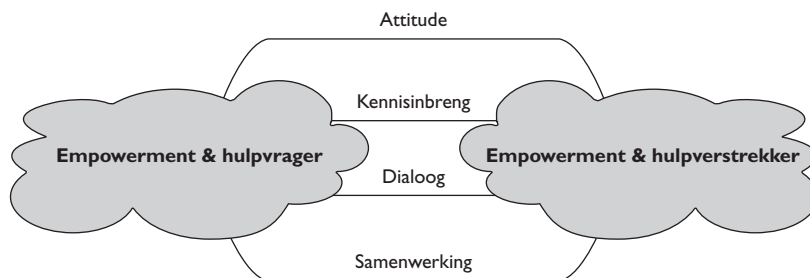
eHealth en empowerment: what's in it for me?

Hieronder worden vijf eHealth-praktijkvoorbeelden onder de 'empowermentloep' gelegd aan de hand van de hierboven uitgewerkte vier empowermentaspecten in het primaire zorg- en hulpverleningsproces. We kozen de toepassingen op basis van hun relevantie binnen dit themanummer en de diversiteit in werkgebieden (interventie, doelgroepen, land van herkomst, ...). We stellen telkens eerst de toepassing voor (de achtergrond ervan en de plaats binnen de huidige hulpverlening), om ze vervolgens naast de lat van empowerment te leggen. Ten slotte maken we in een samenvattend besluit enkele kanttekeningen bij deze voorbeelden en hun empowerende waarde.

We starten met een beschrijving van toepassingen uit de voor iedereen toegankelijke eerstelijns-hulpverlening om vervolgens in te

Figuur 2.

Empowerment in het primaire zorg- en hulpverleningsproces, gebaseerd op vier aspecten: kennisinbreng, attitude, dialoog, samenwerking.



zoomen op mogelijkheden binnen tweede- en derdelijnshulpverlening. Het gaat hierbij in vier gevallen over webgebaseerde toepassingen, maar gezien de te voorspellen 'boom' op het vlak van mobiele hulpverlening via smartphones en tablets hebben we als vijfde voorbeeld een mobiele app opgenomen.

Snel online aan de slag via chat of e-mail

Opgroeien gaat vaak niet zonder slag of stoot. Menige puber heeft wel eens een vraag of probleem waar hij mee worstelt. Dat kan een vraag zijn van 'lichtere aard', maar ook vragen die ontstaan doordat de jongere geconfronteerd wordt met meer ingrijpende levensgebeurtenissen. Te denken valt aan de echtscheiding van de ouders of het overlijden van een dierbare. Om de weg naar hulpverlening voor de jongeren laagdrempeliger te maken zijn er in België en Nederland enkele initiatieven, waarvan wij er twee uitpikken omwille van de vergelijkbaarheid: Tele-onthaal.be en Klikvoorhulp.nl. Beide initiatieven bieden jongeren anonieme online hulpverlening aan via chat en e-mail, soms als antwoord en soms als opstap naar een vervolgtraject. Soms blijken deze vragen echter ook over doodswensen te gaan. Specifiek hiervoor zijn in Nederland en België twee anonieme online hulpverleningsvormen ontwikkeld: de Zelfmoordlijn.be en 113online.nl. Preventie van suicide door het bieden van online hulp aan de jongere of iemand uit de omgeving is het doel van beide. Bij deze vier toepassingen vormen chat en e-mail, naast telefonische bereikbaarheid, de basis van een laagdrempelige en uitnodigende vorm van online hulpverlening. Voor sommigen is met name de anonimiteit prettig, anderen vinden het prettig dat ze direct toegang hebben tot de hulpverlening. Deelnemen aan een chatgesprek is voor velen een stap die ze wel kunnen zetten, terwijl zij de stap naar de reguliere hulpverlening, bijvoorbeeld via het algemeen welzijnswerk, te groot vinden.

Een empowermentaspect dat als eerste naar voren komt, is de *attitude*. Het chatgesprek wordt geïnitieerd door de jongere zelf. De chathulpverlener is online beschikbaar maar

de jongere kan zelf bepalen of en hoe lang hij aan het gesprek deelneemt. Dat vraagt een hulpverleningsattitude die uitgaat van vertrouwen in de hulpvrager om zelf initiatief te nemen en op een verantwoorde manier om te gaan met zijn vraag en de geboden hulp. Dat raakt en verstevigt ook de attitude bij de jongere, met name zich competent voelen, hier via internet. Dat sterkt zijn zelfvertrouwen. Het gegeven dat hij zelf de regie heeft en daadwerkelijk invloed heeft op het starten en beëindigen van het gesprek, draagt hier eveneens toe bij. De *dialogo* vormt de basis van het gesprek. Doordat de jongere dit anoniem online kan doen, voelt hij zich vrijer om zich te uiten over zijn gedachten en ervaren problemen. Het opschrijven ervan in een chat of e-mail zorgt tevens voor reflectie op zijn gedachten. De meer open communicatie in de chat biedt de hulpverlener meer zicht op de gedachten van de jongere, de vorm faciliteert de *kennisinbreng* van met name de jongere. Hierdoor kan de hulpverlener in zijn antwoorden beter aansluiten bij de ervaringskennis van de jongere, waardoor de *samenwerking* in de hulpverlening tot stand komt.

Een zelfmanagementportaal voor mensen met autisme

Het Dr. Leo Kannerhuis in Nederland werkt al langere tijd aan het bevorderen van de zelfmanagementvaardigheden van de cliënt met autisme, zijn familie en netwerk. De permanente behoefte aan ondersteuning in combinatie met de visie op de noodzakelijkheid van levensloopbegeleiding voor mensen met autisme lag aan de basis van de ontwikkeling van een zelfmanagementportaal voor de persoon en zijn netwerk. De persoon met autisme kan zijn netwerk uitnodigen om bij ondersteunende onderdelen van zijn portaal (apps) passief mee te lezen of actief hieraan bij te dragen. De persoon kan er bijvoorbeeld voor kiezen zijn broer/zus mee te laten lezen in zijn stemmingspeiler-app Moodbox maar zijn ouders niet. De ouders kan hij wel toegang geven tot zijn takenlijst zodat ze hem daarbij kunnen helpen. Zo ontstaat er een digitaal steunsysteem waarbij men de kracht van internet gebruikt in het op afstand ondersteunen van de persoon met

autisme. Het portaal kent een aantal generieke functionaliteiten zoals: het kunnen aanmaken van een profiel, online contact via chat of video en een autorisatiesysteem om te bepalen wie waartoe toegang heeft. Een andere belangrijke generieke functie is de data-uitwisseling tussen de verschillende functionaliteiten en apps. Hierdoor wordt contextgestuurde, intelligente coaching mogelijk. Denk bijvoorbeeld aan het vergelijken van de uitkomsten van de stressmeter en de agenda om zo te achterhalen wat dit zegt over iemands stresspatroon in relatie tot zijn activiteiten. Het zelfmanagementportaal faciliteert daarmee een digitale vorm van levensbegeleiding in aanvulling op de persoonlijke begeleiding die het netwerk kan bieden.

In deze omschrijving van de applicatie komen een aantal zaken terug. De applicatie ondersteunt gedeelde *kennisinbreng* doordat de gebruiker makkelijk de door de tijd heen verzamelde kennis kan ontsluiten voor de hulpverstrekker of zijn netwerk of tijdens de behandeling zijn hulpverstrekker snel en makkelijk op de hoogte kan brengen. Denk aan het plaatsen van een statusupdate in de Moodbox, waarmee de gebruiker zijn gedachten of zorgen met zijn netwerk deelt. Hierdoor heeft de hulpverstrekker meer zicht op zijn kant 'van het verhaal'. De *dialog* en *samenwerking* zijn in de basis van deze applicatie geïntegreerd. Dialoog bijvoorbeeld doordat anderen kunnen meelesen en online (en offline) het gesprek aangaan. De dialoog is ook letterlijk vormgegeven in de communicatiefunctie waarmee tekst en videochat mogelijk zijn. De dialoog, tussen gebruiker en zijn netwerk of hulpverstrekker, is ondersteunend, de persoon met autisme kan hierdoor in *zelfbeheer* verantwoordelijke keuzes maken om zijn autisme te 'managen' of kan meepraten en mee besluiten over wat hij nodig heeft om te participeren in het leven. *Samenwerking* krijgt op meerdere manieren vorm, in het gezamenlijk gebruik van apps, het formuleren van doelen of via gamification en het toekennen van punten als stimulans om de doelen te behalen. Als laatste aspect van empowerment, de *attitude*. Al eerder werd vermeld dat de verschillende apps in het zelfmanagementportaal feedback kunnen geven. Voor mensen met autisme zijn zich

competent voelen en een realistisch zelfbeeld niet zo gewoon. Vaak slaat de balans door naar zich onrealistisch competent voelen of juist extreem incompetent voelen. De feedback uit het systeem draagt bij aan het ontwikkelen van een realistischer zelfbeeld. De mogelijkheid om anderen op afstand te informeren kan bijdragen aan wat we 'autonomie in verbondenheid' kunnen noemen: zelfstandig functioneren met steun van een (digitaal) netwerk.

Wai-Not en OokJij

De websites Wai-Not.be en OokJij.nl willen de sociale en digitale inclusie van personen met een verstandelijke beperking bevorderen. Beide sites bieden in eerste instantie toegankelijke informatie maar ze reiken ook algemene (sociale) vaardigheden aan en werken tevens specifiek rond het gebruik van internet. Zo biedt Ookjij e-learningmodules voor vaardigheden zoals tanden poetsen of naar de dokter gaan. In goed te begrijpen tekst en beeld wordt uitgelegd wat men moet doen of wat er kan gebeuren, waarna met behulp van vragen gekeken wordt of de stof begrepen is (bijvoorbeeld: via een online sleepoefening verzamelt de gebruiker alles wat hij nodig heeft om zijn tanden te kunnen poetsen). Wai-Not.be en Ookjij.nl bieden een gesloten webomgeving aan waarbinnen de gebruiker aangepaste informatie kan verzamelen maar ook kan communiceren in tekst of in pictogrammen via e-mail of chat. Spraak en aangepaste tekst maken de beide websites voor iedereen begrijpbaar.

Het aanleren van vaardigheden op het vlak van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie bij personen met een verstandelijke beperking vergt veel tijd van hulpverleners. Online leerplatformen als deze kunnen hierbij een oplossing bieden. Het Ookjij-platform biedt docenten en coaches uitgebreide mogelijkheden om lessen op het gebied van zelfredzaamheid en sociale participatie samen te stellen uit bestaande en eigen leerobjecten en de resultaten en voortgang van de gebruikers te monitoren. Binnen Wai-Not richt het leerlingvolgsysteem zich specifiek op de ICT-eindtermen. Ook kan er via eenvoudige

templates een lokale site opgestart worden waar gebruikers zelf aan kunnen werken. De kracht van beide applicaties is dat duidelijk en herhaaldelijk online het voorbeeldgedrag wordt getoond waarmee men kan oefenen. Werken met het internet blijkt hier als motiverende factor op te treden.

Op het vlak van attitude houden dit soort 'op maat'-omgevingen heel wat mogelijkheden in. De gebruiker zal zich zeker competentier voelen omdat hij op maat ondersteund wordt in vaardigheden die nodig zijn voor deelname aan de (digitale) maatschappij. Mooi hierbij is de hybride informatie in de vorm van teksten en informatie in pictogrammen. Zo is er een keuzepalet aan vormen; tekst, tekst met afbeelding, afbeelding, gesproken tekst. De leermodules verwachten van de persoon actieve inzet, en geven in het kader van het leerproces onmiddellijke feedback, wat een realistisch zelfbeeld ten goede komt. De vaardigheidsontwikkeling draagt bij aan een beter beeld van eigen mogelijkheden, bij cliënt en hulpverstreker. De communicatiemogelijkheid online brengt de persoon beter in de positie om zijn ervaringen in te brengen in het zorg-, hulpverlenings- en leerproces. Dat versterkt gedeelde kennisinbreng maar brengt ook de dialoog tussen beiden op gang. Het (leerling)volgsysteem kan de leerkracht/begeleider maar ook de gebruiker inzicht geven in zijn ondersteuningsdoelen. Verschillende communicatiemodaliteiten zorgen ervoor dat dialoog over eigen keuzes mogelijk wordt.

De beide applicaties bieden tal van leermogelijkheden die aansluiten bij de vraag en kennisbehoefte van de persoon met een verstandelijke beperking, wat *samenwerking* in het leren bevordert en waardoor de persoon met beperking actief zijn rol kan spelen in zijn leerproces. Daarmee krijgen zelfbeheer en samenwerking vorm.

Timerime.com: maak je levenslijn online

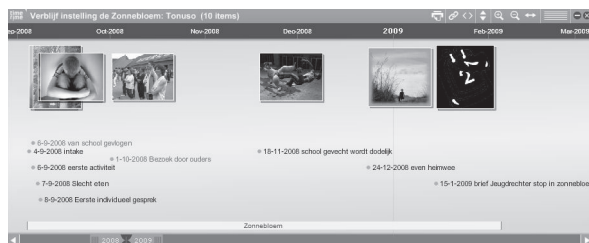
In 2012 verscheen het boek *Internet als methodiek in de jeugdzorg: een extra taal* (Van Hecke, 2012). Hierin worden zestien metho-

dieken beschreven om internettoepassingen in te zetten in het begeleidingsproces van organisaties uit de bijzondere jeugdzorg. Deze zijn allemaal uitgetoetst. Het startpunt van elke methodiek ligt bij de beschrijving van de kerntaak die ze ondersteunt. Deze kerntaken zijn goede praktijken die nu ook online opgenomen zullen worden met behulp van een online interventie. In de zorg- en hulpverlening wordt er bijvoorbeeld gebruik gemaakt van tijdlijnen om levensverhalen of gebeurtenissen te visualiseren, te concretiseren en er dan over in dialoog te gaan. Digitale tijdlijnen hebben het voordeel dat er andersoortige media aan toegevoegd kunnen worden. Timerime.com is een web 2.0 applicatie, die zoveel creativiteit toelaat dat vele cliënten dit verkiezen boven de traditionele manier van werken met tijdlijnen. Een tijdlijn met enkel mp3's, foto's of YouTube-filmpjes om gevoelens weer te geven is voor cliënten sterker en anoniemer. Het hoeven dus niet eens woorden te zijn. Soms zijn er nog geen woorden voor gebeurtenissen, soms bestaan de symbolen enkel in de vorm van media. De digitale tijdlijn is een sterke tool die aanslaat bij cliënten, voornamelijk bij jongeren (Van Hecke, 2012, p. 90). Het is deze creativiteit waar dit boek appel op doet.

Een digitale tijdlijn nodigt de gebruiker uit creatief aan de slag te gaan onder de modus die hij zelf verkiest. Woorden zijn soms te moeilijk en dan kunnen afbeeldingen, YouTube-filmpjes of GoogleMap-kaarten een alternatief bieden. Waar in klassiekere 'offline' tijdlijnen de hulpverlener vaak diegene is die alles noteert, liggen de actie en de verantwoordelijkheid hier bij de hulpvrager. Hij bepaalt hoe zijn tijdlijn eruit zal zien, gebruik makend van zijn competenties. Visualisering maakt de dingen beter te begrijpen en realistischer. De toepassing houdt dus mogelijkheden in tot *attitude*-verandering bij de hulpvrager en de hulpverstreker. Aangezien de tijdlijn door de cliënt aangemaakt wordt onder zijn account, houdt hij de controle: hij bepaalt wie de tijdlijn in kan kijken, of iemand mee kan deelnemen aan de creatie ervan, of deze wordt uitgeprint en in het dossier wordt gestopt, ... Gedeelde kennisinbreng wordt zo mogelijk, maar het vertrekpunt ligt bij de

Figuur 3.

Fictieve levenslijn op Timerime.com (Van Hecke, 2012, p. 90).



ervaringskennis van de gebruiker. Zoals de meeste methodieken uit het boek is ook deze methodiek er in de eerste plaats op gericht de hulpverlenende *dialog* te ondersteunen via een online instrument. Vaak zien we hierbij technisch vaardige jongeren die vlot overweg kunnen met de toepassing, maar het moeilijker hebben om persoonlijke ervaringen te verwoorden. De toepassing ondersteunt hen hierbij en zet hen aan tot het reflecteren over eigen keuzes in het verleden maar ook in de toekomst. Dit kan in *samenwerking* met de meekijkende hulpverstrekker.

BlueAssistApp: dare to connect

De BlueAssist-app kan men binnen de wereld van eHealth positioneren binnen de 'mHealth' of 'Mobile Health', toepassingen via de smartphone. De kracht van deze apps ligt in de mobiliteit ervan; online ondersteuning wordt mogelijk waar en wanneer men wil, en zit bereikbaar in de broekzak. Dit bracht de Oostendse organisatie Ithaka op het idee om dit voordeel aan te grijpen en er specifiek op in te zetten. Als coachingcentrum voor personen met een verstandelijke beperking ontwikkelde men met ondersteuning van Flanders Care de Blue Call Phone, die ervoor zorgt dat gebruikers zichzelf in de maatschappij kunnen redden via toegankelijke communicatie. De telefoon bezit vier functies: een belfunctie, een agendafunctie, een fotoalbum met communicatiefunctie en de BlueAssist-app. De gebruiker kan via BlueAssist een ondersteuningsvraag stellen aan een willekeurig iemand uit de omgeving in de vorm van een blauw scherm met hulpvraag. De app bevat ook een hulpknop waarlangs een

hulpvraag direct gesteld kan worden aan iemand die de persoon persoonlijk kent. Ithaka wil BlueAssist laten uitgroeien tot een icoon voor iemand die een hulpvraag stelt door het te implementeren bij BlueAssist-vriendelijke organisaties (organisaties die een beleidskeuze maken voor toegankelijke communicatie, bijvoorbeeld: de vervoersmaatschappij De Lijn). De BlueAssist-app is niet alleen bruikbaar voor personen met een verstandelijke beperking, ook andere doelgroepen kunnen er voordeel uit halen (bijvoorbeeld: personen met een communicatiestoornis, anderstaligen, ouderen, ...).

De app zorgt ervoor dat de gebruiker meer kansen krijgt door de uitbreiding van zelfstandigheid en het overwinnen van drempels, dit door geruststelling te bieden (permanente bereikbaarheid) en het zelfvertrouwen te vergroten (zelf de hulpvraag kunnen stellen). De gebruiker krijgt autonomie met de steun van een 'directe hulplijn in de broekzak' ('autonomie in verbondenheid'). Dit houdt voor de gebruiker maar ook voor de samenleving een andere *attitude* in. De gebruiker is meer aanwezig in de samenleving en het hulpaanbod wordt dan ook daar gezocht door het 'dare to connect'-principe.

Bij het opstellen van de hulpvraag gaat de gebruiker in *dialog* met zijn coach (ouder, professional, ...) over zijn mogelijkheden en drempels. De uitwerking van de hulpvraag hangt samen met de *kennis* over mogelijkheden van de gebruiker en gebeurt in *samenwerking*. Bij het beantwoorden van de hulpvraag wordt een beroep gedaan op de *kennis* van de mensen rondom de persoon. Samen met een willekeurig iemand in de samenleving wordt een oplossing gezocht. Door de boodschap

toegankelijk te verpakken (de boodschap is door iedereen te begrijpen) wordt een *dialog* tussen gebruiker en een willekeurige persoon in de samenleving mogelijk gemaakt en kan er in een gelijkwaardige dialoog een oplossing geboden worden. Bij het stellen van de hulpvraag verlaagt de app de toegankelijkheidsdrempel, maar het blijft de verantwoordelijkheid van de gebruiker om de eerste stap te initiëren en in *samenwerking* te gaan met iemand uit de samenleving. Wanneer de gebruiker de BlueAssist toont aan een medeburger, doet hij een beroep op het sociaal kapitaal van mensen rondom. Naast de coach betreft de gebruiker dus een derde partij, namelijk een toevallige voorbijganger. Samen wordt er dan gezocht naar een oplossing.



Conclusie

Op beleidsniveau wordt eHealth nog vaak gepercipieerd als een verzameling van instrumenten tot het delen van gegevens, in de eerste plaats tussen professionals onder elkaar maar ondertussen ook tussen professional en hulpvrager. Zowel in Nederland als in Vlaanderen zien we hier aanzetten toe. Zo worden er in diverse zorg- en hulpverleningssectoren online systemen ontwikkeld waarmee hulpvragers hun zorg- en welzijnsgegevens ter beschikking stellen van alle betrokken actoren en dat over alle disciplines heen. Maar eHealth is veel meer dan gegevensdeling alleen. Het gaat over een hedendaagse (zoals de titel van dit themanummer 'TOKK 2.0' al deed vermoeden) invulling van de bestaande paradigma's en over de aan de basis van eHealth liggende mogelijkheden om hier verder vorm aan te geven. Voor de

beide doelgroepen, de orthopedagogiek en de kinder- en jeugdpsychiatrie is eHealth meer en meer een onderdeel van de zorg- en hulpverlening aan het worden. Het aantal online interventies in Vlaanderen en Nederland groeit en de mogelijkheden binnen de interventies breiden zich steeds verder uit. Momenteel neemt Nederland hier weliswaar een voortrekkersrol in op, hoewel we in dit artikel toch ook Vlaamse initiatieven voorgesteld en op hun waarde beoordeeld hebben. Deze initiatieven kenden een groei van informatieve naar interactieve webtoepassingen. Daarmee krijgt Zorg 2.0 of Hulpverlening 2.0 werkelijk invulling en is de basis voor empowerende zorg- en hulpverlening gelegd. Uit de praktijkvoorbeelden blijkt dat deze vorm van hulpverlening aansluit bij de communicatiestijl en de zorgvraag van de huidige generatie jongeren en in de basis empowerend te noemen valt, ook voor kwetsbare doelgroepen waarbij dit in eerste instantie minder voor de hand ligt. De techniek is hierbij de facilitator. De vraag is nu vooral of de hulpverlener in staat is deze paradigma-shift te maken, en deze ook te willen maken door gebruik te maken van ICT. Een korte bevraging bij onze studenten, maar ook contacten met het werkveld leren ons dat dit al te vaak nog een knelpunt vormt. De dogma's die aan de basis liggen van het sociaal werk, worden als totaal verschillend ervaren dan deze die aan de basis liggen van de informatica. Wij willen dit onder andere met dit artikel weerleggen, maar erkennen de nood aan verdere professionalisering op dit terrein. Een goede hulpverlener is niet automatisch ook een goede online hulpverlener (en allicht geldt dat omgekeerd evenzo). Om aan dit knelpunt tegemoet te komen zien we in Vlaanderen en Nederland krachten bundelen om de ontwikkeling en implementatie van eHealth te stimuleren. In Vlaanderen werd hiertoe eind 2011 het Expertisenetwerk OnlineHulpverlening (www.expertonlinehulp.be) opgericht. Een specifiek onderdeel van dit netwerk vormt het eerder opgestarte netwerk e-hulpvlaanderen (www.e-hulpvlaanderen.be), dat zich vooral richt op de inzet van internettoepassingen in de jeugdzorg. Initiatieven als de Nederlandse Nationale Implementatie Agenda (NIA), waarbij ge-

steld wordt dat moderne technologieën deel moeten uitmaken van de hedendaagse zorg, waarbij het uitgangspunt is dat 'oude zorg' vervangen wordt door 'nieuwe zorg', kunnen dit verder uitdragen. Deze opstelling wordt verder uitgedragen binnen de vele initiatieven om kennis over eHealth verder te delen, zoals het groeiende aantal congressen over dit thema, maar ook weblogs zoals de Digitale Zorggids (www.digitalezorggids.nl). En hoewel alle partijen en samenwerkingsverbanden in Vlaanderen en Nederland kostenbesparing als belangrijk winstpunt zien, is er ook in toenemende mate oog voor de potentiële winst op het vlak van kwaliteit van zorg en regievoering door de hulpvrager, ook wel empowerende zorg- en hulpverlening genoemd. Daarmee is eHealth de focus op informatiedeling ontstegen en wordt er ruimte gemaakt voor de integratie van eHealth in de zorg- en hulpverlening.

[N O T E N]

1. Davy Nijs, orthopedagoog, is verbonden aan de Katholieke Hogeschool Limburg departement Sociaal Agogisch Werk. Hij doceert orthopedagogiek en is coördinator van de expertisecel eSocialWork. Zijn expertise focust op het begeleiden van hulpverleners in het ondersteunen van het internetgebruik van kinderen, jongeren en volwassenen (mediawijsheid) en in het gebruiken van internet als hulpverleningstool (online hulpverlening). Contactadres: Katholieke Hogeschool Limburg, departement SAW, Oude Luikerbaan 79, BE-3500 Hasselt, tel. +32 (0)11 28 82 70, davy.nijs@khlhlim.be, www.esocialwork.eu, twitter @DavyNijs.
Saskia Timmer, zorginnovator en verandere kundige, is eigenaar van Changinghealthcare. In haar loopbaan als hulpverlener in de zorg is ze altijd actief geweest met innovatie en verbetering van de gezondheidszorg. De drive voor verbetering van de zorg zet ze nu vanuit Changinghealthcare in voor zorginnovatie op het vlak van eHealth. Haar expertise betreft de ontwikkeling en implementatie van eHealth in de zorg. Middels lezingen, workshops en gast-docentschappen aan hogescholen begeleidt ze zorgprofessionals in het gebruik van eHealth

en online communicatie met patiënten. Contactinfo: tel. +31(0)6 44 108 921, Saskia@changinghealthcare.nl, www.changinghealthcare.nl, twitter @sastimmer.

[L I T E R A T U U R]

- Bocklandt, P. et al. (2011). *Niet alle smileys lachen – onlinehulp in eerstelijnszorg*. Leuven: Acco.
- Bos, L. geciteerd in Hulst (2008). *De definitie van health2.0 = visie*. Geraadpleegd 9 november 2012, <http://www.martijnhulst.nl/weblog/pivot/entry.php?id=481>.
- Demeyer, B., & Van Regenmortel, T. (2008). *'Iets heel bijzonders': een verkennende studie naar de effecten van Persoonlijke Toekomstplanning bij personen met een handicap en steungroepleden*. Leuven: Hiva.
- Engelen, L. (2010). *Een heel klein boekje over Zorg 2.0*. Delft: Eburon.
- KNMG, NPCF, ZN. (2012). *De nationale implementatieagenda eHealth*. Geraadpleegd op 9 november 2012 via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/07/nationale-implementatieagenda-e-health-ria.html>.
- Krijgsman, J., & Wolterink, G. K. (2012). *Orde in de wereld van eHealth*. Den Haag: Nictiz. Geraadpleegd op 9 november 2011 via [http://www.nictiz.nl/page/Nieuws?mod\[627\]\[n\]=2443&mod\[627\]\[c\]=20](http://www.nictiz.nl/page/Nieuws?mod[627][n]=2443&mod[627][c]=20).
- Maes, B., Van Hove, G., et al. (2001). *Een kader voor de organisatie van vraaggestuurde ondersteuning voor mensen met een handicap en hun omgeving*. Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Vakgroep Orthopedagogiek/Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Departement Pedagogische Wetenschappen, Afdeling Orthopedagogiek, UGent/K.U.Leuven.
- Schalken, F. et al. (2010). *Handboek onlinehulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schippers, E. (2012). Kamerbrief over E-health. Geraadpleegd via Rijksoverheid op 25 oktober 2012, van <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/06/07/kamerbrief-over-e-health/kamerbrief-over-e-health.pdf>.
- Smit, B., & Van Gennep, A. (1999). *Netwerken van mensen met een verstandelijke handicap*.

- Werken met sociale relaties: praktijk en theorie.* Utrecht: NIZW.
- Timmer, S. (2010). *De patiënt aan de knoppen.* Niet-uitgegeven onderzoeksrapport.
- Timmer, S. (2011). *eHealth in de praktijk. Handreiking voor iedereen die wil kennismaken of starten met eHealth.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Timmer, S. (2012). eHealth in de huisartsenpraktijk. Geraadpleegd op 9 november 2012 via <http://www.slideshare.net/ChangingHealth-Care/ehealth-in-de-huisartsenpraktijk-inleiding>.
- Vandeurzen, J. (2009). *Beleidsnota: Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.* Brussel: Kabinet van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vandeurzen, J. (2010). *Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen.* Brussel: Kabinet Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Gennep, A. (2000). *Emancipatie van de zwaksten in de samenleving. Over paradigma's van verstandelijke handicap.* Amsterdam: Boom.
- Van Hecke, J., & Nijs, D. (2012). Behoeftte aan onlinehulpverlening. In J. Van Hecke (red.), *Internet als methodiek in de jeugdzorg: een extra taal* (pp. 48-57). Antwerpen: Garant.
- Van Regenmortel, T. (2002). *Empowerment en maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede.* Leuven/Leusden: Acco.
- Vitalink. (z.d.). *Maatschappelijke veranderingen.* Geraadpleegd op 25 oktober 2012, via <http://vitalink.be/Vitalink/Over-Vitalink/Maatschappelijke-veranderingen/>.