

Wat is online hulpverlening?

1.1 Inleiding

- Steeds meer autoverkoop via internet.
- Nederlanders winkelen steeds meer via het internet.
- Steeds meer senioren daten via het internet.
- 94 procent Nederlanders regelt reis via internet.
- Bijna 30 procent werkgevers screent via sociale netwerksites.
- Radio luisteren via internet populair.
- Steeds meer mensen verslaafd aan internet.
- Drie kwart internetgebruikers regelt bankzaken via internet.
- Steeds meer aangiften via internet.

Het internet raakt steeds meer ingeburgerd in het dagelijks leven. Nog maar enkele jaren geleden werd het world wide web slechts gebruikt voor het zoeken naar informatie en het leggen van contact. Bovenstaande selectie van nieuwsberichten laat goed zien hoe het gebruik van internet de afgelopen jaren geëvolueerd is. Er zijn maar weinig activiteiten die niet online plaatsvinden.

Ook voor hulpverlening wordt het internet meer en meer gebruikt. Maandelijks komen er nieuwe initiatieven online, zowel van reguliere instellingen als nieuwe aanbieders. Het gemak van internet geldt niet alleen voor het vinden van een auto of huis, maar ook voor hulpverlening. Daarnaast blijkt het gevoel van anonimiteit dat internet biedt, te zorgen dat mensen makkelijker gaan praten over hun problemen.

1.2 Definitie

Er zijn in de loop der jaren vele termen ontstaan die het gebruik van internettechnologie in de zorg proberen te beschrijven. Voorbeelden zijn: digitale hulpverlening, digihulp, e-health, telemedicine,

e-mental health, internethulpverlening, e-hulp, online hulp en online hulpverlening.

E-health is het ruimste begrip van de bovenstaande. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) definieert het als: 'Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren'. Onder deze definitie vallen zowel initiatieven in het primaire zorgproces als in de ondersteuning, zoals het contact tussen artsen onderling.

Onder telemedicine verstaat het Nederlandse Instituut voor Telemedicine (Nitel): 'Het op afstand verlenen van zorgdiensten door gebruik te maken van informatie- en communicatietechnologie' (Nitel.nl, 2009). In de praktijk betreft het met name zorg bij lichamelijke klachten in het primaire zorgproces. Bijvoorbeeld het op afstand meten van bloeddruk, waarbij de patiënt zijn bloeddruk meet en die gegevens doorstuurt naar een specialist. Of een astmapatiënt die dagelijks meetwaarden opstuurt naar zijn arts.

E-mental health is een afgeleide van het begrip e-health. Het richt zich specifiek op het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën om de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren (Riper e.a., 2007). Deze definitie beperkt zich tot de hulpverlening bij psychische problemen, terwijl het in het kader van dit boek relevant is om online hulpverlening bij andersoortige problematiek niet uit te sluiten. In een ander opzicht is die definitie juist te ruim, omdat ondersteunende voorzieningen als een elektronisch patiëntendossier of cameratoezicht in een separeerruimte in dit boek niet aan bod komen.

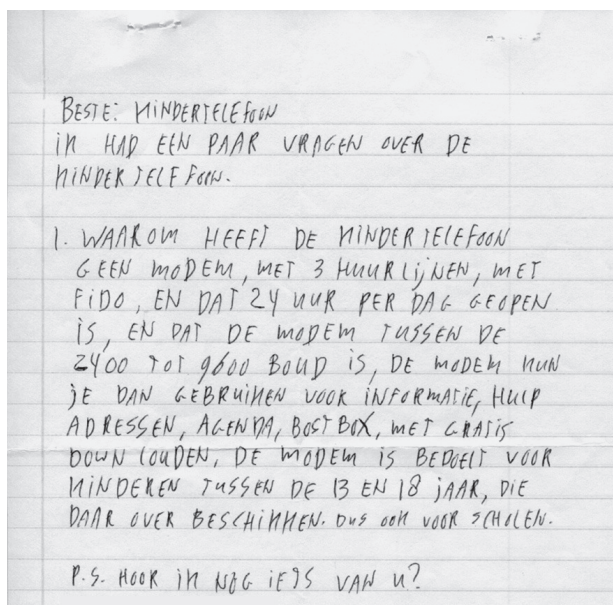
In dit boek hanteren we de term online hulpverlening. Online hulpverlening is hulp die instellingen bieden bij psychische, sociale of maatschappelijke problemen waarbij gebruikgemaakt wordt van internettechnologie. Het richt zich op het primaire zorgproces van informatie, advies, ondersteuning, begeleiding, behandeling of nazorg. Hulp die is opgezet door goedbedoelende ervaringsdeskundigen valt niet onder deze definitie, omdat die hulp niet vanuit een instelling wordt aangeboden. Lotgenotencontact dat door instellingen gefaciliteerd wordt, valt daarentegen wél onder de definitie. Het begrip online hulpverlening is beperkter dan de term e-health omdat het zich niet richt op ondersteunende zorgprocessen.

Synoniemen voor online hulpverlening zijn hulpverlening via internet, digitale hulpverlening en e-hulpverlening. Voorbeelden van online hulpverlening zijn algemene informatie over ziektebeelden, chatcontact met een hulpverlener, lotgenotencontact via een forum en een online behandeling.

1.3 Ontwikkeling in Nederland

In de jaren negentig van de vorige eeuw kwamen er steeds meer websites van maatschappelijke instellingen. Deze websites bevatten met name de contactgegevens van de instelling (zoals een adres en telefoonnummer) en een beschrijving van het hulpaanbod. Later kwamen daar de eerste beschrijvingen van ziektebeelden bij en adviezen hoe daarmee omgegaan kan worden. Dat waren de eerste, voorzichtige pogingen tot online hulpverlening, zonder dat het in die tijd zo genoemd werd.

In 1994 verzocht een kind de Kindertelefoon per brief om hulp via internet op te zetten.



Figuur 1 Brief van een kind aan de Kindertelefoon.

Uit de reactie van de Kindertelefoon blijkt dat er serieus werd nagedacht over de consequenties van hulp via internet:

In 1997 begon de Telefonische Hulpdienst Utrecht met het aanbieden van een chatmogelijkheid met vrijwilligers. Samen met de Telefonische Hulpdienst Venlo en de Telefonische Hulpdienst Amsterdam werd in 1999 soshulp opgericht (tegenwoordig onderdeel van Sensor) en werd de chatmogelijkheid landelijk aangeboden. In datzelfde jaar startte Interapy met de eerste online behandeling voor het post-traumatisch stress-syndroom. In 2000 begon Korrelatie psychosociale hulp aan te bieden via e-mail. En in 2003 ontstond de eerste groot-

Dordrecht, 18 juli 1994.

Beste P.

Bedankt voor je briefje. Om maar meteen antwoord te geven op je vraag. Je kunt de Kindertelefoon niet per modem bereiken omdat we nog nooit goed nagedacht hebben over het opzetten van een Bulletin Board System. Op dit moment hebben we het al ontzettend druk om ervoor te zorgen dat je elke dag kunt bellen, met publiciteit maken, met het verzamelen van informatie en zo.

Met de computer zou het in ieder geval heel anders zijn dan de gewone Kindertelefoon, daar kun je praten over wat je dwars zit en kun je al snel antwoord krijgen of samen een oplossing bedenken. Via de computer duurt dat toch een stuk langer.

Het zou ook veel tijd gaan kosten om alle berichten te beantwoorden. En als een jongen of meisje met een probleem zit praten we er liever over door de telefoon dan dat we een berichtje sturen.

Toch vind ik het wel een leuk idee. Je zou dan bijvoorbeeld berichten kunnen schrijven aan andere kinderen en jongeren die dezelfde vraag of hetzelfde probleem hebben. En je zou er veel informatie op kunnen zetten.

Ik ga er in ieder geval eens over nadenken. Als je nog meer ideeën hebt over zo'n BBS hoor ik dat graag van je.

Met vriendelijke groeten,

Figuur 2 Antwoord van de Kindertelefoon.

schalige online voorziening voor kinderen en jongeren: de chat van de Kindertelefoon.

Interapy

In 1997 startte prof. dr. Alfred Lange in samenwerking met het Fonds Psychische Gezondheid het project Interapy aan de Universiteit van Amsterdam. Aan deze universiteit is er een traditie van therapieonderzoek en het was interessant om te onderzoeken of de face-to-face werkende behandelprincipes ook toepasbaar zijn in een behandeling waarin behandelaar en cliënt elkaar niet zien. In het project werkten de vakgroepen Klinische Psychologie en Sociaal Wetenschappelijke Informatica samen bij het ontwikkelen van een online behandelmodel. Elementen daarin waren: een uitgebreide diagnostische screening, een behandelprotocol met een hoge mate van structuur en veel aandacht voor de motivatie van cliënten.

De eerste online applicatie die op basis van deze principes werd gebouwd, was een behandeling voor posttraumatische stress. Tot verbazing van het onderzoeksteam bleek deze behandeling zeer effectief. In verschillende gecontroleerde studies werd dit resultaat onderbouwd (o.a. Lange e.a., 2003). Op dezelfde principes

werden behandelingen voor burn-out (Ruwaard e.a., 2007), depressie (Ruwaard e.a., 2009), paniek (Lange e.a., 2007) en boulimia nervosa (Renteria-Agirre & Lange, 2009) ontwikkeld. Samen-gevat bleek dat het op een overtuigende manier mogelijk was om behandelprincipes uit de face-to-face cognitieve gedragstherapie effectief toe te passen in een behandelmodel waarin behandelaar en cliënt elkaar niet zien.

In 2001 werd de online behandelorganisatie Interapy opgericht om de in de onderzoeksprojecten ontwikkelde behandelingen toe te passen in de praktijk. De organisatie werd in 2005 erkend als tweedelijns-ggz-instelling. Behandelingen geschieden na indicatie van een huis- of bedrijfsarts.

De volgende trends zijn de laatste jaren zichtbaar binnen de online hulpverlening in Nederland.

INSTELLINGEN MET VERSCHILLENDE ACHTERGRONDEN GAAN VERGELIJKBARE HULP AANBIEDEN

Met name op het terrein van preventie komt er steeds meer overlap-pend aanbod. Organisaties die daar van oudsher laagdrempelige voorzieningen voor aanboden (zoals de Kindertelefoon en Sensor), krijgen gezelschap van instellingen uit het maatschappelijk werk en de ggz die met eigen websites overlappend aanbod creëren.

GEPROTOCOLLEERDE FACE-TO-FACE CURSUSSEN EN BEHANDELINGEN WORDEN OMGEZET NAAR INTERNET

Met name binnen de ggz worden in een rap tempo zelfhulppro-gramma's, cursussen en behandelingen die zich in een face-to-face setting bewezen hebben, vertaald naar internet. Voorbeelden zijn Gripopjedip.nl (online groepscursus voor depressieve jongeren), Kleurjeleven.nl (zelfhulpprogramma via internet voor volwassenen met depressieve klachten) en Alcoholdebaas.nl (online behandeling voor mensen met een alcoholprobleem).

NIEUWE ONLINE SAMENWERKINGSVERBANDEN

Internet leent zich heel goed voor samenwerking op afstand. Hulp-verleners en hun organisaties hoeven niet noodzakelijk in hetzelfde kantoor te zitten om hulpvragers goed te kunnen helpen. De techniek maakt het mogelijk dat vanaf diverse plekken ingelogd kan worden op dezelfde technische infrastructuur. Voorbeelden van deze nieuwe

samenwerkingsverbanden zijn Gripopjedip.nl (een samenwerkingsverband tussen het Trimbos-instituut en diverse ggz-instellingen), Hulpmix.nl (initiatief om migrantenjongeren eerder te bereiken; van drie jeugdzorginstellingen, twee ggz-instellingen en E-hulp.nl) en Internethulpverlening.nl (diverse instellingen voor maatschappelijk werk krijgen automatisch e-mails van hulpvragers uit de eigen regio).

STERKE TOENAME VAN AANTAL ONLINE BEHANDELINGEN BIJ PSYCHISCHE EN VERSLAVINGSPROBLEMEN

De ervaring laat zien dat geprotocolleerde behandelingen zich over het algemeen heel goed lenen om online aan te bieden en dat dan vaak ook nieuwe doelgroepen bereikt worden. Steeds meer instellingen uit de ggz en verslavingszorg besluiten dan ook om via internet behandelingen te gaan aanbieden. Vervolgens blijkt dat het technisch platform dat voor de ene aandoening gebouwd is, relatief eenvoudig te hergebruiken is voor een andere. Een voorbeeld hiervan is verslavingszorginstelling Brijder, die niet alleen behandelingen aanbiedt via Alcoholondercontrole.nl, maar tevens wat de vorm betreft vergelijkbare websites heeft voor andere verslavingen (Cannabisondercontrole.nl, Drugsondercontrole.nl en Gokkenondercontrole.nl).

OPKOMST VAN REGIONALE INITIATIEVEN

Internet is regio-overstijgend. Iedere website is in principe bereikbaar vanaf elke plek op aarde waar men toegang tot internet heeft. Als regionale aanbieder is het lastig te voorkomen dat hulpvragers uit andere regio's gebruik gaan maken van je aanbod. Niettemin komen er de laatste jaren steeds meer regionale initiatieven op. Voorbeelden zijn Klikvoorhulp.nl (samenwerking van negen Limburgse instellingen voor maatschappelijk werk), Helpff.nl en Drugsrotterdam.nl (voor Rotterdamse jongeren).

1.4 Kenmerken

Er zijn veel verschillende vormen van online hulpverlening te onderscheiden, van eenvoudige online adviezen tot complexe online behandelingen. Hoewel iedere vorm anders is, heeft online hulpverlening over het algemeen drie kenmerken waarmee zij zich onderscheidt van telefonische en face-to-face hulpverlening.

ONAFHANKELIJK VAN PLAATS EN TIJD

Bij face-to-face hulp - de naam zegt het al - zijn hulpvrager en hulpverlener fysiek in dezelfde ruimte. De hulpvrager moet naar de hulp-

verlener toe komen of omgekeerd. Hulpverlener en hulpvrager zijn op dezelfde plaats en op hetzelfde moment met elkaar in gesprek. Bij telefonische hulpverlening zijn hulpvrager en hulpverlener niet in dezelfde ruimte. In principe kan een hulpvrager van overal ter wereld telefonisch contact opnemen. Nog steeds moeten beiden wel op hetzelfde tijdstip actief zijn. Omdat zowel hulpvrager als hulpverlener op hetzelfde moment met elkaar in gesprek zijn, noemt men deze vormen van communicatie ook wel synchroon.

Online hulpverlening biedt nog meer flexibiliteit dan telefonische hulpverlening. Vanaf iedere plek waar een computer met internetverbinding beschikbaar is, kan hulp gezocht worden. Daarnaast zijn verschillende vormen van hulpverlening via internet tijdsafhankelijk ofwel asynchroon. Een hulpvrager kan elk moment van de dag informatie lezen op een informatieve website, een zelftest uitvoeren of een e-mail sturen naar een hulpverlener. Voor al deze activiteiten is het niet nodig dat een hulpverlener op hetzelfde moment beschikbaar is. Zo is hulp 24 uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar.

MINDER ZINTUIGLIJKE WAARNEMINGEN

Bij een face-to-face contact worden op drie niveaus waarnemingen gedaan: verbaal (letterlijke inhoud), non-verbaal (houding, motoriek en gezichtsuitdrukking) en paralinguaal (stem, intonatie en pauzes). Bij hulp via telefoon ontbreken de non-verbale signalen, maar is er nog wel verbale en paralinguale communicatie. Bij online hulpvormen waarbij er contact is tussen hulpvrager en hulpverlener (zoals chat en e-mail) blijft alleen de verbale informatie over. Er zijn alleen woorden, verder niets. Met een webcam zouden betrokkenen elkaar wel kunnen zien, maar in de praktijk wordt dat (nog) niet toegepast.

Het verschijnsel dat alleen de verbale communicatie overblijft en paralinguale en non-verbale communicatie verdwijnen, wordt ook wel kanalenreductie genoemd.

COMMUNICATIE VIA TECHNISCHE HULPMIDDELEN

Bij online hulpverlening vindt de communicatie plaats via informatie- en communicatietechnologie (ict). Het primaire zorgproces, een hulpvrager helpen bij het verminderen of oplossen van zijn probleem, verloopt via internettechnologie. Dit vormt een groot contrast met face-to-face hulp, waarbij ict alleen een rol speelt in ondersteunende processen (zoals registratie en dossiervorming). Bij telefonische hulpverlening wordt al iets meer gebruikgemaakt van techniek, maar dat staat niet in verhouding tot online hulp.

Bovenstaande drie kenmerken van online hulpverlening hebben vele positieve en negatieve effecten (zie tabel 1), mede in vergelijking met de reguliere vormen van face-to-face en telefonische hulpverlening. In de volgende twee paragrafen worden deze positieve en negatieve effecten uitgebreid beschreven.

Tabel 1 Mogelijke positieve en negatieve effecten van online hulpverlening.	
Mogelijke positieve effecten	Makkelijker toegang tot hulpverlening voor hulpvrager
	Grotere openheid bij hulpvrager
	Niet vergeten van relevante informatie door hulpvrager
	Mogelijk vanuit vertrouwde omgeving hulpvrager
	Minder snel vooroordelen bij betrokkenen
	Eenvoudiger bewaren en onderzoeken van transcripten door instelling
	Tijd voor reflectie bij betrokkenen
	Mogelijke negatieve effecten
Complexiteit financiering hulpverlening	
Veiligheidsrisico's	
Verminderde betrokkenheid hulpvrager	
Missen van relevante informatie door betrokkenen	
Eerder misverstanden en conflicten tussen betrokkenen	
Lastiger doorverwijzen door hulpverlener	
Lastiger ingrijpen bij crisis door hulpverlener	
Afhankelijk van toegang, kennis en vaardigheden van internet bij hulpvrager	
Mogelijkheid van technische storingen	
Virtuele identiteit hulpvrager	

1.5 Positieve effecten

De onafhankelijkheid van plaats en tijd, de kanalenreductie en de techniek die betrokken is bij online hulpverlening hebben veel potentiële positieve effecten tot gevolg.

MAKKELIJKER TOEGANG TOT HULPVERLENING VOOR HULPVRAGER

Omdat hulpvragers niet gebonden zijn aan de fysieke locatie van de hulpverlener en ze 24 uur per dag met hun hulpvraag aan de slag kunnen, wordt de toegang tot hulp verruimd. De hulpvrager kan dus hulp zoeken op het moment dat deze het hardst nodig is en hij het meest gemotiveerd is. Specialistische hulp die wat betreft reisafstand ver weg is, is via internet heel dichtbij. Reiskosten zijn geen belemmering om hulp te zoeken. Mensen die vanwege een fysieke beperking minder mobiel zijn, hoeven hun huis niet uit voor hulp. Een veertigurige werkweek is opeens geen belemmering meer om hulp te zoeken, omdat een forumbericht of e-mail ook 's avonds verstuurd kan worden.

Een betere toegankelijkheid van de zorg zorgt ervoor dat mensen eerder hulp vragen, voordat de problemen groter worden of voordat ze uit zichzelf overgaan. Om met dat laatste te beginnen: als mensen door online hulpverlening snel hulp zoeken, maken ze mogelijk onnodig gebruik van de hulpverlening. Dit probleem is te ondervangen door een aanbod van minder en meer arbeidsintensieve hulpvormen in te zetten volgens het principe van stepped care (getrapte zorg). Volgens dit uitgangspunt wordt een cliënt in eerste instantie de effectiefste, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en ernst van de problematiek. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2009).

De kans dat problemen in de loop van de tijd alleen maar ernstiger worden, is groot. In dat geval kan online hulpverlening ervoor zorgen dat mensen eerder hulp zoeken en kunnen problemen sneller worden aangepakt, zodat het relatief minder tijd kost om ze op te lossen. Door internet wordt het hulpverleningsaanbod vergroot. Zoals gezegd zal de online hulp van regionale instellingen over het algemeen ook (on)bedoeld beschikbaar zijn voor mensen in andere regio's; dat is nauwelijks te voorkomen. Een andere verklaring voor de verruiming van het aanbod is dat het voor een nieuwe organisatie veel eenvoudiger is om online hulpverlening op te zetten dan face-to-face hulp; een e-mailadres is bij wijze van spreken al voldoende.

De grotere toegankelijkheid zorgt voor keuzevrijheid en een sterkere positie van de hulpvrager. Iemand met een alcoholprobleem zal vaak hoogstens één gespecialiseerde instelling in de buurt hebben. Door de opkomst van online hulpverlening kan diezelfde persoon via internet uit diverse online aanbieders kiezen. Hij kan onderzoeken welke behandeling het best bij hem past en hij krijgt door zich op een van

de vele websites in te lezen over de problematiek meer kennis over het ziektebeeld. Met die kennis komt hij beter beslagen ten ijs als hij contact opneemt met een (online) behandelaar, waardoor hij meer de regie kan voeren over zijn eigen behandeling. Dit wordt ‘patient empowerment’ genoemd (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002). Naast het feit dat internet zorgt dat mensen makkelijker contact kunnen opnemen met een instelling wordt contact met lotgenoten ook veel eenvoudiger. Veel online hulpsites bieden een vorm van lotgenotencontact, bijvoorbeeld in de vorm van een forum of de mogelijkheid om ervaringsverhalen in te sturen. Via zoekmachines kun je binnen tien minuten in contact komen met mensen die hetzelfde probleem als jij hebben (gehad).

Herkenning, zien dat je niet de enige bent met een specifiek probleem, is misschien wel een van de krachtigste functies van internet. Of het nu gaat om een kind dat gepest wordt of een volwassene die blootgesteld wordt aan huiselijk geweld; de kans is heel groot dat mensen in hun directe omgeving (school, vrienden, familie of buurt) niemand kennen met dezelfde ervaring. Daardoor kunnen zij al snel het gevoel krijgen heel uniek te zijn en een probleem te hebben dat nooit meer overgaat. Via internet komen ze er dan plotseling achter dat er heel veel mensen zijn met datzelfde probleem en kunnen zij lezen wat anderen eraan doen om het te verhelpen. Zo worden mensen er ook toe aangezet om hulp te zoeken.

Op het hypochondrieforum van Messageboard.nl schrijft Gonzo onder de titel ‘Dacht dat ik de enige was ...’ bijvoorbeeld:

‘Na heel veel omwegen ben ik op deze site gekomen en had eindelijk het gevoel: zie je wel, ik ben niet gek, er zijn nog veel meer mensen met dit soort gevoelens’.

GROTERE OPENHEID BIJ HULPVRAGER

Omdat mensen elkaar bij hulpvormen zoals chat, e-mail en forum niet zien of horen, ontstaat bij de hulpvrager een gevoel van anonimiteit. Dit kan nog versterkt worden als de hulpvrager geen persoonlijke informatie hoeft te geven, zoals naam en adres of een verwijfsbrief van de huisarts. De anonimiteit zorgt er weer voor dat mensen opener worden, minder geremd. De uitwassen daarvan vinden met name buiten de online hulpverlening plaats in de vorm van anonieme haatmails en over en weer gescheld op forums.

Binnen de online hulpverlening leidt het gevoel van anonimiteit tot iets heel positiefs: snellere en grotere openheid. Online hulpverleners ervaren dit aspect als het grootste verschil met face-to-face of telefonische hulpverlening. Hulpvragers leggen bijna vanaf de eerste zin hun hele ziel en zaligheid bloot aan een hulpverlener die ze niet kennen. Situaties die ze in een face-to-face gesprek te pijnlijk vinden om over te vertellen, omdat ze bang zijn voor de indruk die ze achterlaten, durven ze wel op hun toetsenbord in te tikken. De afstand die internet creëert, zorgt juist voor nabijheid. Of, met andere woorden, omdat het onpersoonlijk is, wordt het juist persoonlijker.

Zo zijn er twee factoren die ervoor zorgen dat hulpverlening via internet voor veel mensen laagdrempeliger is dan reguliere vormen van hulpverlening. De drempel tot de hulpverlening wordt lager (zie vorige effect) en vervolgens is de drempel om het probleem openlijk te bespreken ook lager.

NIET VERGETEN VAN RELEVANTE INFORMATIE DOOR HULPVRAGER

Mensen die hulp zoeken voor hun probleem en bij een deskundige uitkomen, weten vaak niet wat ze van dat bezoek kunnen verwachten. In de regel zal eerst onderzocht worden wat er aan de hand is, waarna de behandeling begint. Dat is niet alleen zo als iemand een pijnlijke voet heeft, maar ook bij klachten als angst of depressie. Bij psychische en sociale problemen zullen mensen als onderdeel van de behandeling over het algemeen zelf ook aan de slag moeten om de ongewenste situatie te verbeteren.

Een bezoek aan een arts, psycholoog of maatschappelijk werker is voor veel mensen een onzekere en daarom spannende ervaring. Mede door die spanning kunnen ze de informatie die ze krijgen minder goed onthouden. Uit onderzoek blijkt dat slechts 20 procent van wat een arts mondeling vertelt door een cliënt wordt onthouden (Kessels, 2003). En van wat iemand zich meent te herinneren, is de helft niet correct onthouden. Dit komt onder ander door de wijze van informatievervalsing (mondeling).

Hulpverlening via internet heeft als voordeel dat (bijna) alles bewaard of nagelezen kan worden. Een informatieve tekst over straatangst kan net zo vaak gelezen worden als de hulpvrager zelf wil. Net zo lang tot deze begrepen en onthouden wordt. Hetzelfde geldt voor een gevoerd chatgesprek of een e-mailcontact. mogelijkheid aan hulpvragers om relevante informatie correct te onthouden.

Bij Interapy worden alle interventies van een behandeling weggeschreven in de behandelapplicatie en blijven dan een jaar online beschikbaar voor een cliënt. Daarna kan de cliënt zijn behandeling op cd-rom opvragen. In de praktijk blijkt dat veel cliënten de inhoud van hun behandeling opnieuw lezen en gebruiken als terugvalpreventie.

MOGELIJK VANUIT VERTROUWDE OMGEVING

HULPVRAGER

Voor online hulpverlening hoeft een hulpvrager zijn huis niet uit. Vanuit de eigen woon-, slaap- of werkkamer kan hij zich oriënteren op het probleem dat hij ervaart en op zoek gaan naar de online hulp die hem geschikt lijkt. Hij hoeft niet bang te zijn dat hij bij de zorginstelling een bekende tegenkomt. Hij zal niet zijn weg hoeven zoeken in de gangen van een instelling. Hij hoeft zich niet ongemakkelijk te voelen in een wachtkamer. In plaats van dat alles kan hij bij online hulpverlening vanuit zijn vertrouwde omgeving hulp krijgen. Een veel ontspannender situatie. Zoals een deelnemer aan een groepscursus van Gripopjedip.nl het verwoordde:

‘Bij de online cursus kan ik op mijn eigen kamer, met mijn eigen cola en mijn eigen muziek op de achtergrond hulp krijgen’.

Vertellen dat je naar de dokter bent geweest omdat je griep hebt, is heel normaal. Maar hoe normaal is het om op je werk te vertellen dat je bij de huisarts was omdat je niet van de drank kan afblijven of omdat je al twee weken somber bent? De meeste mensen zullen in de laatste twee situaties eerder een smoes verzinnen dan het echte verhaal vertellen. Hoewel er steeds minder van opgekeken wordt als iemand vertelt dat hij naar een psycholoog gaat, bestaat er nog steeds veel schaamte over het onderwerp. Schaamte kan ertoe leiden dat mensen zorg gaan mijden, waardoor de klachten toenemen.

Het verminderen van schaamte door hulp via internet aan te bieden was een belangrijke aanleiding om Hulpmix.nl op te zetten, een website die zich richt op migrantenjongeren. Van hen is bekend dat schaamte een van de redenen is waarom ze onder-

vertegenwoordigd zijn in de vrijwillige jeugdzorg. Ze schamen zich voor hun probleem en durven er daarom niet over te praten op school of thuis. Zijn ouders er wel van op de hoogte, dan is de kans reëel dat die zich weer schamen voor de problemen van hun kind en daarom geen verdere hulp zoeken. Zo wordt de stap naar jeugdhulpverlening een hele grote. In de anonimiteit van een cultuurgebonden website als Marokko.nl praten diezelfde jongeren wél openhartig over persoonlijke en maatschappelijke problemen. Op basis van die ervaringen is Hulpmix.nl opgezet. Idee achter de website is dat schaamte bij de jongeren minder een belemmering is als ze vrijblijvende en anonieme hulpverlening krijgen. Samen met een hulpverlener wordt in e-mail- of een-op-een chatcontacten onderzocht hoe die eerste voorzichtige stap een vervolg kan krijgen, bijvoorbeeld door te oefenen hoe ze het probleem met hun ouders kunnen bespreken.

MINDER SNEL VOORoorDELEN BIJ BETROKKENEN

In face-to-face contact is er behalve verbale ook non-verbale en paralinguale communicatie. Die laatste twee vormen kunnen soms een ongewenste ballast zijn. Zonder iemand echt te kennen, hebben veel mensen al een oordeel over een andere persoon. Vanwege bijvoorbeeld iemands kleding, geur, leeftijd, manier van bewegen en uiterlijk worden al oordelen gevormd over de ander. Deze indrukken kunnen tot een juist oordeel leiden, maar kunnen ook de plank mis slaan. Vooroordelen kunnen een relatie tussen een hulpverlener en hulpvrager negatief beïnvloeden.

Een hulpverlener die een naar zweet ruikende cliënt voor zich heeft, kan oordelen dat het slecht met hem gaat omdat hij zichzelf niet goed verzorgt. In werkelijkheid deed de cliënt er misschien wel alles aan om op tijd te komen en rook hij vanwege het haasten naar zweet. En een oudere hulpverlener kan bij een cliënt de indruk wekken dat hij een ervaren en deskundige behandelaar voor zich heeft. Maar een andere cliënt kan bij dezelfde hulpverlener juist denken dat de behandelaar te oud is om hem goed te kunnen begrijpen.

Omdat uiterlijk geen rol speelt en alleen woorden betekenis hebben, zal er bij online hulpverlening minder sprake zijn van statusverschillen. De hulpverlener wordt daardoor minder als autoriteit gezien en meer als gelijkwaardige gesprekspartner. Hierdoor zullen hulpvragers minder remmingen voelen om hun problemen te bespreken en om zich uit te spreken over de hulp die ze krijgen (Schalken & Sbiti, 2006). Zijn er dan helemaal geen vooroordelen bij online communicatie? Dat is ook weer niet waar. Taalgebruik, begroetingen en taalfouten laten wel degelijk een indruk achter. Iemands taalgebruik kan een indicatie zijn van de regio waar iemand woont. Als een jongere wil chatten over ‘op kot wonen’, dan is het voor de ervaren hulpverlener al snel duidelijk dat het om een Belgische jongere gaat die zelfstandig wil wonen. Taalfouten kunnen bij de ene hulpverlener de indruk wekken dat de hulpvrager een beperkte scholing heeft, maar bij de andere dat de hulpvrager slordig is. Maar wat is de juiste conclusie?

EENVOUDIGER BEWAREN EN ONDERZOEKEN VAN TRANSCRIPTEN DOOR INSTELLING

Online hulpvormen als chat en e-mail bieden het voordeel dat hulpvragers relevante informatie, advies of ondersteuning kunnen nalezen. Het feit dat alles eenvoudig bewaard kan worden, is ook voor hulpverleners en de achterliggende organisatie een voordeel. De letterlijke gespreksverslagen kunnen opgenomen worden in een dossier, in tegenstelling tot face-to-face hulpverlening waarbij de behandelaar het gespreksverslag na afloop handmatig intikt of opschrijft. De letterlijke online gespreksverslagen kunnen vervolgens gebruikt worden voor intervisie- of supervisie doeleinden.

Digitale hulpverlening leent zich bovendien heel goed voor onderzoek. Omdat vragen geautomatiseerd gesteld kunnen worden en de uitkomsten gekoppeld aan dossiers, is het veel eenvoudiger om onderzoek te doen naar hulp via internet dan naar face-to-face hulp. En onderzoek is bij een nieuwe vorm (zoals online hulpverlening) nog belangrijker dan bij reguliere face-to-face vormen. Er is nog relatief weinig bekend over online interventies. Onderzoek kan uitwijzen of het aanbod effectief is en of gebruikers er tevreden over zijn. Met de resultaten kan het online aanbod vervolgens zonedig aangepast en verbeterd worden. De eenvoudige manier van bewaren kan in de praktijk echter ook onevenredig hoge verwachtingen creëren. Een hulpverlener kan ervan uitgaan dat de hulpvrager alles onthoudt, ook van vijf e-mails terug (bijvoorbeeld ‘Alles staat toch in je mailbox?’). Andersom kan een chatter die al eerder langsgekomen is, denken dat hij direct kan doorgaan waar het gesprek de vorige keer geëindigd is (bijvoorbeeld: ‘Ik

had gister gechat met uw collega, kunt u dat even doorlezen zodat ik niet alles opnieuw hoeft te vertellen?’). Bij een kort chatgesprek gaat dat nog wel, maar een gesprek van veertig minuten heb je niet snel even gelezen.

Instellingen die hulp gaan bieden via chat, e-mail of een online behandeling zijn soms huiverig voor het feit dat gesprekken worden opgeslagen. Ze zijn bang dat hulpvragers de transcripten tegen de medewerker of instelling zal gebruiken in geval van ontevredenheid of aansprakelijkstelling. Dit is uiteraard niet uit te sluiten. Daar staat echter tegenover dat ook de instelling over de transcripten kan beschikken en het daardoor nooit meer het woord van de één tegen het woord van de ander is; de inhoud staat vast.

Niet alleen voor interactieve hulpvormen als chat, e-mail en online behandeling geldt het voordeel dat heel veel automatisch bewaard wordt. Dat geldt ook voor zelfhulpprogramma's. Zo wordt de kwaliteit van de interventie Kleurjeleven.nl bewaakt door gebruikersgegevens te analyseren. Deze gegevens komen voort uit het cliëntenbeheersysteem, met de aanmeld- en evaluatiegegevens en het aantal lessen dat gevolgd is. Vanuit het cliëntbeheersysteem kunnen door de uitvoerende instelling gegevens gegenereerd worden over alle cursisten. Op landelijk niveau worden de geanonimiseerde gegevens vanuit het cliëntenbeheersysteem gemonitord op, onder andere, profiel van de cursisten, (ervaren) effect van de cursus, tevredenheid en therapietrouw.

TIJD VOOR REFLECTIE BIJ BETROKKENEN

In tegenstelling tot een face-to-face gesprek, waarbij beurten snel over en weer gaan, is er bij interactieve online hulpvormen tijd om na te denken en vervolgens een reactie te geven; van enkele seconden bij chatten tot uren en dagen bij e-mail, forum of een online behandeling. Door de beschikbare tijd kunnen zowel de hulpvrager als de hulpverlener goed nadenken over de juiste formulering van hun reactie. De hulpverlener kan de extra tijd bijvoorbeeld gebruiken om even boven het gesprek te gaan staan en te onderzoeken of het proces goed verloopt en of hij zijn gesprekstechnieken goed inzet. Indien nodig kan hij vervolgens vanuit die reflectie uitingen op betrekkingniveau doen (zie hfst. 14).

1.6 Negatieve effecten

Behalve positieve effecten kunnen de kenmerken van online hulpverlening ook negatieve effecten hebben, zeker als daar niets tegen gedaan wordt. In deze paragraaf worden ze beschreven. In latere hoofdstukken wordt uitgelegd hoe die potentieel negatieve effecten geneutraliseerd kunnen worden.

COMPLEXE FINANCIERING HULPVERLENING

De afgelopen jaren is online hulpverlening sterk in opkomst. Veel aanbieders ervaren daarbij het probleem dat bestaande financieringsstructuren zijn ontwikkeld zonder rekening te houden met de potentie van anonieme online hulpverlening. Hierdoor is het verkrijgen van structurele financiering voor hulpverlening via internet om twee redenen complex: door het regio-overschrijdende karakter en door de anonimiteit.

De financiering van de reguliere hulpverlening vindt zowel plaats vanuit gemeente, provincie en het rijk als vanuit zorgverzekeraars, afhankelijk van de thematiek waarop de hulpverlening zich richt en de soort hulpverlening (zoals preventie, behandeling of zorg). Voor gemeentes en provincies is het van belang dat het geld dat ze betalen aan een instelling in hun regio ook ten goede komt aan inwoners van die regio. Omdat internet geen grenzen kent, zullen inwoners van andere regio's ook gebruik gaan maken van het geboden aanbod. Dit is eigenlijk niet te voorkomen.

Zorgverzekeraars op hun beurt willen aanbieders alleen betalen voor de hulp die geboden is aan klanten van de betreffende verzekeraar. Omdat anonimiteit een van de grote voordelen is van online hulpverlening willen de meeste aanbieders bij voorkeur van deze mogelijkheid profiteren. Anoniem gebruik verhinderen zal er immers toe leiden dat de laagdrempeligheid afneemt en daardoor zal een deel van de mensen toch geen hulp vragen.

VEILIGHEIDSRISICO'S

Internet is een open medium. Veel informatie wordt voor korte of lange tijd opgeslagen. Zonder goede beveiliging is het mogelijk dat kwaadwillenden gegevens over de hulpvragers en de inhoud van de hulpverlening achterhalen. Dit risico is bij face-to-face of telefonische hulpverlening veel kleiner. Als een face-to-face hulpverlener slordig omgaat met zijn spullen kan het bijvoorbeeld gebeuren dat een enkel dossier 'op straat' komt te liggen doordat hij dat per ongeluk heeft meegenomen en is verloren. Bij online hulpverlening is de kans groot

dat bij een vergelijkbare onzorgvuldigheid direct tientallen dossiers openbaar worden. Een (gevoel van een) gebrek aan privacy en beveiliging kan tot angst en wantrouwen bij de hulpvrager leiden en daarom een reden zijn om geen gebruik te maken van online hulp. Veiligheid vraagt om die reden extra aandacht (zie ook hfst. 9.)

Naast het uitlekken van gegevens is ongeplande onbereikbaarheid voor korte of langere tijd een risico. Door die veiligheidsproblemen kan vervolgens weer imagoschade ontstaan als bij het publiek bekend wordt dat de instelling zijn zaakjes niet op orde heeft. Deze veiligheidsrisico's kunnen op vele plekken ontstaan in het proces van online hulpverlening, waarbij zowel medewerkers, hulpvragers zelf als alle technische apparatuur oorzaak kan zijn.

VERMINDERDE BETROKKENHEID HULPVRAGER

Het gevoel van afstand, de anonimiteit en het elkaar niet kunnen zien hebben soms een negatief effect op de motivatie en daardoor de betrokkenheid van de hulpvrager. Online hulpcontact lijkt bij sommige hulpvragers vluchtiger van aard te zijn dan bij face-to-face contact. Het percentage mensen dat een online interventie afrondt, is over het algemeen kleiner dan bij soortgelijke face-to-face aanpakken. Bij de effectieve behandeling van Alocoholdebaas.nl heeft van alle mensen die met de behandeling beginnen slechts een derde de behandeling volledig afgerond, inclusief een ingevulde evaluatie (Postel, 2009). Bij zelfhulpprogramma's zonder begeleiding loopt het percentage uitvallers zelfs op tot boven de 90 procent (Trimbos-instituut, 2006). 'Kleur je leven' als pure zelfhulp zonder begeleiding blijkt, zoals de meeste online interventies, gevoelig voor vroegtijdige beëindiging van deelname. Uit onderzoek (Spek e.a., 2008) blijkt dat vrouwen gedurende de cursus minder therapietrouw zijn dan mannen. Mensen met een lagere opleiding zijn minder therapietrouw dan mensen met een hoge opleiding omdat zij na toewijzing minder vaak beginnen met de cursus. De reden die cursisten van 'Kleur je leven' geven voor het vroegtijdig beëindigen, is vooral tijdgebrek (Spek e.a., 2007). Bij face-to-face contact zal een ontevreden hulpvrager niet snel zonder iets te zeggen de ruimte verlaten en nooit meer terugkomen. Online hulpverlening is vrijblijvender, zeker als de hulpvrager anoniem kan blijven. Zo gebeurt het bij chathulp bijvoorbeeld regelmatig dat iemand zonder aankondiging op het kruisje van het chatvenster klikt en niet meer terugkomt. Bij procesmatige hulp heeft de hulpverlener over het algemeen nog de mogelijkheid om contact op te nemen met de hulpvrager als die is afgehaakt. Bijvoorbeeld door een e-mail te sturen met de vraag waarom er op een eerder bericht geen reactie is

gekomen. Bij een eenmalig hulpaanbod is die mogelijkheid er in principe niet.

Hulpverleners die vanuit de face-to-face hulpverlening komen, moeten leren dat via internet de hulpvrager meer de leiding heeft. Doen ze dat niet, dan kan het plotseling afhaken van een hulpvrager erg frustrerend zijn. Ze kunnen met allerlei vragen achterblijven: waarom is deze hulpvrager plotseling gestopt? Was hij ontevreden over de hulp of mijn begeleiding of ging het juist zo goed dat hulp niet meer nodig was? Werd de hulpvrager soms gestoord door andere huisgenoten?

In de geestelijke gezondheidszorg is het een bekend gegeven dat jongeren gemaakte afspraken niet erg trouw nakomen. Zo ook bij de internethulpverlening bij Pratenonline.nl, die jongeren met depressieve en angstklachten via een-op-een chatsessies behandelt. In de visie van Pratenonline.nl zal een jongere die niet op een chatafspraak komt daar een goede reden voor hebben gehad. Er was blijkbaar iets anders wat op dat moment nuttiger voor hem was. Jongeren laten dikwijls vervolgens weten wat de reden was. Zo'n 'no-show' kost echter wel geld. Steeds als een jongere niet komt opdagen, zit een betaalde professional voor niets te wachten en had een andere jongere een chat gehad kunnen hebben. Om die reden is er per hulpvrager een maximum van drie 'no-shows', waarna geen afspraken meer kunnen worden gemaakt. Een regel waarmee in de praktijk overigens flexibel wordt omgegaan.

Voor instellingen is het de uitdaging om te zorgen dat het percentage mensen dat de interventie niet afmaakt zo klein mogelijk wordt gehouden. Men probeert dit onder andere door vooraf zo duidelijk mogelijk te zijn over wat de interventie inhoudt en welke inspanning er verwacht wordt van de hulpvrager. Een andere manier is om mensen een e-mail of sms te sturen als ze al een tijdje niets van zich hebben laten horen.

Bij Gripopjedip.nl, een cursus via groepschat voor depressieve jongeren, zijn diverse maatregelen genomen om de therapietrouw te vergroten. Bij de screening wordt de cliënt duidelijk gemaakt dat hij geen enkele bijeenkomst mag verzuimen. Cliënten moeten de dag voor de bijeenkomst hun huiswerk digitaal inleveren. Cliënten wordt geadviseerd een volwassene in de omgeving in te

lichten over de deelname; niet alleen voor emotionele opvang, maar ook om de cliënt eraan te herinneren. En vijf minuten voor de start van de bijeenkomst wordt zowel een sms- als e-mailbericht verstuurd.

MISSEN VAN RELEVANTE INFORMATIE DOOR BETROKKENEN

Non-verbale en paralinguale signalen kunnen voor een hulpverlener een goede aanvulling zijn op de inhoud van de boodschap van de hulpvrager. De signalen kunnen de woorden bevestigen en daardoor versterken, maar kunnen er ook toe leiden dat de hulpverlener doorvraagt op hetgeen de cliënt vertelt. Een cliënt kan zeggen dat hij al een week niet gedronken heeft, maar als de behandelaar toch een alcohollicht ruikt zal hij daar zeker op doorvragen. Bij een online behandeling zou de hulpverlener die alcohollicht nooit kunnen ruiken en kan hij dus alleen afgaan op wat de cliënt zelf zegt.

Niet alleen voor de hulpverlener kan het ontbreken van informatie ongunstig zijn. Voor een hulpvrager is het ook lastiger om een beeld te krijgen van de instelling en de medewerkers die achter de website zitten. Om die reden is het belangrijk dat de instelling heel transparant is over zichzelf, de medewerkers en de interventies die ze aanbiedt. Dat kan bijvoorbeeld door het tonen van profielen van medewerkers. Deze profielen geven de website een gezicht - soms letterlijk als er ook foto's bij geplaatst worden - en kunnen vertrouwen en deskundigheid uitstralen.

Een andere manier om de transparantie te vergroten is, door ervaringen van gebruikers met de website te verzamelen en te publiceren, de zogenaamde testimonials. Meningingen van andere hulpvragers die de website al hebben gebruikt, kunnen net het vertrouwen geven dat nodig is om twijfelaars over de streep te trekken. Het is daarbij heel belangrijk dat het om echte ervaringen gaat en niet om verzonden verhalen; hulpvragers prikken daar feilloos doorheen.

Bij Hulpmix.nl krijgen jongeren na afloop van een chatgesprek een vragenlijst waarin gevraagd wordt hoe ze het gesprek ervaren hebben en wat ze van de website vinden. Alle serieuze antwoorden die op die laatste vraag ontvangen worden en die langer zijn dan 'goed' of 'waardeloos' worden op de homepage gepubliceerd,

ook als ze negatief zijn. Soms worden ze ingekort, maar taalfouten worden er niet uitgehaald om het zo echt mogelijk te houden.

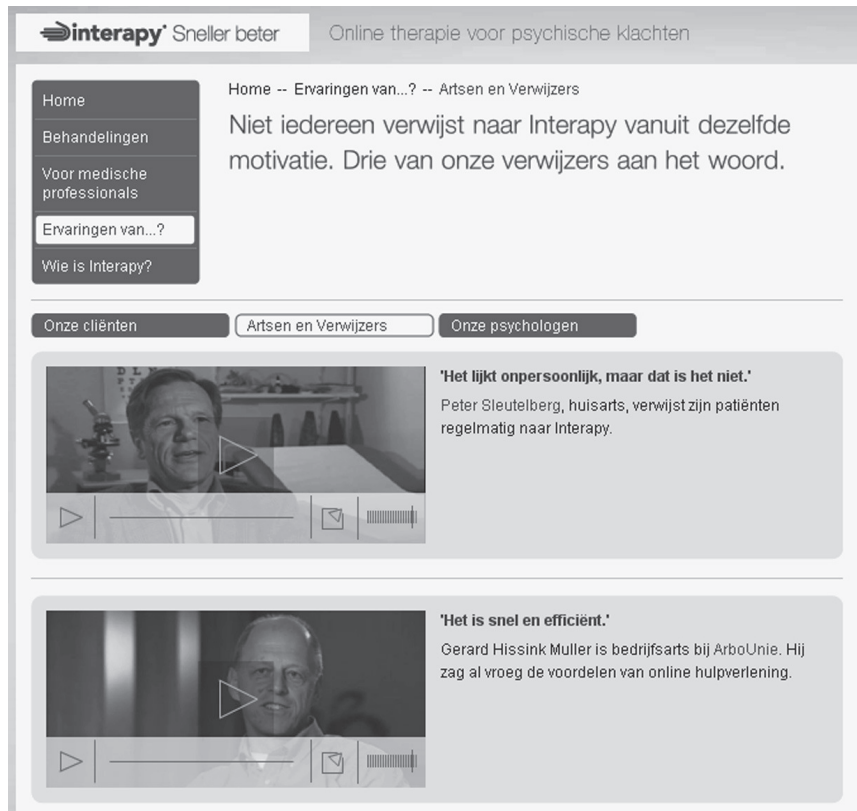


Figuur 3 Ervaringen van gebruikers op Hulpmix.nl.

Op Interapy.nl staan niet alleen ervaringen van hulpvragers met het online behandelaanbod, maar ook filmpjes van verwijzers zoals een huisarts. Dit is om andere verwijzers ervan te overtuigen dat het goed kan zijn om patiënten naar Interapy.nl door te verwijzen.

EERDER MISVERSTANDEN EN CONFLICTEN TUSSEN BETROKKENEN

Zowel hulpvrager als hulpverlener moet communiceren in begrijpelijke geschreven taal. Is een van beide niet in staat de juiste woorden te kiezen en deze op een begrijpelijke manier in te tikken, dan wordt de kans op misverstanden vergroot. Als een hulpverlener in een face-



Figuur 4 Ervaringen van verwijzers op Interapy.nl.

to-face gesprek niet goed begrepen wordt, dan is de kans groot dat de hulpvrager reageert met een onbewuste frons. Via internet worden er over en weer veel minder signalen verzonden die duidelijk maken of de gegeven informatie ook overkomt zoals die bedoeld is. Online is die frons onzichtbaar.

Misverstanden kunnen door onbegrip uiteindelijk tot conflicten leiden. (Over hoe je die als online hulpverlener kunt voorkomen: zie deel III.) Conflicten kunnen ook door ongeremdheid ontstaan. Het anonieme karakter van internet zorgt ervoor dat ontevredenheid al snel kan leiden tot onbeleefd of respectloos gedrag. Bij lotgenotencontact op een forum kunnen tegengestelde meningen al snel leiden tot gescheld over en weer.

LASTIGER DOORVERWIJZEN DOOR HULPVERLENER

Hulpverlenende instellingen zijn in Nederland voornamelijk lokaal of regionaal georiënteerd. Dit betekent dat hun kennis over de sociale kaart meestal beperkt is tot het eigen verzorgingsgebied. Door het grenzeloze karakter van internet krijgt een instelling die online hulp

biedt al snel hulpvragers uit regio's waarvan men de sociale kaart niet kent. Doorverwijzen is daardoor lastiger. Voor een instelling die online hulp gaat aanbieden, is het daarom belangrijk dat er ten minste basis-kennis is van de landelijke sociale kaart.

LASTIGER INGRIJPEN BIJ CRISIS DOOR HULPVERLENER

Door het anonieme karakter van online hulpverlening is het lastiger om in te grijpen bij een levensbedreigende situatie. In de eerste plaats is het door het ontbreken van stem en intonatie moeilijker de ernst van de situatie te duiden. Vervolgens zal de hulpvrager zijn anonimiteit moeten opheffen, terwijl juist die anonimiteit mogelijk een reden was om hulp via internet te zoeken. Ook kan het feit dat de hulpvrager ver weg woont van de instelling een belemmering zijn om snel hulp te kunnen bieden.

Als een kind of jongere chat met de Kindertelefoon en er sprake is van mishandeling of ernstige emotionele problemen kan de medewerker het kind aanbieden om hem direct in contact te brengen met een hulpverlener van Bureau Jeugdzorg. Dit kan niet via chat, maar moet door middel van een telefonisch driegesprek. Voorwaarde is dan wel dat het kind uit de anonimiteit treedt, een telefoonnummer opgeeft waar hij op dat moment op bereikbaar is en instemt met de procedure. De medewerker van de Kindertelefoon belt vervolgens zowel het kind als een vestiging van Bureau Jeugdzorg in de regio. Tijdens dat driegesprek draagt de medewerker het kind 'warm' over aan de medewerker van Bureau Jeugdzorg, waarna hij het telefoongesprek zelf beëindigt. De hulpverlener van Bureau Jeugdzorg gaat dan verder in gesprek met het kind en onderneemt de noodzakelijke en gewenste actie.

AFHANKELIJK VAN TOEGANG, KENNIS EN VAARDIGHEDEN VAN INTERNET BIJ HULPVRAGER

Om gebruik te kunnen maken van digitale hulpverlening moet een hulpvrager ten minste toegang hebben tot internet. Dat kan thuis, op school, op het werk of in een bibliotheek of buurthuis zijn. Daarnaast moet de hulpvrager overweg kunnen met een computer en internet in het bijzonder. Vervolgens moet hij de vaardigheden hebben om bij de juiste online hulpvoorziening uit te komen. (Het overzicht in bijlage 2 laat bijvoorbeeld zien dat er al zeven specifieke hulpsites voor depres-

sie zijn.) De hulpvrager moet weten bij welke website hij moet zijn of dat proberen uit te zoeken.

Als iemand een hulpvraag heeft en de website waar hij terecht kan niet uit het hoofd kent, dan moet hij via zoekmachines als Google en/of verwijzingen op andere websites op de juiste website terecht zien te komen. Uit onderzoek blijkt dat zowel ouderen als jongeren grote moeite hebben met het bedenken van trefwoorden die worden gebruikt in zoekmachines. Surfers voeren meestal maar één of te algemene zoekwoorden in, zodat zij nauwelijks relevante resultaten krijgen. Daarnaast kijken de meeste mensen niet verder dan de eerste drie zoekresultaten (Van Deursen & Van Dijk, 2008). Wie in oktober 2009 het woord ‘depressie’ intikte op Google vond pas halverwege de tweede pagina het eerste online hulpaanbod: Gripopjedip.nl. Als volwassene had je dan ook nog eens pech, want Gripopjedip.nl is alleen voor jongeren tot 25 jaar.

Voordat een hulpvrager op de juiste website is beland, is de zelfredzaamheid al flink aangesproken. En daar blijft het niet bij. Op de website aangekomen moet de online hulpzoeker vervolgens bepalen of de aangeboden hulp kwalitatief goed is. Voorwaarde is dat de hulpvrager over voldoende leesvaardigheden beschikt, maar dan nog is het een lastig proces. De eerste indruk zal belangrijk zijn. Toch kan een website die er amateuristisch uitziet toch heel professionele hulp bieden (of omgekeerd).

Indicaties voor een goede hulpsite¹

- Het is duidelijk voor wie de website wel of niet bedoeld is.
- Er is een duidelijke werkwijze voor de diverse online hulpvormen (inclusief eventuele reactietermijnen).
- Duidelijk aangegeven is welke organisatie(s) achter de website zit(ten) en wat de achtergrond is van de hulpverleners die de online hulp bieden.
- Het is mogelijk om op een eenvoudige manier in contact te komen met de organisatie achter de website.
- De meest voorkomende veiligheidsrisico's worden beschreven, evenals de maatregelen die de hulpvrager zelf kan nemen.
- Chatgesprekken en online behandelingen worden beveiligd met SSL (de URL begint dan met https://...).

1 Voor een totaaloverzicht van criteria voor een goede online hulpsite zie bijlage 1.

- Aangegeven wordt hoe met persoonsgegevens en transcripten wordt omgegaan, hoelang die bewaard blijven en wie er toegang toe heeft.
- Er is een klachtenregeling beschikbaar.
- Eventuele nieuwsberichten zijn actueel (en bijvoorbeeld niet een jaar oud).

Is de eerste indruk over de kwaliteit van de hulpsite positief, dan zal de hulpvrager moeten vaststellen of het aanbod bij zijn behoeften past. Denkt hij dat het aanbod hem kan helpen bij het oplossen of verminderen van het probleem? En spreekt de aanpak hem aan? Dan kan hij aan de slag. Bij interactieve hulpvormen (zoals e-mailhulp of groepschat) is het tenslotte ook belangrijk dat de hulpvrager zich voldoende schriftelijk kan uitdrukken.

Er zijn weinig landen waar zo veel gebruikgemaakt wordt van internet als Nederland. Toch zijn er ook in ons land grote verschillen in het gebruik van internet tussen de bevolkingsgroepen. Jongeren maken meer gebruik van internet dan ouderen, hoewel met name de laatste jaren steeds meer ouderen online gaan. Hoogopgeleiden zijn over het algemeen vaardiger op internet dan lageropgeleiden (Van Deursen & Van Dijk, 2008). Migranten maken over het algemeen ook minder gebruik van internet dan autochtone Nederlanders, waarbij het met name de eerstegeneratiemigranten zijn die veel minder gebruikmaken van internet dan hun leeftijdgenoten (Van den Broek & Keuzenkamp, 2008).

Uit onderzoek blijkt dat hoe meer ervaring mensen hebben met vormen als e-mail en chat, des te positiever ze staan tegenover het gebruik ervan bij hulpvragen (Mallen, Day & Green, 2003). Ouderen zijn vooral gewend om te communiceren via e-mail. In tegenstelling tot jongeren onderhouden zij hun sociale netwerk nog gewoon via de telefoon, in plaats van via chatprogramma's als msn en sociale netwerksites als Hyves en Facebook. Daardoor is de kans groter dat ouderen voor online hulp eerder gebruikmaken van e-mail dan van chat.

Kortom, wil een instelling een succesvol online hulpaanbod creëren, dan moet dit goed aansluiten op de kennis, vaardigheden en communicatiebehoeften van de doelgroep.

TECHNISCHE STORINGEN

Omdat digitale hulpverlening via technische hulpmiddelen verloopt, kunnen technische problemen roet in het eten gooien. Die problemen

kunnen zich op veel plaatsen voordoen, zoals op de computer van de hulpvrager of die van de hulpverlener en op de internetverbindingen. Als er ergens in de keten iets fout gaat, kan het zijn dat informatie niet of onvolledig overkomt. Voor de ene online hulpvorm is dat storender dan voor de andere. Als het versturen van een e-mail niet gaat, dan lukt het enkele minuten later misschien wel.

Maar gaat er tijdens een chatgesprek iets niet goed, dan is er een grote kans dat het gesprek stopt en je genoodzaakt bent opnieuw te beginnen. Bij het selecteren of ontwikkelen van een chatapplicatie is het daarom belangrijk dat de applicatie de meest voorkomende technische problemen weet op te vangen. Een voorbeeld van een applicatie die dit doet, is het open source programma Helpim. (Voor het vermijden van technische valkuilen zie hfst. 8.)

VIRTUELE IDENTITEIT HULPVRAGER

Door het anonieme karakter van internet zijn er online veel mensen die een andere identiteit aannemen (Valkenburg e.a., 2005). Bijvoorbeeld bij profielsites als Hyves, datingsites en bij online games. Onbekend is in hoeverre bij online hulpverlening de hulpvragers ook weleens een virtuele identiteit aannemen. Feit is dat een hulpverlener bij face-to-face contact de leeftijd en het geslacht redelijk betrouwbaar kan bepalen en ook bij telefonische hulpverlening beide goed kan inschatten. Bij online hulpverlening is dat echter veel lastiger. Een hulpsite die zich richt op jongeren kan niet garanderen dat de hulpvragers ook echt alleen maar jongeren zijn. Hetzelfde geldt voor websites die zich richten op hulpvragers in een specifieke regio; iemand die niet in die regio woont, kan namelijk doen alsof.

Bij procesmatige hulp (zoals een online behandeling) kan een hulpverlener niet met zekerheid vaststellen dat ieder contact met dezelfde persoon plaatsvindt. Het is mogelijk dat iemand zich voordoet als de oorspronkelijke hulpvrager en de gebruikersgegevens van die persoon misbruikt. Online hulpverlening is hierin niet uniek; bekend is dat ziekenhuizen te maken hebben met onverzekerde mensen die misbruik maken van identiteitspapieren en een ponskaartje van iemand anders om toch zorg te ontvangen.

Instellingen die met online hulpverlening beginnen, zijn er soms huiverig voor dat cliënten zich als een ander voordoen. Bij hulpvormen die geen inzet vergen van hulpverleners is dat niet zo erg. Maar als hulpvragers problemen verzinnen bij een chat- of e-mailcontact met een hulpverlener is dat zonde van de tijd.

Organisaties die niet alleen laagdrempelige hulp via internet bieden maar ook via de telefoon hebben de indruk dat fakegesprekken online