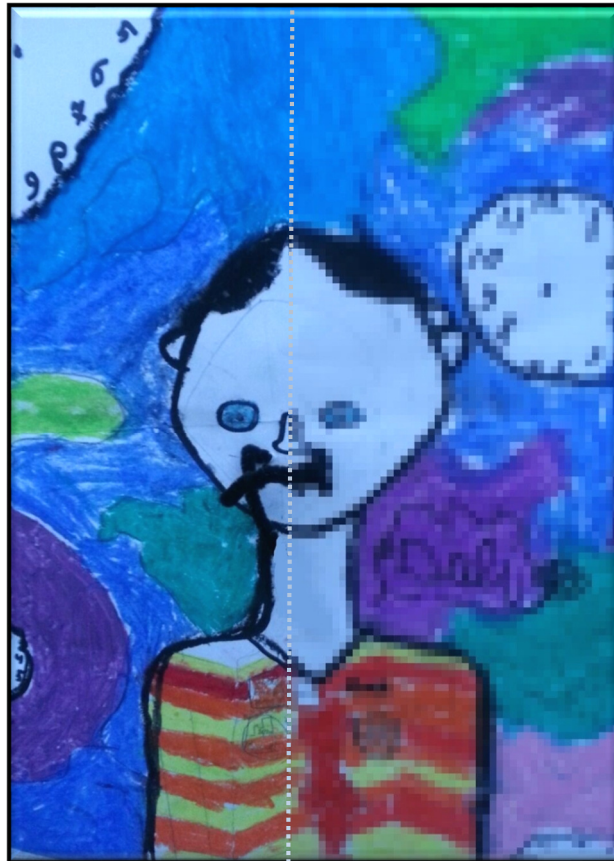


# Oog in oog met Digitale Technologie in de Jeugdsector



**Een overzicht van toepassingsmogelijkheden in  
Praktijk, Onderzoek en Onderwijs**

Drs. Niels Zwikker | Onderzoeker

Dr. H.M. Pijnenburg | Lector

Dr. M.J.C. van Hattum | Associate lector

Lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd

1 maart 2016

## Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
<b>Hoofdstuk 1. Inleiding.....</b>	<b>7</b>
1.1. Achtergrond.....	7
1.2. Afbakening en definitie: Digitale technologie in de jeugdsector .....	7
1.3. Doel- en vraagstelling.....	9
1.4. Aanpak.....	10
1.5. Leeswijzer.....	10
<b>Hoofdstuk 2. Praktijkinitiatieven .....</b>	<b>11</b>
2.1. Inleiding .....	11
2.2. Overzicht op het aanbod (Databases) .....	12
2.3. Kenmerken en categorisering van digitale technologie in de jeugdsector.....	15
2.3.1. Doelgroep en aandoening (problematiek/thema).....	16
2.3.2. Mate van ondersteuning en begeleiding.....	16
2.3.3. Mate van (ervaren) anonimiteit.....	16
2.3.4. Hulpvormen.....	17
2.3.5. Aanbiedingsvormen.....	20
2.3.6. Kwaliteit .....	26
2.3. Discussie.....	27
<b>Hoofdstuk 3. Huidig onderzoek naar de effectiviteit van digitale technologie .....</b>	<b>29</b>
3.1. Inleiding .....	29
3.2. Overzicht van kennis .....	29
3.2.1. Doelgroepen en aandoeningen .....	29
3.2.2. Mate van ondersteuning en begeleiding.....	30
3.2.3. Mate van (ervaren) anonimiteit.....	30
3.2.4. Hulpvormen.....	31
3.2.5. Kennis over aanbiedingsvormen .....	33
3.3. Aanvullende aandachtspunten voor praktijk en onderwijs .....	36
3.4. Discussie.....	38
<b>Hoofdstuk 4. Onderwijs.....</b>	<b>39</b>
4.1. Inleiding .....	39
4.2. Kennis en ervaring uit het werkveld .....	39

4.3.	Inspiratie vanuit aanpalende opleidingen .....	40
4.4.	Stand van zaken Sociaal Agogische Opleidingen .....	41
4.5.	Stand van zaken Instituut Sociale Studies HAN .....	42
4.6.	Discussie.....	46
<b>Bijlagen</b>	.....	48
	Onderbouwing literatuur- en websearch .....	48
	Congressen/lezingen .....	54
	Interviews en overleggen.....	55
	Bijeenkomsten.....	55
	Genoemde websites.....	56
	Overige sites (in volgorde van weergave).....	56

## **Samenvatting**

Voor u ligt het overzichtsrapport "Oog in oog met Digitale Technologie in de Jeugdsector. Een overzicht van toepassingsmogelijkheden in Praktijk, Onderwijs en Onderzoek". In dit rapport geven wij een overzicht van de ontwikkelingen op het gebied van digitale technologie die zich richt op ouders en jongeren in Nederland. Deze ontwikkelingen zijn redelijk recent in de jeugdsector.

Na zo'n 15 jaar onderzoek en praktijkervaring is duidelijk dat het inzetten van digitale middelen een belangrijke toegevoegde waarde heeft voor de zorg aan jeugd en ouders. De uitgangspunten zijn dat zorg en ondersteuning continue beschikbaar is en dat technische middelen de zelfredzaamheid en zelfregie van cliënten faciliteren. Deze ontwikkeling vraagt om een nieuwe invulling van het professionele handelen in de jeugdsector.

In deze overzichtsstudie beschrijven wij de laatste stand van zaken op het terrein van praktijkinitiatieven, onderzoek en hoger beroepsonderwijs. We constateren dat de ontwikkelingen in de digitale technologie in de praktijk zeer snel gaan. Tegelijkertijd lijkt de aansluiting op deze ontwikkelingen vanuit de onderzoek en het hbo-onderwijs achter te blijven. Om een mismatch te voorkomen bevelen we onderzoekers en onderwijsontwikkelaars dan ook aan om de aandacht voor digitale technologie actief te stimuleren.

## **Inventarisatie Praktijkinitiatieven**

We beginnen dit rapport met een afbakening en definitiebepaling van digitale technologie in de jeugdsector (Jeugdhulp, jeugd-ggz en jeugdwelzijn). Voor de inzet van digitale middelen in de jeugdsector bestaan veel verschillende definities. We maken duidelijk waarom we in dit onderzoek kiezen voor de omschrijving: 'digitale technologie in de jeugdsector'.

In het eerste inhoudelijk deel van dit rapport (hoofdstuk 2) geven we een overzicht van de verschillende vormen van digitale technologie. Het aanbod van digitale toepassingen voor psychosociale hulp en ondersteuning aan jeugd (en hun ouders) in Nederland is groot en het groeit sterk.

We beschrijven welke instanties een overzicht bijhouden van digitale toepassingen in de jeugdsector en in hoeverre zij aansluiten bij de recente ontwikkelingen. Daarbij gaan we in op de kenmerken en aandachtspunten van elk overzicht. De conclusie is dat de huidige overzichten nog onvoldoende lijken aan te sluiten bij de diversiteit van digitale technologie.

Vanuit deze analyse gaan we in op de vraag op welke wijze de digitale toepassingen te categoriseren zijn. In veel gevallen worden initiatieven onderscheiden op basis van de doelgroep. Dit is een traditionele indeling vanuit de zorgsector. Zo richt een bepaalde website zich op de aanpak van een gezond gewicht bij jongeren en is een andere site bijvoorbeeld speciaal voor jongeren met gezinsproblemen. Hoewel dit een legitieme indeling is, zijn ook andere indelingen mogelijk, bijvoorbeeld op de hulpsoort of de aanbiedingsvorm. We beschrijven welke vormen van digitale technologie voorhanden zijn en stellen ook een alternatieve indeling voor.

## **Huidige stand van onderzoek**

In hoofdstuk 3 gaan we in op de laatste stand van zaken van onderzoek naar vormen van digitale technologie. Dit betreft zowel nationaal als internationaal onderzoek naar verschillende initiatieven van digitale technologie in de jeugdsector. We richten ons op de vraag: "Wat weten we over de effectiviteit van digitale technologie in de jeugdsector?".

Voor de eenduidigheid hanteren we bij deze review een vergelijkbare indeling als in hoofdstuk 2 over Praktijkinitiatieven. We beschrijven wat er bekend is over het aanbieden van verschillende hulpvormen via digitale toepassingen. Op basis van een vergelijkbare indeling van de hoofdstukken over praktijkinitiatieven en over huidig onderzoek blijkt dat de sociale wetenschappen en de ICT-wetenschappen de laatste jaren steeds dichterbij elkaar komen.

Uit dit overzicht van studies destilleren we enkele terugkerende vraagstukken en aandachtspunten die interessant zijn voor nader onderzoek.

## **Hoger beroepsonderwijs**

In hoofdstuk 4 bekijken we de mate van aandacht die digitale technologie in het hoger onderwijs krijgt. Het merendeel van de trainingen en scholing op het terrein van digitale technologie wordt op dit moment aangeboden binnen instellingen als in-company trainingen.

We gaan kort in op de verschillende enkele competentieprofielen voor het werken met digitale toepassingen en op de vraag wat dit betekent voor sociaal-agogische opleidingen. Aanvullend richten we onze blik op aanpalende opleidingen: medische, psychologische en verpleegkundige studies. Het merendeel van de verpleegkundige opleidingen blijkt al verschillende onderwijsprogramma's rond dit thema te hebben ontwikkeld. Afgestudeerde verpleegkundigen uit de studieroute Gezondheid en Technologie van Hogeschool Saxion zijn bijvoorbeeld nu al werkzaam in de praktijk.

Binnen de sociaal-agogische opleidingen staat het thema digitale technologie nog in de kinderschoenen. Het blijkt nog slechts te gaan om enkele keuzevakken of om een afgebakende minor. Toch zijn er tegelijkertijd ook pioniers. Hogeschool Fontys zet bijvoorbeeld studenten in bij een project om digitale hulpmiddelen voor professionals te inventariseren en de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden is in 2015 gestart met de master Zorgtechnologie. Het ziet er echter niet naar uit dat digitale technologie op korte termijn een volwaardig onderdeel wordt van een opleidingscurriculum van sociaal-agogische opleidingen. Gezien de snelle opmars van nieuwe technologieën en het groeiend draagvlak voor digitale technologie in de praktijk is de noodzaak voor het onderbrengen van dit thema in de sociaal agogische opleidingen wél urgent.

Deze urgentie wordt ook op landelijk niveau herkend. De adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen van het Zorginstituut Nederland ontwerpt een nieuwe beroepenstructuur voor Zorg en Welzijn. De kern van deze nieuwe beroepenstructuur zorg en welzijn, die in 2015 is opgesteld, richt zich primair op generalistisch werken én op het toepassen van technologie in zorg en welzijn.

Binnen de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) zijn diverse opleidingen (HANovatie) al actief op zoek naar manieren om digitale technologie onder te brengen in het onderwijs. Verschillende sociaal- agogische (en verpleegkundige) opleidingen hebben zich daarvoor verbonden aan de Professionele Leergemeenschap Sociale Technologie. Deze leergemeenschap is opgericht vanuit het Kenniscentrum HAN SOCIAAL om een impuls te geven aan het thema digitale technologie in zorg en welzijn door praktijk, onderzoek en onderwijs meer met elkaar te verbinden.

## **Conclusie en discussie**

Uit de inventarisatie komt naar voren dat er al veel bekend is over de verschillende digitale hulpmiddelen in de jeugdsector. We concluderen dat het inzetten van digitale toepassingen wordt toegepast bij alle vormen van hulp en ondersteuning in de jeugdsector.

Tegelijkertijd zien we echter ook een groeiend gat tussen het gebruik van digitale technologie in de jeugdsector en het structureel borgen en verspreiding van de kennis over digitale vormen van ondersteuning. Veel onderzoek naar digitale toepassingen beperken zich tot een bepaalde vorm

(voornamelijk internettherapie of web-interventies) en richten zich primair op de eindresultaten ten aanzien van de cliënt. Onderzoek naar algemeen werkzame factoren, de vereiste digitale competenties van professionals of het implementeren van toepassingen binnen de context van de dagelijkse praktijk krijgt minder aandacht. Ook zijn er nog veel privacy en ethische vraagstukken bij het inzetten van digitale technologie als hulpmiddel waar nog geen eenduidig antwoord op is. Steeds meer onderzoekers constateren echter dat er meer voor nodig is om met digitale technologie het gewenste effect te bereiken dan het zo goed mogelijk aansluiten bij de wensen van de cliënt alleen. Meer onderzoek naar algemeen werkzame factoren en contextuele omstandigheden is dan ook gewenst.

Deze lacunes in wetenschappelijke kennis worden gereflecteerd door de instanties die verantwoordelijk zijn voor de borging en verspreiding van deze kennis aan professionals. In vergelijking met de brede verspreiding van digitale technologie in de dagelijkse praktijk is de aandacht voor dit onderwerp zowel bij landelijke kennisinstituten als onderwijsinstellingen nog erg gering. We signaleren dat er nieuwe initiatieven ontstaan die trachten overzicht te bieden in het gebruik en de kwaliteit van digitale technologie in de jeugdsector. Deze initiatieven maken echter nog geen deel uit van de landelijke kennisinfrastructuur, waardoor de reikwijdte beperkt is.

Hierdoor ontstaat een potentieel risico dat (aankomend) professionals uiteindelijk onvoldoende bekwaam zullen zijn om goed met digitale technologie in de jeugdsector om te gaan en dat dit de kwaliteit van de geleverde zorg in gevaar brengt. Dit is vooral verontrustend vanuit de verwachting dat digitale middelen binnen afzienbare tijd een vast onderdeel gaan uitmaken van het handelingsprotocol van sociale professionals. Onder andere vanuit het kader van de transitie en de nieuwe mogelijkheden van ICT en technologie, richten instellingen en beleidsmakers steeds vaker hun blik op digitale oplossingen om zorg te verbeteren.

We bevelen dan ook aan dat landelijke kennisinstituten de bestaande kennisinfrastructuur te valideren ten aanzien van kennis over digitale technologie, in het bijzonder de landelijke overzichten op effectieve interventies voor jeugd en ouders. Afstemming met nieuwe kennisinitiatieven wordt daarbij gezien als raadzaam. Aanvullend is het van belang dat onderzoek naar digitale technologie in de jeugdsector zich meer gaat richten op de algemeen werkzame factoren van digitale technologie en de context waarbinnen de technologie wordt ingevoerd. Er dient meer zicht te komen op de (veranderende) rol en competenties van professionals en de juiste wijze van implementeren van digitale toepassingen in de dagelijkse behandelpraktijk. Ook nieuwe aanbiedingsvormen zoals Serious Games, mobiele toepassingen en het actiever gebruiken van big data verdienen daarbij de aandacht.

Meer kennis over de rol van de professional in de inzet van digitale technologie in de jeugdsector is van cruciaal belang om het hoger onderwijs goed vorm te geven. Hoewel deze kennis nu nog grotendeels ontbreekt, raden we hogescholen als de HAN sterk aan om alvast plannen te maken voor een structurele inbedding van digitale technologie in zorg in de curricula van de sociaal-agogische opleidingen en in de nascholing van docenten. De huidige trend wijst erop dat de vraag naar professionals met digitale competenties binnen afzienbare tijd sterk kan toenemen.

Tenslotte vragen we om nader onderzoek naar de komst van digitale zorgplatformen in de jeugdsector. Deze platformen worden gezien als centraal punt voor communicatie, dataopslag en zorg coördinatie vanuit het perspectief van de cliënt. Als centraal verzamelpunt van informatie over cliënten, waaronder het gebruik van digitale hulpmiddelen, bieden deze platformen nieuwe mogelijkheden voor onderzoek en kwaliteitsborging. Het is daarmee de vraag welke rol digitale platformen innemen in de kennisinfrastructuur rondom digitale technologie in de jeugdsector.

## **Hoofdstuk 1. Inleiding**

### **1.1. Achtergrond**

De afgelopen 15 jaar heeft de inzet van digitale toepassingen in zorg en welzijn een grote groei doorgemaakt. Het is nu duidelijk dat de inzet van deze digitale toepassingen belangrijke consequenties heeft voor de wijze waarop hulpverlening wordt ervaren, aangeboden én georganiseerd. (Schalken et.al., 2015). Professionals worden geconfronteerd met het aanleren van nieuwe kennis, vaardigheden en een andere houding ten opzichte van technologie (Van Zeeland, 2014, Limper, 2014).

Vanuit de programmalijs Sociale Technologie van het Kenniscentrum HAN SOCIAAL doen we onderzoek naar de wijze waarop technologie kan worden ingezet ter versterking van de participatie van kwetsbare burgers in onze samenleving. Het lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd van HAN SOCIAAL heeft de vraag gesteld wat bekend is over de inzet van digitale middelen in de jeugdsector (Jeugdhulp, -GGZ, -Welzijn) bij de begeleiding van en hulpverlening aan gezinnen die te kampen hebben met opvoed- of opgroeimoeilijkheden.

In dit rapport beantwoorden we de vraag naar de huidige stand van zaken van praktijkinitiatieven op dit terrein. Wat is er op basis van (onderzoek)literatuur bekend is over de inzet en werkzaamheid van digitale technologie in zorg bij de begeleiding van kinderen, jongeren, en hun ouders? En in hoeverre is dit thema al belegd in het hoger beroepsonderwijs?

Het gaat daarbij niet zozeer om specialistische programma's voor specifieke doelgroepen, maar om een geïntegreerde inzet van digitale toepassingen in de jeugdsector binnen de nieuwe gemeentelijke kaders. Daarnaast willen we inzicht verkrijgen in de wijze waarop werkveldorganisaties gebruik maken van technologie in de jeugdsector in de hulpverlening.

Tenslotte zijn we benieuwd naar de focus voor technologie in zorg binnen het hoger onderwijs, in het bijzonder binnen de sociale studies van de HAN.

### **1.2. Afbakening en definitie: Digitale technologie in de jeugdsector**

In praktisch de gehele jeugdsector worden projecten opgezet waarbij digitale middelen de bestaande zorg aanvullen of gedeeltelijk wordt overgenomen. Onder jeugdsector verstaan we het geheel van zorg en ondersteuning wat wordt aangeboden aan ouders, kinderen, jongeren en jongvolwassenen vanuit Jeugdhulp, Jeugd-GGZ en Jeugd-welzijn. We hanteren een dergelijk brede invalshoek omdat de inzet van digitale middelen zich niet beperkt tot een specifieke sector.

Hoewel er al meer dan een decennium wordt gewerkt aan de inzet van digitale middelen in de jeugdsector is het bepalen van een eenduidige definitie van deze inzet nog altijd niet eenvoudig.

Er worden verschillende definities gehanteerd om de inzet van digitale middelen in de zorg, hulpverlening en ondersteuning te beschrijven. In deze rapportage hanteren we de term digitale technologie in de jeugdsector en lichten de keuze hiervoor toe.

Om duidelijk te maken waar we het in deze rapportage over hebben, zetten we eerst de meest gebruikte definities op een rij.

Een internationaal en breed gedragen definitie van de inzet van digitale toepassingen in zorg is de term "E-health":

## **E-health**

*"Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologie, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren."*

(Raad voor de Volksgezondheid, 2002).

Deze definitie is zeer breed en wordt primair geassocieerd met de medische gezondheid. Voor de psychosociale zorg zijn er twee specificaties op E-health geformuleerd: E-mental Health en Online hulpverlening. Het onderscheid tussen deze definities is gering en valt terug te voeren op de sector waarin ze het meest worden gebruikt. Zo wordt de term E-mental Health breed gedragen in de geestelijke gezondheidszorg en is Online hulpverlening meer verbonden aan de jeugd- en welzijnssector.

## **E-Mental Health**

*"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, et.al., 2007).

## **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."*

(Schalken, et.al., 2012).

Beide definities zijn geformuleerd in een periode toen de inzet van digitale toepassingen nog primair aangeboden werd via internet en in de tijd dat deelnemers gebruik maakten van PC of Laptop. Door de term werd een duidelijk verschil aangegeven tussen online hulpverlening en de bestaande hulpverlening zonder digitale inzet, sindsdien ook wel omschreven als Face to Face contact<sup>1</sup>. In de beginperiode bleek deze scheiding zeer behulpzaam om het thema "E-mental health" en "Online hulpverlening" duidelijk naar voren te brengen.

De laatste jaren worden er echter vraagtekens gezet bij de termen "E-mental health" en "Online hulpverlening" (Duinstra, 2013). De oorzaak is dat de inzet van digitale middelen eigenlijk als een nieuwe werkvorm wordt gezien en niet als een geheel nieuwe vorm van hulpverlening. Het toepassen van digitale middelen in hulpverlening kent wel enkele specifieke aandachtspunten en vraagt in veel gevallen om aanvullende vaardigheden die afwijken van "traditionele" Face to Face hulpverlening. Toch vragen steeds meer professionals zich af of het onderscheid wel zo groot is als tot nog toe is voorgesteld.

Professionals die met digitale middelen werken hanteren in toenemende mate de term: "Blended hulpverlening" (Duinstra, 2013, Persoonlijk interview Bruijning, oktober 2014). De gedachte hierachter is dat modern hulpverlening een mix van digitale en Face to Face hulpvormen is. Bij

---

<sup>1</sup> Vanaf nu zullen we hier spreken van traditionele of face to face hulpverlening als we het hebben over hulpverlening zonder inzet van digitale middelen.



Blended hulpverlening is het uitgangspunt dat digitale toepassingen bepaalde onderdelen van bestaande hulpverlening aanvullen of (gedeeltelijk) vervangen.

Naast een aanvulling op de professionele hulpverlening wordt er ook steeds meer gekeken naar manieren waarop technologie ingezet kan worden vanuit het principe van zelfzorg. Dit beeld wordt gevoed door nieuwe technologische ontwikkelingen in het veld van mobiele toepassingen (apps) en (bio-)sensoren. In dit verband wordt steeds vaker gesproken over “zorgtechnologie” of “sociale technologie”, waarmee wordt aangeduid dat technologie een onderdeel is van zorg of sociaal welzijn (Congres voor Technologie en Zorgonderwijs, 2014; Congres “Aftrap van de week van de sociale technologie”, 2014). Hierbij is “zorgtechnologie” de gehanteerde term binnen de medische en verpleegkundige sectoren en behoort “sociale technologie” tot het sociale domein.

We sluiten in deze notitie aan op de invalshoek om technologie als onderdeel van een bepaalde sector te beschrijven. Daarmee kiezen we er dus voor om te spreken over “digitale technologie in de jeugdsector”. Hieronder verstaan we alle inzet van digitale toepassingen of interventies in de psychosociale zorg, hulp of ondersteuning van kinderen, jongeren en hun ouders.

Het gaat om in eerste instantie om toepassingen die direct worden ingezet vanuit hulpverlening of cliëntcontact als ook om toepassingen voor het vormgeven van zelfzorg of een het ondersteuningsnetwerk. Naast bestaande vormen van internettechnologie bespreken we hier ook (toekomstige) vormen van digitale technologie zoals de inzet van sensoren, robotica en big data.

Digitale technologie in de jeugdsector is ook gericht op het inzetten van digitale middelen in het kader van preventie, netwerkorganisatie en empowerment van deelnemers. Zo kan brede voorlichting via sociale media worden verspreid. Meerdere zorgdisciplines kunnen via digitale platforms met elkaar worden verbonden om effectiever samen te werken. Zorgapps bieden deelnemers ondersteuning in het dagelijks leven waardoor hun zelfredzaamheid wordt vergroot. Serious Games creëren een virtuele omgeving voor jongeren om te oefenen en experimenteren.

De keuze voor deze definitie betekent dat de inzet van digitale middelen voor het verder opleiden en professionaliseren van de doelgroep, zoals e-learning, hier buiten valt. Hoewel er zeker sprake is van overlap in werkzame principes richten we ons in dit verband op de inzet van digitale middelen om hulp te verlenen of zorg te organiseren.

### **1.3. Doel- en vraagstelling**

Het doel van deze studie is om door het inventariseren en aanleveren van een actueel overzicht van de stand van zaken bij te dragen aan een onderzoeksagenda “Digitale technologie in de jeugdsector” (2015-2017) voor het lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd en het Kenniscentrum HAN SOCIAAL.

We onderzoeken de algemene vraagstelling:

*“Wat is de huidige stand van zaken rondom digitale technologie in de jeugdsector, in zowel de praktijk, onderzoek als onderwijs?”*

De subvragen daarbij zijn:

- *Hoe ziet de verspreiding van digitale technologie bij de begeleiding van, en hulpverlening aan, gezinnen die te kampen hebben met opvoed- of opgroeimoeilijkheden er concreet uit?*
- *Wat er op basis van (onderzoek)literatuur bekend over de inzet en werkzaamheid van digitale technologie bij de begeleiding van kinderen, jongeren, en hun ouders?*
- *Wat zijn de verwachte ontwikkelingen omtrent de verspreiding van digitale technologie in de jeugdsector?*

- *In hoeverre wordt er binnen het hoger beroepsonderwijs, in het bijzonder de opleidingen van het Instituut Sociale Studies, aandacht besteed aan digitale technologie in zorg en welzijn?*

Onze studie resulteert in:

1. *Een overzicht van de vormen en omvang van digitale technologie in de jeugdsector. Hierin zijn de instanties opgenomen die zich bezig houden met de kwaliteit van en overzicht op het aanbod van digitale technologie in de jeugdsector;*
2. *Een beschrijving van de laatste stand van zaken van effectstudies naar digitale technologie in de jeugdsector en de betekenis voor de praktijk;*
3. *Een schets van de ontwikkelingen in het hoger beroepsonderwijs rondom het inbedden van dit thema in de bestaande opleidingen.*

#### **1.4. Aanpak**

Voor deze inventarisatie hebben we gebruik gemaakt van literatuurstudie, web search naar digitale toepassingen in de jeugdsector en interviews en lezingen van deskundigen uit de praktijk en onderzoekers op het terrein van digitale technologie in zorg en welzijn en docenten in het hoger beroepsonderwijs.

#### **1.5. Leeswijzer**

Dit rapport bestaat uit de volgende hoofdstukken:

- Inventarisatie vormen van digitale technologie in de jeugdsector (h2)
- Stand van zaken van onderzoek naar digitale technologie in de jeugdsector (h3)
- Stand van zaken in het hoger beroepsonderwijs rond dit onderwerp (h4)

Elk hoofdstuk sluit af met een samenvatting van de belangrijkste conclusies en aanbevelingen.

De bijlagen bestaan uit:

- Onderbouwing literatuurstudie en web search
- Artikelen/publicaties
- Congressen/lezingen
- Interviews en overleggen
- Bijeenkomsten
- Genoemde websites
- Overige sites (in volgorde van weergave)

## **Hoofdstuk 2. Praktijkinitiatieven**

### **2.1. Inleiding**

Het aantal online initiatieven is erg omvangrijk en blijft sterk groeien. De pioniers op dit terrein: Kindertelefoon, Oudersonline en Interapy bestaan inmiddels alweer zo'n 15 jaar (Zwikker, 2012). Sindsdien is het aanbod explosief toegenomen (Schalken et.al., 2015). Op dit moment is er in Nederland voor praktisch elke doelgroep of aandoening wel een vorm van digitale ondersteuning beschikbaar.

De ontwikkelingsgeschiedenis van digitale technologie in de jeugdsector kunnen we grofweg indelen volgens drie invalshoeken.

#### *Anoniem aanbod*

De eerste initiatieven van digitale technologie in de jeugdsector zijn gestart vanuit de gedachte dat met behulp van internet wellicht doelgroepen te bereiken zijn die niet met traditionele hulpverlening werden bereikt. Het kon bijvoorbeeld gaan om jongeren die te maken hadden met thema's die met schaamte of maatschappelijke afkeuring gepaard gaan. Hierbij valt te denken aan thema's zoals zelfbeschadiging, depressie en angsten, eetstoornissen (anorexia en boulimia nervosa), middelenmisbruik en suïcide. Via anonieme hulpsites werden deze jongeren uitgenodigd om vragen te stellen en ervaringen te delen. Het uitgangspunt van anonimiteit bleek voor veel deelnemers een aantrekkelijk onderdeel van deze hulpsites (Schalken et.al., 2015). Binnen het (Jeugd)welzijn en de (jeugd)GGZ hebben diverse websites hun bestaansrecht al bewezen (Onder andere Gripopjedip, 99gram, 113online, Survivalkid). Anonieme hulpsites vormen tegenwoordig een vast onderdeel van het algemene hulpaanbod aan jongeren en ouders.

Voor anonieme webhulp is de financiering een cruciaal punt gebleken. Door de anonieme deelnemers is het voor deze hulpsites lastig geweest om de inzet richting subsidieverstrekkers en financiers transparant te maken en te verantwoorden. Hierdoor zijn enkele initiatieven vroegtijdig gestopt met hun hulpaanbod, ongeacht hun populariteit of bezoekersaantallen, met als meest recente voorbeeld de website Hulpmix in 2014. Door het anonieme hulpaanbod te koppelen aan bestaande zorginstellingen en aan financieringsstromingen rondom preventie zijn verschillende initiatieven er gelukkig wel in geslaagd om een structurele bekostiging te verwerven.

#### *Klantvriendelijk aanbod*

Andere initiatieven zijn vanuit het bestaande zorgaanbod van zorginstellingen ontstaan. Hierbij ging het vooral om het verhogen van de klantvriendelijkheid en de zelfregie van de deelnemer. In navolging van de website Interapy.nl hebben verschillende zorginstellingen in de periode tussen 2006 en 2012 geëxperimenteerd met chat en mailtherapie of begeleiding en met het vormen van een online dossier (Schalken et.al., 2015). Hoewel dit bij verschillende zorginstellingen heeft geleid tot een permanent aanbod (bv. Mijnkwadraad.nl), zijn er ook diverse instellingen waarbij deze trajecten minder succesvol waren (Hoogendijk & Wolters, 2014).

#### *Gemengd of gekoppeld aanbod*

De doorontwikkeling van online hulptoepassingen bij zorginstellingen, de opkomst van sociale platforms als Facebook en Google+, en technologische ontwikkelingen op het gebied van mobiele apps en (bio-)sensoren leiden sinds eind 2013 tot een derde ontwikkelingsgolf. Kenmerkend aspect

van de huidige periode is de nadruk op het mengen of koppelen van uiteenlopende vormen van (digitaal) hulpaanbod.

In eerste instantie betreft dit het integreren van digitale hulpmiddelen met de bestaande vormen van traditionele Face to Face hulpverlening. Zoals we eerder hebben aangegeven gaat het steeds vaker om Blended hulp, het mixen of “blenden” van digitale én niet digitale vormen van hulp.

Een tweede integratie richt zich op de technische mogelijkheid om verschillende aanbiedingsvormen van digitale technologie onderling te koppelen. Hierdoor wordt een bestaande hulpsite bijvoorbeeld aangevuld met een zorgapp (bv. Gripopjedip) of kan sensorinformatie een Serious Game aansturen (bv. Mindlight).

Tenslotte heeft de jeugdsector gekeken naar de mogelijkheden om mensen te verbinden via sociale platforms zoals Facebook en Google+. In combinatie met beleidsconcepten als het “transformeren” van zorg worden er zogenaamde “zorgplatforms” ontwikkeld. Het streven is om door deze zorgplatforms de samenwerking tussen zorgdisciplines en de zelfregie van deelnemers te bevorderen (bv. Quli, Psynet, Jouwomgeving).

Al deze ontwikkelingen bij elkaar hebben een breed en divers aanbod van digitale technologie in de jeugdsector opgeleverd. Hoe ziet die diversiteit eruit? Welk toezicht er is op de kwaliteit van het aanbod?

## **2.2. Overzicht op het aanbod (Databases)**

Terwijl het aanbod van digitale technologie in de jeugdsector blijft groeien is er tot op heden geen eenduidig beleid voor het waarborgen van de kwaliteit. In veel gevallen wordt de kwaliteit van het aanbod geborgd door de verbinding aan een erkende zorginstelling, de ontwikkeling door een gerenommeerd kennisinstituut of door wetenschappelijke onderbouwing. Voor het merendeel van de digitale initiatieven is de kwaliteit echter nog onbekend.

De verschillende databases voor digitale technologie in de jeugdsector hebben eigen kenmerken en uitdagingen. In deze paragraaf geven we een overzicht van de meest relevante overzichts-databases voor digitale technologie in de jeugdsector. Daarbij geven we aan hoeveel toepassingen er in de databases zijn opgenomen<sup>2</sup>.

Om instellingen en professionals in de jeugdsector te ondersteunen in het toepassen van de beste zorg subsidieert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) twee permanente databases met op effectiviteit onderzochte interventies: de Interventiedatabank Gezond en Actief Leven en de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

### **Interventiedatabank Gezond en Actief Leven - Loket Gezond Leven (RIVM)**

Het Loket Gezond Leven onderhoudt de Interventiedatabank Gezond en Actief leven en stimuleert daarmee het gebruik van best passende leefstijlinterventies door zorgprofessionals. Deze databank bevat primair Face to Face interventies voor leefstijlverbetering, maar kent ook een rubriek “Gebruikte methode: E-health / sociale media / sms-dienst”. In deze categorie zijn zo’n 83 digitale toepassingen (apps en websites) opgenomen.

---

<sup>2</sup> Peildatum voor de hoeveelheid toepassingen is voor alle overzichten: 20-12-2015

## **Databank Effectieve Jeugdinterventies - Nederlands Jeugdinstituut**

De databank Effectieve Jeugdinterventies bevat programma's voor hulp bij problemen met opgroeien en opvoeden. Professionals in de jeugdsector kunnen gebruik maken van deze databank voor hulp bij het verbeteren van hun aanbod. Het Nederlands Jeugdinstituut wil met de databank bijdragen aan de ontwikkeling van 'evidence based practice' in de jeugdsector. In navolging van de interventiedatabank Gezond en Actief Leven kent de databank het filter "online". Met dit filter worden 14 interventies gevonden die een digitale toepassing kennen voor de zorg aan jongeren.

Beide databases zijn landelijk breed bekend in de Jeugdsector. De databases zijn verbonden aan een academische erkenningsprocedure waarbij de effectiviteit van de interventies door een onafhankelijke commissie van deskundigen wordt vastgesteld. Hoewel deze commissies gezaghebbend zijn in hun oordeel over de interventies zijn er vragen in hoeverre het uitgebreide beoordelingsproces aansluit bij de snelle ontwikkelingen in digitale technologie. Het is niet duidelijk of alle vormen van digitale technologie in de jeugdsector (bv. Serious Games) volgens de huidige erkenningscriteria beoordeeld kunnen worden. Om meer zicht te krijgen op dit vraagstuk is eind 2014 een pilot uitgevoerd bij het Loket Gezond Leven en de Databank Effectieve Jeugdinterventies waarbij Serious Games zijn voorbereid volgens de erkenningsprocedures van deze commissies. De pilot heeft geresulteerd in een rapport met aanbevelingen voor zowel game-ontwikkelaars als voor de erkenningscommissies (Van Reijen, Cloostermans, Witte, Nikken & Zwikker, 2015).

## **Overzichten van het Trimbos-instituut en het Online hulp stempel**

Kennisinstituut Trimbos houdt zich al enkele jaren bezig met de ontwikkeling en verspreiding van digitale middelen in de geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor bezit het Trimbos-instituut enkele overzichten van het digitale aanbod in deze sector, met name van dat aanbod waaraan dit kennisinstituut zelf verbonden is. Zo is er een aparte pagina van digitale interventies voor jongeren op de site van het Trimbos-instituut. De website [Hoepaktudataan.nl](http://Hoepaktudataan.nl) van het instituut biedt ouders een bundeling aan van digitale interventies op het terrein van middelengebruik van hun kinderen.

Het Trimbos-instituut heeft in de jaren 2007-2010 via het kennisnetwerk I-com een zogenaamde i-database onderhouden met een overzicht van digitale toepassingen voor jeugd, volwassenen en ouders. Deze database is echter niet meer beschikbaar.

Als opvolger heeft het Trimbos-instituut, op verzoek van het Ministerie van VWS, in 2011 een kwaliteitskeurmerk ontwikkeld voor digitale toepassingen in de geestelijke gezondheidszorg: het "Online hulp stempel". De insteek van dit keurmerk is een combinatie tussen een evidence based beoordeling van de interventie (zoals bij het Loket Gezond Leven en de databank Effectieve Jeugdinterventies) en het gebruiksgemak of "usability" van het digitale aanbod voor de klant (zie paragraaf 2.3.6). In de praktijk lijkt het keurmerk weinig te worden gebruikt. Vooralsnog bevat het overzicht van het Online Hulp Stempel slechts 2 online interventies: [Pratenonline.nl](http://Pratenonline.nl) en [Alcoholenik.nl](http://Alcoholenik.nl). Beide interventies zijn zowel voor volwassenen als voor jongeren toegankelijk.

## **Digitale zorggids - Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie**

De Digitale zorggids is een initiatief van de Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie (NPCF) en uitgever Bohn Stafleu, van Lochem (BSL). Deze digitale gids biedt een overzicht van digitale (zelf)hulptoepassingen en websites voor jongeren, ouders en volwassenen. Doelstelling is om patiënten en cliënten, en in navolging daarvan ook de professionals die hen ondersteunen, duidelijk zicht te geven op digitale tools, websites en blogs. Het aanbod is ingedeeld in verschillende categorieën, zoals: aandoening, thema, vakgebied of beroepsgroep. Daarnaast is het

ook mogelijk om het aanbod in te delen naar aanbiedingsvorm: app of website. Via de site wordt jaarlijks een award voor een Health App uitgereikt.

De Digitale Zorggids is sinds de opstartfase in eigen beheer van de NPCF.

Vanuit de algemene doelstelling beoordelen patiënten/cliënten of professionals zelf de kwaliteit van de digitale toepassingen. In navolging van de bestaande commerciële app-markets (zoals Google Play en de I-store van Apple) kunnen gebruikers met “sterren” en met een korte review hun bevindingen met een app of site waarderen. De wetenschappelijke onderbouwing van het aanbod staat niet op de voorgrond. De digitale Zorggids is op dit moment het grootste Nederlandse overzicht op het terrein van digitale technologie in de jeugdsector. De focus ligt overwegend op de (medische) gezondheidszorg en wat minder op de psychosociale hulpverlening. De sociaal-agogische beroepen ontbreken op de beroepenlijst in deze gids.

De Digitale zorggids omvat meer dan 9500 E-health toepassingen (apps en webhulp).

### **Dejeugdprofessional.info - Fontys Expertisecentrum**

De overzicht site Dejeugdprofessional is actief sinds oktober 2014. Het overzicht van interventies op deze site is gericht op digitale toepassingen die professionals kunnen inzetten bij de psychosociale hulpverlening aan jongeren. Daarnaast worden ook factsheets aangeboden over het toepassen van (andere) digitale middelen in de jeugdsector, zoals toepassingen voor het organiseren van de eigen professionele werkomgeving. Het meest interessante aspect van dit initiatief van het Fontys Expertisecentrum is dat er nadrukkelijk wordt gezocht naar een verbinding met het hoger onderwijs. De studenten worden gestimuleerd om op zoek te gaan naar diverse digitale toepassingen en om deze te beschrijven voor opname in dit overzicht. Op deze wijze krijgen de hbo-studenten een breder beeld van het aanbod digitale technologie in de jeugdsector. Ze ontwikkelen hierdoor tevens een kritische houding ten aanzien van de verschillende initiatieven.

Op de website van Dejeugdprofessional.info worden 215 digitale toepassingen (apps en websites) beschreven.

### **Ehealthjeugdnetwerk – Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie**

Sinds de zomer van 2015 biedt het kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie via het Ehealthjeugdnetwerk een overzicht van digitale toepassingen voor de jeugd-ggz. De site biedt bezoekers de mogelijkheid om toepassingen onderling te vergelijken. Daarnaast kunnen ontwikkelaars initiatieven aanmelden of verzoeken doen voor samenwerkingspartners.

Op de website van ehealthjeugdnetwerk.nl worden 73 toepassingen (apps, websites en Serious Games) gepresenteerd.

### **Ontwikkeling: Bibliotheek van toepassingen in digitale zorgplatforms**

Digitale zorgplatforms (zie paragraaf 2.3.5.) zijn een relatief nieuwe plek waar digitale hulpmiddelen worden verzameld. Deze zorgplatforms bestaan uit een beveiligde digitale omgeving waarmee deelnemers zelf hun zorg kunnen organiseren. Zij kunnen via het zorgplatform communiceren met verschillende disciplines en een eigen zorgdossier samenstellen. In veel gevallen worden de zorgplatforms ook voorzien van een op maat in te richten digitale zorgbibliotheek. De bibliotheek bevat vaak niet meer alleen voorlichting over aandoeningen maar geeft ook digitale hulpmiddelen weer. Vanuit de bibliotheek kunnen gebruikers (en hun begeleiders) digitale (zelf)hulptools zoeken en inzetten in hun zorgtraject, zoals een app om

gevoelstemmingen bij te houden. De achterliggende gedachte is dat de kwaliteit van deze toepassingen controleren. Op dit moment bevinden veel zorgplatforms zich nog in de ontwikkelfase en de zorgbibliotheken zijn nog slechts in beperkte mate ingericht.

### **2.3. Kenmerken en categorisering van digitale technologie in de jeugdsector**

Het is duidelijk dat digitale technologie in de jeugdsector heel erg divers van aard is. De aangeboden hulp kan variëren van preventieve basisinformatie over een bepaalde aandoening of situatie (Pestweb), een digitaal dagboek of dossier dat met anderen gedeeld kan worden (Blogboek), digitaal contact met een vrijwilliger of hulpverlener (Kindertelefoon of Klikvoorhulp) of met lotgenoten (Villapinedo) tot aan een geavanceerd spel met biofeedback via sensoren om angstaandoeningen tegen te gaan (Mindlight). Deelnemers kunnen zelfstandig gebruik maken van digitale middelen of dit onder (digitale) begeleiding van professionals doen. Digitale technologie in de jeugdsector wordt ingezet voor jongeren, ouders, volwassenen en richt zich op een breed terrein van problemen en aandoeningen. Tot slot is het enerzijds mogelijk om geheel anoniem in de eigen privé-omgeving online hulp te volgen of anderzijds om digitale tools als aanvulling te gebruiken als je formeel ingeschreven staat bij een zorginstelling.

Op dit moment signaleren multimedia deskundigen een trend van samenvoeging van verschillende ICT-toepassingen tot één geheel (Congres “Aftrap van de week van de sociale technologie”: Aslander, 2014). Het is de verwachting dat deze trend ook bij digitale technologie in de jeugdsector gaat plaatsvinden. We zien deze beweging nu al ontstaan. Er zijn reeds verschillende websites die digitale zorg aanbieden aan meerdere doelgroepen of personen met een bepaald soort aandoeningen. Ook bevatten de meeste websites vaker informatie in de vorm van een film of spel. De bestaande websites worden frequent aangevuld met een app. Verder is er een tendens om digitale toepassingen zo mogelijk te verbinden met fysieke ondersteuning, zoals door “Blended hulp”(Duinstra, 2013).

Ondanks de nieuwe ontwikkelingen lijken de hierboven door ons genoemde overzichten nog steeds vast te houden aan traditionele categorieën zoals: doel van de interventie (hulpvorm), doelgroep en aandoening (of thema). Als we goed in het vizier willen krijgen welke aandachtspunten van belang zijn bij het toepassen van digitale technologie in de jeugdsector dan moeten we de digitale toepassingen op een specifiek niveau beschrijven en indelen. Effectieve verspreiding van digitale technologie is pas mogelijk als we zichtbaar maken welke hulp er mee wordt aangeboden, wat er bekend is over de wijze van aanbieden en wat specifieke kenmerken zijn.

In navolging van het eerder opgestelde indelingskader van Schalken et.al. (2012) en op basis van een Quick scan van het bestaande aanbod introduceren we hierbij dan ook een nieuwe set aan categorieën om digitale technologie in de jeugdsector te ordenen.

Het gaat daarbij om de volgende categorieën:

- Doelgroep en aandoening (problematiek/thema)
- Mate van ondersteuning en begeleiding
- Mate van (ervaren) anonimiteit
- Hulpvorm(en)
- Aanbiedingsvorm(en)

- Kwaliteit

In de volgende paragrafen geven we een eerste schets van de verschillende categorieën en vormen. In hoofdstuk 3 lichten we de wetenschappelijke onderbouwing per hulp- en aanbiedingsvorm toe.

### **2.3.1. Doelgroep en aandoening (problematiek/thema)**

Veel toepassingen van digitale technologie in de jeugdsector worden ingedeeld naar doelgroep. Tegelijkertijd wordt het begrip doelgroep veelal opgerekt en aangevuld met een bepaalde aandoening of problematiek. Zo zijn er toepassingen voor jongeren met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS), voor jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) en voor Kinderen met Ouders die een Psychiatrisch Problematiek hebben (KOPP). Tevens bestaan er aparte toepassingen voor ouders op deze thema's. In deze rapportage pleiten we ervoor om een duidelijke scheiding aan te brengen in doelgroep en aandoening of problematiek. Daarnaast willen we de doelgroepen beperken tot het demografische onderscheid tussen jongeren en ouders (en volwassenen).

Aandoeningen en problematieken vormen daarmee de tweede categorie. Bijvoorbeeld via de wetenschappelijke erkende indeling als de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) of de breder geformuleerde Classificatiesysteem voor de Aard van Problematiek van Jeugd (CAP-J).

Wij gaan hier om te beginnen dus uit van een onderscheid in twee categorieën:

- (Demografische) Doelgroepen:
  - Jongeren (0-23 jaar)
  - Ouders (met kinderen in de leeftijd van 0-23 jaar)
- Aandoening/problematiek/thema

### **2.3.2. Mate van ondersteuning en begeleiding**

Digitale toepassingen lenen zich goed voor vormen van zelfhulp waarbij het gaat om beperkte begeleiding. Ritterband, Thorndike, Cox, Kovatchev & Gonder-Frederick (2009) geven aan dat de mate van ondersteuning door een hulpverlener bij online hulp kan variëren van geen betrokkenheid, zoals bij zelfhulp, via minimale betrokkenheid tot een betrokkenheid die net zo groot is als bij reguliere therapie. De therapeut is in dat laatste geval namelijk vaak tegelijk met de cliënt online. Daarnaast kunnen online interventies zowel individueel als groepsmatig zijn (Spek et.al., 2007).

Daarmee formuleren wij de mate van begeleiding als een derde categorie:

- Zelfhulp (Geen begeleiding);
- Minimale begeleiding (eenmalige of ad hoc ondersteuning);
- Individuele begeleiding (gestructureerde begeleiding of online therapie);
- Groepsbegeleiding.

### **2.3.3. Mate van (ervaren) anonimiteit**

Uit de ontwikkeling van de eerste vormen van digitale technologie in de jeugdsector bleek dat anonimiteit een belangrijk aspect is. Technisch gesproken zijn er drie varianten van anonimiteit.



De eerste variant is dat deelnemers geheel anoniem deelnemen aan een digitaal hulpaanbod. Zij zijn hooguit met een zogenaamde “nickname” bekend bij de hulpverlener/hulpverlenende instantie.

Bij de tweede variant zijn de deelnemers wel bekend via een mailadres en zorgverzekeringsgegevens, maar is er geen direct fysiek contact met de hulpverlener/hulpverlenende instantie. Deelnemers zijn daarmee niet echt anoniem, maar ervaren wel een belangrijke mate van anonimiteit.

Bij de derde variant zijn de deelnemers niet anoniem. Zij onderhouden contact met hun hulpverlener via digitale middelen, maar hebben ook fysieke afspraken<sup>3</sup>.

We benoemen de mate van anonimiteit tot een vierde categorie voor onze indeling:

- Volledig anoniem
- Ervaren anoniem
- Niet anoniem

#### **2.3.4. Hulpvormen**

Via digitale technologie wordt grotendeels dezelfde soort hulp aangeboden als in traditionele hulpverlening:

- Informatie of voorlichting (advies)
- Probleemanalyse en monitoring (diagnostiek, zelftests, monitoring)
- Ondersteuning en begeleiding (contact, tips en reminders)
- Therapie en training (gedragsverandering)
- Versterken van het professionele en informele netwerk (zorgplatforms, lotgenotencontact)

Hier lichten we deze hulpvormen nogmaals toe en geven voorbeelden vanuit de nieuwe digitale context. Dit ter illustratie en aan de hand van willekeurig gekozen voorbeelden uit het bekende aanbod. Elk voorbeeld is voorzien van een link naar de homepage van het betreffende initiatief.

##### *Informatie of voorlichting*

De lichtste vorm van online ondersteuning is vrijblijvende informatie of voorlichting bieden over een probleem waar jongeren of ouders mee zitten. Dit kan via een website die jongeren of hun ouders zelfstandig kunnen bekijken. Het kan ook voorlichting betreffen die door een organisatie of hulpverlener via digitale communicatie wordt aangeboden.

Een website geeft bijvoorbeeld een beschrijving van het probleem met achtergronden, symptomen en gegevens over hoe vaak het voorkomt. Een chatbot (een soort geautomatiseerde gesprekspartner) of filmpjes kunnen onderdeel hiervan zijn. Daarnaast wordt verwezen naar aanvullende informatie en bestaand hulpaanbod (al dan niet digitaal).

Advisering via een online consult valt ook onder deze categorie. Bij een online consult wordt (vaak eenmalig en bij anonieme vormen van hulp) een informatievraag gesteld aan een hulpverlener.

---

<sup>3</sup> Dit is een vorm van “blended hulp”.

Deelnemers vragen om informatie over een bepaalde aandoening of situatie en ontvangen voorlichting van de hulpverlener.

Het bieden van voorlichting via sociale media valt ook onder deze hulpvorm.

Voorbeelden van informatie of voorlichtingstoepassingen zijn:

- [Pestweb](#)
- CJK-sites: bv. [Loes.nl](#)
- [@JongFlorence \(algemeen opvoedadvies via Twitter\)](#)

### *Probleemanalyse en monitoring*

In veel gevallen begint hulpverlening met het vaststellen van de problematiek of aandoening. Binnen de traditionele hulpverlening worden hiervoor gestandaardiseerde vragenlijsten ingezet. Met de komst van digitale technologie zijn veel van deze vragenlijsten gedigitaliseerd. Op verschillende hulpsites start de hulpverlening op grond van de resultaten van een vragenlijst of test, veelal aangevuld met een (digitaal) interview met de behandelaar. Tijdens de behandeling komen de vragenlijsten op verschillende momenten terug om het verloop van de problematiek of aandoening te monitoren.

Vragenlijsten zijn niet voor iedereen even aantrekkelijk om mee te werken. Met name voor kinderen is een vragenlijst vaak saai en lastig. Om de probleemanalyse laagdrempeliger te maken is het dan ook mogelijk de vragenlijst in spelvorm aan te bieden. In sommige gevallen bestaan digitale vragenlijsten uit een geautomatiseerde zelftest, zoals een scorelijst of simulatiespel. Ook kunnen deelnemers zichzelf 'screenen' of diagnosticeren. De interpretatie van de resultaten is echter slechts indicatief en daarom wordt deelnemers aangeraden om aanvullend onderzoek bij een zorginstelling te laten doen.

Met de komst van mobiel internet is het voor deelnemers goed mogelijk om hun eigen mentale gezondheid te monitoren via de mobiele telefoon. Door middel van zogenaamde "mood-apps" kunnen zij hun stemming of stressniveau doorgeven. Als deze apps aan een behandelprogramma van een zorginstelling verbonden zijn dan kunnen de gegevens ook worden gebruikt voor de verbetering van de beeldvorming van de problematiek.

Naar verwachting is het in de nabije toekomst mogelijk om eveneens (bio-)sensoren te gaan gebruiken voor probleemanalyse en monitoring (bijvoorbeeld als een vorm van neuro-feedback). Momenteel is de inzet van digitale vragenlijsten nog het meest gebruikelijk. De ontwikkelingen rondom de toepassing van spellen, het digitaal betrekken van het sociale netwerk en nieuwe mobiele middelen neemt echter snel toe.

Voorbeelden van probleemanalyse en monitor toepassingen zijn:

- [Sociaalopstap](#)
- [Watwilijmetwiet](#)
- [Gripopedip app](#)

### *Ondersteuning en begeleiding*

We spreken in dit rapport van ondersteuning als deelnemers meerdere keren een beroep doen op hulpverlening. In vergelijking met het bieden van informatie en voorlichting gaat het in deze situatie juist om een meer permanente uitwisseling van vragen en advies.

Deelnemers kunnen voor een langere periode terugvallen op ondersteuning en begeleiding van een hulpverlener of een zelfhulptoepassing.

Jongeren worden in aanvulling op de traditionele werkwijzen –van bijvoorbeeld het jongerenwerk of de jeugdreclassering- nu ook digitaal begeleid bij hun problematiek. Deze begeleiding is in principe 24-uur per dag beschikbaar. Jongeren kunnen daardoor buiten afspraken om ook vragen stellen aan hun begeleiders, bijvoorbeeld 's nachts. In veel gevallen hanteren begeleiders de reguliere kantooruren voor het beantwoorden van deze vragen, maar op die manier neemt het aantal contactmomenten tussen jongere en begeleider wel toe. De toegenomen contactmomenten dragen bij aan het onderlinge vertrouwen en continuïteit van de ondersteuning.

Afhankelijk van mate van anonimiteit is het ook mogelijk om bij deze ondersteuning chatapplicaties en instant messenger systemen te gebruiken. Zelfs met deelnemers van een anonieme hulpsite kan een hulpverleningsrelatie worden opgebouwd. Het gebruik van schuilnamen ('nicknames') of virtuele karakters ('avatars') is een middel om het contact op verschillende momenten op te zoeken en hulpvragers online te herkennen (Schalken et.al., 2015).

De komst van mobiele apps leidt tevens tot een toename van ondersteuning zonder (direct) contact met een hulpverlener. De gebruikte apps geven dan gepersonaliseerde informatie, tips en adviezen weer. Daarnaast bestaat via de app de optie om gerichte reminders (zoals voor inname van medicijnen) aan te bieden. Bij deze toepassing fungeren hulpverleners meer als achterwacht. Zij zijn voor deelnemers uiteraard wel bereikbaar voor specifieke vragen en coaching.

Voorbeelden van ondersteuningstoepassingen zijn:

- [Klik voor hulp](#)
- [OV coach](#)

### *Therapie en training*

Vanaf de beginfase van digitale technologie in de jeugdsector zijn bestaande therapeutische technieken en theorieën in online therapieën verwerkt. Vooral cognitieve gedragstherapie en op sociale leertheorie gebaseerde therapieën zijn op grote schaal gedigitaliseerd.

Het merendeel van het huidige aanbod van deze therapieën vindt uiting via chat of mailcontact en door het aanbieden van zelfstudie-opdrachten en trainingen. Naast therapieën zijn er ook verschillende sociale trainingen gedigitaliseerd, bijvoorbeeld voor het leren omgaan met pesten. Deze online therapieën en zelfstudie-opdrachten nemen door de komst van Serious Games, gamification en zorgapps nu steeds vaker de vorm aan van een volledig geautomatiseerde zelfhulptraining.

Voorbeelden van digitale therapieën en trainingen zijn:

- [Kopopouders](#) (ouders met psychische problemen)
- [Kopstoring](#) (jongeren van ouders met psychische problemen)
- [Gripopjedip](#)
- [99 gram](#)

### *Versterken van het netwerk*

Het versterken van het sociale netwerk van deelnemers is -in navolging van de traditionele hulpverlening- ook één van de doelstellingen bij digitale technologie in de jeugdsector. De oudste vorm van digitale versterking van het netwerk is het tot stand brengen van lotgenotencontact. De deelnemers aan lotgenotensites delen via openbare fora, chatrooms, een klaagmuur of een prikbord ervaringen met anderen en kunnen discussiëren. Zij krijgen informatie en steun van personen die hetzelfde hebben meegemaakt, waardoor de hulp vaak makkelijker wordt geaccepteerd. Ook de herkenning dat anderen last hebben van dezelfde problematiek ervaren velen als een eerste geruststelling. Bij professionele hulpverleningssites kijkt vaak een hulpverlener mee als moderator van openbare fora en chatrooms.

Een ander vorm van digitale versterking van het netwerk richt zich meer op het sociale netwerk van deelnemers. Via digitale platforms worden deelnemers in de gelegenheid gesteld om relevante personen in hun netwerk te betrekken bij hun zorgproces. Het idee achter deze zorgplatforms is dat de regie van de zorg bij de deelnemer ligt en dat alle relevante informatie op een plek verzameld wordt. Vooral de mogelijkheid tot het verbinden van relevante personen in het professionele én sociale netwerk rondom de deelnemer lijkt de grote kracht van deze netwerken.

Voorbeelden van versterking van het netwerk zijn:

- [Villapinedo](#) (lotgenoten)
- [Oudersonline](#) (lotgenoten)
- [Blogboek](#) (zorgplatform)
- [Quli](#) (zorgplatform)
- [Psynet](#) (zorgplatform)
- [Jouwomgeving](#) (zorgplatform)

### **2.3.5. Aanbiedingsvormen**

Wat digitale technologie in de jeugdsector onderscheidt van traditionele hulpverlening is uiteraard de manier waarop de hulp wordt aangeboden. De noodzaak tot fysieke afspraken en bijeenkomsten staat niet meer voorop omdat het inzetten van digitale toepassingen mogelijke hulpvormen biedt. De fysieke bijeenkomsten zijn gedeeltelijk of geheel vervangbaar door gesprekken via mail, chat of messaging systemen. Afspraken, opdrachten en dossier- en netwerkoeverleggen kunnen binnen een digitaal zorgplatform geregeld worden. Zelfstudieopdrachten worden waar mogelijk vormgegeven als Serious Games. Het monitoren van het verloop van de zorgverlening kan via digitale vragenlijsten, digitale dagboeken, stemmingsgrafieken of -op termijn- door gebruik te maken van biofeedback en sensorinformatie. Al deze verschillende aanbiedingsvormen hebben eigen kenmerken en aandachtspunten.

Hieronder zetten we verschillende aanbiedingsvormen binnen digitale technologie in de jeugdsector op een rij en geven enkele voorbeelden ter aanvulling. Een aantal aanbiedingsvormen wordt primair op een bepaalde wijze aangeboden. Hierdoor ontstaat in dit overzicht enige overlap met eerder in dit rapport genoemde hulpverleningsvormen.

- Webhulp
- Mail, chatapplicaties en instant messages
- Blended hulpverlening

- Zorgplatform
- Sociale media
- Apps
- Serious games/ gamefication
- Sensoren
- Big data
- Domotica
- Robotica

### *Webhulp*

Hulpwebsites zijn het beste te beschouwen als de basis van veel digitale toepassingen. Via een website maken aanbieders van digitale technologie in de jeugdsector duidelijk welke zorginstelling de toepassing heeft ontwikkeld, welk overig (online en offline) aanbod voorhanden is en welke achtergrondinformatie relevant is.

Er zijn legio voorbeelden van hulpwebsites; praktisch elke digitale toepassing heeft een algemene website met nadere toelichting.

### *Mail, chatapplicaties en instant messages*

Als we het hebben over digitale technologie in de jeugdsector wordt digitale communicatie niet altijd als afzonderlijk onderdeel genoemd. Het wordt vaak als iets vanzelfsprekends gezien en soms ook als datgene wat digitale technologie in de jeugdsector is.

Binnen de jeugdsector hoort mailen met cliënten tot een van de standaard communicatiemiddelen. Professionals maken via e-mail –in plaats van telefonisch- afspraken, sturen samenvattingen op en reageren op vragen. Het gebruik van e-mail gaat in veel gevallen samen met fysieke bijeenkomsten. Het bieden van hulp via mailcontact is steeds meer gangbaar (Nieuwboer, Fukink & Hermanns, 2014). Dit vereist wel andere vaardigheden dan alleen het herinneren aan de volgende afspraak (Schalken et.al., 2015).

Naast e-mail hulpverlening bestaat digitale communicatie primair uit chatten. In de jeugdsector bestaan verschillende manieren van inzetten van chatapplicaties/instant message systemen. De bekendste vorm betreft een chatapplicatie die verbonden is aan een vrij toegankelijke helpsite of een specifiek digitale omgeving van een zorginstelling. Bij dit soort toepassingen wordt sterk gekeken naar het waarborgen van de privacy van de deelnemer. Deze toepassingen zijn daarom meestal binnen een beveiligde omgeving van de aanbiedende zorginstelling vormgegeven.

Voorbeelden hiervan zijn:

- Kindertelefoon
- Chatmetfier

De komst van mobiel internet en instant message systemen als WhatsApp hebben er toe geleid dat met name professionals in het jongerenwerk en jeugdreclassering deze toepassing zijn gaan gebruiken. Het algemeen uitgangspunt voor deze professionals is vergroting van hun beschikbaarheid en meer aansluiting bij de belevingswereld en mogelijkheden van hun cliënten.

Gelijktijdig zijn er grote vraagtekens bij het gebruik van deze commerciële toepassingen met het oog op privacy en veiligheid van de gegevensuitwisseling. De gebruikte instant message systemen zijn open communicatievormen die mogelijk eenvoudig te hacken zijn. Daarnaast valt het gebruik buiten de Nederlandse wet- en regelgeving en is dus niet conform de wettelijke eisen rondom het vormgeven van zorg. Het bespreken van inhoudelijke zaken van hulpverlening via deze open kanalen is juridisch niet toegestaan. Het is wel mogelijk om op deze wijze eenvoudige berichten en afspraakbevestigingen te versturen. Op dit moment is het nog onduidelijk of hulpverleners weten hoe ze deze middelen het beste kunnen inzetten. Houden zij er bijvoorbeeld voldoende rekening mee dat vertrouwelijke zorginformatie niet via deze middelen met hun cliënten wordt gedeeld?

Vanuit deze zorgen wordt er op verschillende terreinen gewerkt aan de ontwikkeling van een beveiligd instant message systeem dat voldoet aan de Nederlandse ICT-wetgeving.

Een voorbeeld hiervan is:

- Kanta-messenger

De ontwikkeling hiervan staat echter nog aan het begin.

Communicatie via videobellen, zoals met Skype of Facetime, is in de jeugdsector tot op heden zeer beperkt. De reden hiervoor is onbekend. De noodzaak voor een stabiele internetverbinding kan een belangrijke drempel zijn voor instellingen. Het is echter ook mogelijk dat deelnemers hier minder de voorkeur aan geven.

### *Blended hulp - gemengd aanbod*

De laatste jaren gaat meer aandacht uit naar het integreren van online hulpvormen met de Face to Face hulpverlening. Deze combinatie van twee vormen van hulp, fysiek en digitaal, wordt 'Blended' (gemixte) hulpverlening genoemd. De insteek van Blended hulp is dat het beste uit de twee vormen van aanbod verbonden wordt waardoor deelnemers continue de meest geschikte vorm van ondersteuning kunnen krijgen. Vanuit Face to Face hulpverlening hebben deelnemers fysiek contact met hun hulpverlener en dat draagt bij aan de hulpverleningsalliantie en behandeltrouw. Ook biedt dit voor hulpverleners de mogelijkheid om non-verbale signalen op te vangen en dieper op bepaalde onderwerpen in te gaan. Via digitaal contact lijkt een verdieping van de behandelrelatie ook mogelijk. Buiten de fysieke afspraken leiden digitale reminders en berichtenuitwisseling via chat tot meer "contactmomenten" en continuïteit van de begeleiding. Zo is er ruimte om zaken te bespreken die, door tijdsgebrek of omstandigheden, niet tijdens de fysieke bijeenkomsten aan bod zijn gekomen. De behandelaar ondersteunt de deelnemer door "ad hoc" tips te geven of door een reminder met de eerder besproken stappen te sturen.

Uitgangspunt van Blended hulp is dat een deel van de digitale toepassingen een nieuwe aanvulling is op de bestaande Face to Face hulpverlening. Daarnaast zullen sommige digitale toepassingen de bestaande onderdelen van hulpverlening gaan vervangen. Welke onderdelen dit precies zijn is vooralsnog niet helemaal duidelijk.

Voorbeelden van Blended hulp zijn:

- Mijnkwadraad
- Mycardea

## *Digitaal Zorgplatform<sup>4</sup>*

In veel gevallen hebben mensen met een bepaalde problematiek of aandoening te maken met meer dan één hulpverlener of zorgaanbod. Het houden van overzicht en coördinatie op zorg is dan vaak lastig. Met behulp van digitale zorgplatforms kunnen deelnemers hun zorgnetwerk op één plek organiseren. De deelnemers kunnen hun eigen hulpverleners en relevante personen uit hun sociale netwerk via het zorgplatform uitnodigen om zo gemakkelijker te communiceren en het zorgproces vorm te geven. Beroepskrachten kunnen met behulp van een digitaal zorgplatform de hulpverlening ook beter op elkaar afstemmen. De digitale zorgplatforms bevatten doorgaans een online dossier en bieden een bibliotheek van tekstuele informatie en digitale (zelf)hulptools.

Voorbeelden van digitale zorgplatforms zijn:

- [Quli](#)
- [Psynet](#)
- [Jouwomgeving](#)

## *Sociale media*

De toegenomen populariteit en bruikbaarheid van sociale media, in het bijzonder Facebook en Twitter, hebben ervoor gezorgd dat deze media ook in het veld van de hulpverlening en ondersteuning zijn doorgedrongen. Sociale media worden op dit moment hoofdzakelijk ingezet voor het creëren van bekendheid van een bepaald aanbod, het bereiken van nieuwe doelgroepen en het bieden van voorlichting aan brede groepen.

Sociale media bieden in principe de technische mogelijkheden voor intensieve vormen van online hulp. Voor zorg verlenende instanties betekent dit een aanzienlijke besparing in ontwikkelingskosten. Tegelijkertijd brengt het publieke karakter van de sociale media echter grote risico's mee voor de privacy van cliënten. Het gebruik van sociale media bij intensieve hulpvormen moet dan ook eerst goed worden onderzocht.

Huidige initiatieven voor toepassing van sociale media kenmerken zich dan ook door het bieden van algemene voorlichting, het bieden van een laagdrempelige toegang of verwijzing naar de formele hulp.

Voorbeelden van de inzet van sociale media zijn:

- [@JongFlorence \(algemeen opvoedadvies via Twitter\)](#)
- [Parlan \(voorlichting over de jeugdsector via Facebook\)](#)

## *Zorgapps*

Mobiel internet en het gebruik van smartphones is in Nederland behoorlijk ingeburgerd. Belangrijke stimulans hierbij zijn de zogenaamde apps, een softwareprogramma dat direct bruikbaar is. De apps zijn relatief goedkoop te ontwikkelen en te gebruiken op de smartphone. Op het gebied van digitale technologie in de jeugdsector is mobiele hulp dus een logisch vervolg. Naast de mobiele component is het grootste verschil met een website dat de apps vaak eenvoudig van

---

<sup>4</sup> Staat soms ook bekend als digitaal zorgnetwerk.

opzet zijn en veel werken met het aanklikken van icoontjes (zoals Smileys) in plaats van het intypen van veel tekst. Dit gebruiksgemak maakt toegang laagdrempelig.

Voorbeelden van zorgapps zijn:

- [Coach2care](#)
- [Igrow](#)

### *Serious games/ gamefication*

Steeds meer hulpsites maken gebruik van spelelementen uit de game-industrie om het aanbod meer te laten aansluiten bij de doelgroep (jongeren). De informatie of voorlichting wordt op een speelse manier aangeboden zoals in een computerspel of game. In dit proces van “gamefication” wordt informatie via een interactief scenario aangeboden zoals een film of animatie waarbij de deelnemer enkele keuzes moet maken. Elke keuze leidt tot een ander einde van het scenario. De deelnemer krijgt uitleg over de gevolgen van de keuze met aanvullende informatie over het specifieke thema.

Serious Games gaan verder dan gamefication omdat het uitgebreide computergames zijn waarbij ook expliciet aandacht is voor de interactieve leerprocessen van gaming zélf. De deelnemers doorlopen spelenderwijs een interventie op basis van de kennis uit game-onderzoek. Het gaat hierbij om het vinden van een geschikte combinatie tussen het expliciet zichtbare game-doel (het spel winnen) en de impliciete behandeldoelen van de interventie. Anders dan bij gamefication gaat het dus niet enkel om het speels aanbieden van de interventie, waarbij de doelstelling al op voorhand duidelijk is. De opzet van Serious Games is om gedragsdeskundige veranderprocessen te combineren met de belonings- en leerprocessen die plaatsvinden tijdens het spelen van games. Om de deelnemer te stimuleren en motiveren om zichzelf te trainen worden bevindingen uit de commerciële game-industrie toegepast.

Serious Games zijn in twee hoofdvormen te onderscheiden: beeldschermgames en games met de inzet van fysieke middelen. De laatste vorm maakt bijvoorbeeld gebruik van cameraregistratie, zoals bij de Kinect of de Wii. Serious Games kennen hun oorsprong in de medische hulpverlening en ouderenzorg. De huidige ontwikkeling van Serious Games zet ook door in de richting van mentale gezondheid en leefstijlverandering.

Voorbeelden van toepassingen van gamefication en Serious Game zijn:

- [Canyoufixit](#) (gamefication)
- [Mindlight](#) (Serious Game)
- [Braingame Brian](#) (Serious Game)

### *Sensoren*

Via een (bio)sensor is het mogelijk om continue activiteiten en lichaamsfuncties te meten. Het idee daarbij is dat mensen zelf beter zicht krijgen op het verloop van hun gezondheid en dat ze op basis van herkenning van patronen in hun activiteiten aanpassingen kunnen doen. Ook biedt de (bio)sensor mogelijkheden voor het afgeven van alarmsignalen, bijvoorbeeld bij te hoge stress. Indien nodig kan dit soort signalen worden gedeeld met anderen waardoor zij hulp kunnen bieden.

Met behulp van de techniek die in mobiele telefonie zit verpakt, zoals de camera, gps en gyroscoop, zijn de mogelijkheden om activiteiten en lichaamsfuncties te registreren steeds goedkoper geworden. Het is nu mogelijk om met de juiste software (app) zicht te krijgen op de hartslag of



mate van beweging. Ook zijn veel medische sensoren goedkoper en kleiner geworden waardoor ze zich gemakkelijker lenen voor een bredere inzet in hulpverlening. Zo zijn er mobiele sensoren op de markt die hartslag, ademhaling en zelfs hersengolven meten. Daarmee kunnen bijvoorbeeld slaapritmes in kaart worden gebracht of stressniveaus worden bijgehouden.

Een voorbeeld van sensortoepassing is:

- Bodyguard

## **Toekomstige ontwikkelingen**

### *Big data analyse*

Door de technologische ontwikkelingen is de huidige digitale capaciteit voor het opslaan van gegevens zo groot, dat veel meer kenmerken van personen of situaties veel eenvoudiger opgeslagen en geanalyseerd kunnen worden dan voorheen. Tevens blijken mensen tijdens het gebruik van digitale middelen steeds meer gegevens achter te laten op internet. De combinatie van deze ontwikkelingen heeft geleid tot de Big data gedachte (Mayer-Schönberger & Cukier, 2013, Pentland, A., 2014). Het uitgangspunt is dat door het koppelen van alle losse digitale gegevens die gebruikers via online media achterlaten zeer grote datasets zijn op te stellen. Door het opsporen van correlaties is het mogelijk om patronen te herkennen in het (online) gedrag van mensen en om op basis daarvan voorspellingen te maken. Bekende voorbeelden van deze vorm van analyse zijn te vinden bij online warenhuizen (bv. Amazon of Bol.com) en sociale media sites (bv. Facebook). Deze bedrijven gebruiken Big Data-analyse om aan de hand van de gegevens van hun bezoekers gedrag te voorspellen en gerichtere advertenties aan te bieden (bv. “Anderen kochten ook ...”).

De vorming van zeer grote datasets vindt inmiddels ook plaats in de jeugdsector. Zo wordt in het kader van het monitoren van de voortgang veel gebruik gemaakt van de zogenaamde Routine outcome monitoring (ROM) vragenlijsten. De gegevens hieruit kunnen –theoretisch- gekoppeld worden aan andere relevante datasets om Big data te genereren.

Volgens het rapport Zelfredzaamheid en ICT van Dialogic Innovation (2014) is het beter op elkaar kunnen afstemmen van vraag en aanbod de grootste potentie van Big Data in het zorgdomein. Enerzijds op beleidsniveau door het identificeren van patronen binnen wijken, steden enz. Anderzijds door profielen te maken van individuen. Deze profielen zijn daarbij mogelijk direct inzetbaar in de hulpverlening voor het signaleren van aandoeningen of problemen. De individuele profielen kunnen ook worden gebruikt voor het aanbieden van gepersonaliseerde diensten (bijvoorbeeld matchmaking onder lotgenoten) en/of het plegen van gerichte interventies (bijvoorbeeld in het geval van huiselijk geweld).

Zorginstellingen beschikken over grote aantallen en soorten cliëntgegevens die door toepassing van Big Data technieken mogelijk geschikt zijn om de hulpverlening te verbeteren. Belangrijke vraagstukken hierbij zijn privacy en het gebruik van gegevens enerzijds en ethische overwegingen ten aanzien van profilering van personen anderzijds.

### *Domotica*

Domotica is primair verbonden aan de ouderenzorg en vooral gericht op het beschrijven van de inzet van fysieke technische hulpmiddelen. Het gaat dus om hulpmiddelen die tastbaar zijn in de fysieke omgeving. Binnen de jeugdsector is de inzet van fysieke technische middelen vooralsnog beperkt en zijn er geen concrete toepassingen van domotica bekend. Het gebruik van fysieke technische toepassingen in psychosociale zorg wordt – met name vanuit de inzet van Serious Games en sensoren- echter wel steeds vaker in overweging genomen (Congres Games for Health, 2014).

## *Robotica*

Het inzetten van robots lijkt geen directe optie voor toepassing binnen de jeugdsector. In dit werkveld gaat het immers om het menselijke gedrag en emoties. Toch kunnen robots, vergelijkbaar met Serious Games, wél actief worden ingezet als middel om gedrag en emoties te bespreken. Vanuit dit perspectief zijn recentelijk op het congres Games for Health (2014) twee robots gepresenteerd die een bijdrage kunnen leveren aan het welzijn en aan de psychische ontwikkeling van jongeren. Bijvoorbeeld omdat deelnemers met een psychische aandoening zoals autisme het makkelijker vinden om te reageren op de neutrale robot (Zora) dan op een mens. Ook bieden robots mogelijkheden om bestaande therapieën op een andere wijze vorm te geven, zoals bijvoorbeeld dierentherapie (Paro).

Voorbeelden van psychosociale vormen van robotica zijn:

- Zora
- Paro
- Alice

### **2.3.6. Kwaliteit**

Kwaliteit van de jeugdsector is veelal gebaseerd op de vraag of de ondersteuning van jongeren en ouders ook daadwerkelijk effectief is. De effectiviteit dient aantoonbaar bewezen (evidence based) te zijn en is bij voorkeur onderbouwd met wetenschappelijk onderzoek (science based evidence). Om de verspreiding van effectief bewezen interventies te stimuleren zijn verschillende trajecten opgezet, zoals de eerder genoemde databanken Interventiedatabank Gezond en Actief Leven en de Databank Effectieve Jeugdinterventies. In deze trajecten staat de methodische effectiviteit van interventies centraal. De interventies worden veelal via Face to Face contact met hulpverleners uitgevoerd en daardoor is de wijze van aanbieden aan de deelnemer minder relevant. Uitgangspunt is dat professionals ruimte hebben om de interventies zo aan te bieden dat ze goed aansluiten bij de individuele context van de deelnemer.

Bij digitale toepassingen van zorg is, naast de methodische effectiviteit, de wijze van aanbieden van groter belang. Via digitale middelen is er minder Face to Face contact en zijn toepassingen meer afhankelijk van de eigen inzet van de deelnemer. Verminderde inzet of zelfs uitval van deelnemers is daarmee een reëel risico. Om dit te ondervangen is het raadzaam dat ontwikkelaars van digitale vormen van ondersteuning meer aandacht besteden aan de wijze van aanbieden van de toepassing of digitale interventie (zie paragraaf 3.3).

De wijze van aanbieden heeft een grote invloed op het daadwerkelijk gebruik. Onderzoek naar het aanbieden van digitale toepassingen wordt in de software-industrie veelal beschreven met de term 'usability': het gebruikersgemak of gebruiksvriendelijkheid van de toepassing.

Uit het bovenstaande blijkt dat de kwaliteit van digitale technologie in de jeugdsector het beste kan worden vastgesteld door zowel onderzoek te doen naar de methodische effectiviteit als naar de usability (gebruikersgemak) van het digitale aanbod.

Kwaliteit:

- Effectiviteit
- Usability (gebruikersgemak)

## **2.3. Discussie**

### *Digitale transformatie*

Al vanaf het begin van de inzet digitale toepassingen hebben veel instellingen gewerkt aan een zo volledig mogelijk hulpaanbod. Veel websites zijn enkel met het aanbieden van algemene informatie over een bepaalde aandoening gestart en hebben dit geleidelijk aangevuld met begeleiding, zelfhulpmodules en therapieën. Met de komst van digitale zorgplatforms worden ook het digitale dossier en het sociale en professionele netwerk hierbij toegevoegd. Blended hulp, zorgapps, Serious Games, sensoren en Big data-analyses complementeren dit verder.

Op dit moment voltrekken al deze ontwikkelingen zich nog veelal naast elkaar. De tendens naar koppeling van digitale gegevens, informatie, middelen en aanbod wordt echter steeds sterker. Over een aantal jaren is het waarschijnlijk mogelijk om de verschillende ontwikkelingen met elkaar te combineren. Instellingen beschikken dan over een breed aanbod van diverse soorten hulp en aanbiedingsvormen waardoor deelnemers op maat worden ondersteund.

In het kader van de transitie worden veel instellingen door lokale overheden en zorgverzekeraars actief gestimuleerd om digitale technologie in hun aanbod onder te brengen. In principe wordt daarmee een positieve impuls gegeven voor een bredere uitrol van digitale technologie in de jeugdsector. Gelijkzeitig brengt dit ook het risico met zich mee dat instellingen digitale technologie gaan toepassen zonder dat ze duidelijk weten wat dit betekent voor hun bedrijfsvoering of de wijze van hulpverlening.

Deze digitale transformatie levert namelijk ook nieuwe vraagstukken op zoals: wanneer is welke techniek toe te passen, wat betekent dit voor de organisatie van zorg, wat betekent dit voor de competenties van professionals en hoe gaan we om met privacy en ethische vraagstukken?

### *Digitale transitie*

Een toenemend aantal instellingen in de jeugdsector ziet een potentiële meerwaarde in het inzetten van digitale hulpmiddelen. De discussie over hoe de zorg (voor jeugd) ingericht dient te worden is daarbij sterk van invloed. De huidige transitie van verschillende zorgterreinen naar het een regionaal niveau wordt in veel gevallen als het juiste moment aangegrepen om ook de zorg inhoudelijk te transformeren. De verspreiding van digitale technologie in de jeugdsector lijkt een van de mogelijkheden daartoe. Technologische ontwikkelingen bieden het perspectief om zorg beter te organiseren, cliënten meer regie over hun zorgproces te geven en om multidisciplinaire samenwerking tot stand te brengen.

Zowel in de jeugd-ggz als in het jeugd-welzijn zijn vanuit verschillende invalshoeken mooie initiatieven opgezet in het kader van digitale technologie in de jeugdsector. De digitale technologie kan wellicht als katalysator fungeren om beide werkvelden nader bij elkaar te brengen.

Verschiedende organisaties kiezen er voor om meer diverse digitale hulpvormen en aanbiedingsvormen in elkaar te laten samenvloeien. Nieuwe samenwerkingsverbanden en coöperaties worden opgericht om de kosten te delen en initiatieven meer te stroomlijnen.

De ontwikkelingen rondom digitale zorgplatforms sluiten sterk aan bij de opzet van de huidige transities om interdisciplinaire samenwerking te organiseren en om zelfregie bij deelnemers te bevorderen. Disciplines die nu nog grotendeels verbonden zijn aan de indeling van jeugdzorg, jeugd-ggz of jeugd welzijn kunnen vanuit de deelnemer met elkaar gaan verbinden via een dergelijk zorgplatform.

### *Zicht op de kwaliteit*

Zoals aangegeven groeit het aanbod van digitale technologie in de jeugdsector sterk. Ondertussen lijken instituties voor borging van effectief aanbod en kennisverspreiding (zoals Loket Gezond Leven en het Nederlands Jeugdinstituut) voorlopig echter niet veel aandacht te besteden aan de digitale toepassingen. De verhouding tussen het digitale aanbod in de praktijk en het aantal opgenomen digitale toepassingen in de bestaande databanken ligt ver uit elkaar (zie paragraaf 2.2). Het risico is groot dat de bestaande erkenningsprocedures de aansluiting met de praktijk dreigen te gaan missen. Instellingen en professionals zijn daardoor onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden van digitale technologie.

Gezien de snelle opmars van digitale technologie in de jeugdsector is bevelen wij aan om de bestaande kwaliteitscriteria -en met name de procedure rondom de erkenning van interventies- te herzien. Het ontbreekt de erkenningscommissies nu nog aan actuele en relevante inzichten zoals het belang van usability (het gebruikersgemak) van een digitale interventie naast de methodische effectiviteit. Tevens bestaat het vermoeden dat de huidige indeling die de databanken hanteren onvoldoende aansluit bij de hulp- en aanbiedingsvormen van digitale technologie. Digitale toepassingen zorgen er niet alleen voor dat bestaande vormen van hulp veranderen, maar ook dat tot nu toe nog onbekende, nieuwe aanbiedingsvormen ontstaan.

Om aansluiting te blijven houden met de ontwikkelingen in de praktijk is het wenselijk dat het Loket Gezond Leven, het Nederlands Jeugdinstituut en het Trimbos Instituut de bestaande overzichten van jeugdinterventies beter met elkaar verbinden en structureel aanvullen met de digitale toepassingen in de jeugdsector. Samenwerking met de Digitale Zorggids van de NPCF en de initiatieven van het Expertisecentrum Fontys en het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie is volgens ons daarbij aan te bevelen.

Met de opkomst van digitale zorgplatformen, is het de vraag welke rol zij gaan innemen in het waarborgen van het digitale hulpaanbod. Zoals aangegeven bevatten deze platformen vaak een bibliotheek van informatie over behandelingen en aandoeningen én een digitale marktplaats van hulpmiddelen en apps. Op dit moment ligt de verantwoordelijkheid voor de invulling en kwaliteitswaarborging van deze bibliotheken primair bij individuele organisaties en professionals. Nader onderzoek naar deze vorm van kwaliteitswaarborging is zeer welkom. Het is tot dusverre onduidelijk welke criteria worden gebruikt, welke afwegingen hier bij komen kijken en in hoeverre er afstemming plaatsvindt tussen verschillende instellingen en professionals bij het plaatsen van een bepaalde tool op een gezamenlijk zorgplatform.

## **Hoofdstuk 3. Huidig onderzoek naar de effectiviteit van digitale technologie**

### **3.1. Inleiding**

Uit onderzoek naar digitale technologie in de jeugdsector zijn al verschillende werkzame factoren rondom de toepassing van digitale middelen bekend. Huidig onderzoek is primair gericht op specifieke interventies en op de behandeling van problemen. Het gaat vaak om onderzoek naar een specifieke online behandeling bij een bepaalde doelgroep.

Om zicht te krijgen op relevante werkzame factoren bij de verspreiding van digitale technologie in de jeugdsector verbinden we het onderzoek aan de eerder gepresenteerde indeling van hulpvormen en aanbiedingsvormen<sup>5</sup>:

- Doelgroep, aandoening (problematiek/thema)
- Mate van ondersteuning en begeleiding
- Mate van (ervaren) anonimiteit
- Hulpvorm(en)
- Aanbiedingsvorm(en)

### **3.2. Overzicht van kennis**

#### **3.2.1. Doelgroepen en aandoeningen**

Meta-studies naar de effectiviteit van digitale toepassingen laten zien dat digitale technologie in de jeugdsector breed wordt ingezet. Er zijn digitale toepassingen voor zowel verschillende mentale problemen (Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008) als voor specifieke onderwerpen zoals rookverslaving (Myung, McDonnell, Kazinets, Seo & Moskowitsz, 2009), angsten (Reger & Gahm, 2009; Spek et al., 2007; Van 't Hof, Cuijpers & Stein, 2009), depressie (Spek et al., 2007) traumatische stress (Amstadter, Broman-Fulks, Zinzow, Ruggiero & Cercone, 2009), alcoholgebruik (Bewick et al., 2008) en eetproblemen (Neve, Morgan, Jones & Collins, 2010; Newton & Ciliska, 2006).

Digitale technologie biedt de mogelijkheid om op grote schaal doelgroepen te bereiken die nog onvoldoende worden bereikt met reguliere hulpverlening (Riper et al., 2007). Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen die in afgelegen gebieden wonen, mensen die aan huis gebonden zijn door ziekte, of mensen met weinig vrije tijd. Voor hen kan een digitaal aanbod dat 24 uur per dag beschikbaar is, een uitkomst zijn (Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe, & Thorogood, 2006; Griffiths & Christensen, 2006; Ybarra & Eaton, 2005).

Naar verwachting gaat online hulpverlening in de toekomst ook een belangrijke rol spelen bij jongeren. De Haas en collega's (2009) geven aan dat internet bij uitstek geschikt lijkt voor hulp aan jongeren: ze zijn vaak online en ze blijken hun gevoelens en ervaringen gemakkelijker online te delen dan in Face to Face-gesprekken (Peter, Valkenburg & Schouten, 2006). Toch blijken digitale toepassingen niet voor iedereen geschikt te zijn. Grolleman, Mutsaers & Van 't Land (2008) geven aan dat online hulpverlening bijvoorbeeld afgeraden wordt bij cliënten met een ernstige stoornis, zoals een psychose en schizofrenie. Ditzelfde geldt voor situaties waarbij cliënten een gevaar voor

---

<sup>5</sup> Met uitzondering van de categorie kwaliteit. Kwaliteit wordt in belangrijke mate bepaald door effectiviteitsonderzoek en is daarmee een inherent onderdeel van dit hoofdstuk.

zichzelf of anderen kunnen zijn, bijvoorbeeld in geval van suïcideneigingen. De mogelijkheden van online hulp bij deze groepen wél onderzocht. Zo is bestaat bijvoorbeeld sinds enige tijd de website [113online](#) voor mensen die zelfmoord overwegen. Vanwege het anonieme karakter van deze website is het lastig om onderzoek te doen naar de effecten van deze site. Ook andere problemen, zoals overgewicht, zijn mogelijk wat minder geschikt voor online hulpverlening aangezien de effecten bij deze cliënten over het algemeen kleiner zijn (Barak et.al., 2008). Daarnaast geven Grolleman en collega's (2008) aan dat er een kleine groep mensen is die geen toegang heeft tot internet of die last heeft van techno-fobie (angst voor technologie). Cuijpers, Van Straten en Andersson (2008) benadrukken dat het ook belangrijk is rekening te houden met het feit dat niet alle cliënten het fijn vinden om te communiceren via de computer. Een belangrijke kanttekening bij deze bevindingen is dat het er op lijkt dat het internetgebruik toeneemt in alle segmenten van de populatie (Benight, Ruzek & Waldrep, 2008; Saperstein, Atkinson & Gold, 2007).

### **3.2.2. Mate van ondersteuning en begeleiding**

Verschillende toepassingen van digitale technologie in de jeugdsector zijn 24 uur per dag beschikbaar, onafhankelijk van plaats en tijd. Hierdoor kunnen deelnemers op elk gewenst moment en op elke plaats ondersteuning krijgen bij hun problematiek, in hun eigen tempo werken en het materiaal zo vaak bekijken als ze willen (Portnoy, Scott-Sheldon, Johnson, & Carey, 2008; Saperstein et.al., 2007; Schalken et.al., 2015; Spek et.al., 2007).

Met de opkomst van mobiele toepassingen wordt de flexibiliteit van digitale ondersteuning verder vergroot. Veel mensen hebben hun mobiele telefoon praktisch 24 uur per dag bij zich. Smartphones kunnen gebruikt worden voor preventieve zelfhulp interventies via mobiele apps (Riper et.al., 2013).

### **3.2.3. Mate van (ervaren) anonimiteit**

Het uitgangspunt om hulp aan te bieden waar anonieme deelname mogelijk is, vormt een belangrijke drijfveer achter de ontwikkeling van digitale technologie in de jeugdsector. Het idee hierbij is dat op deze manier hulpvragers bereikt worden met thema's of zaken waarbij schaamte of maatschappelijke afkeuring een rol spelen (Schalken et. al., 2012). Zo geven Cuijpers, Van Straten en Andersson (2008) aan dat een groot deel van de patiënten met psychische stoornissen niet bereikt wordt met traditionele behandelvormen vanwege het stigma dat aan deze stoornissen kleef, de vooroordelen over therapeuten of de onwilligheid om met een vreemde te praten over persoonlijke problemen (Bijl & Ravelli, 2000). Voor deze groep is de drempel van de reguliere hulpverlening te hoog (Ybarra & Eaton, 2005). De anonimiteit van online hulpverlening maakt het aanbod juist voor deze doelgroep aantrekkelijk. Grolleman en collega's (2008) geven aan dat jongeren met psychische problemen niet snel geneigd zijn om zélf hulp te zoeken bij GGZ-instellingen. De anonimiteit van het digitale aanbod kan het zoeken van hulp stimuleren.

De effectiviteit van volledig anonieme websites is met onderzoek lastig vast te stellen. Er is weinig tot geen terugkoppeling met de deelnemers mogelijk. Nikken (2007) noemt als voorbeeld dat een jongere alleen via gecontroleerde chat sessies zijn problemen kan oplossen, maar daarnaast ook informatie van een andere website kan gebruiken zonder dat de hulpverlener dat weet. Ook kan een cliënt een probleem individueel oplossen, bijvoorbeeld via de reacties van lotgenoten op een internetforum. Mede door deze factoren is de financiering van anonieme online hulp vaak lastig. Zo bleek eind 2013 dat het voor de populaire en effectief erkende website 'Hulpmix' niet mogelijk was om structurele financiering te realiseren met opheffing van deze site in 2014 als gevolg.

Naast volledige anonimiteit lijkt ook alleen het gevoel van anonimiteit via digitale communicatie al meer openheid tot stand te brengen. Deelnemers zijn kunnen bijvoorbeeld wel ingeschreven zijn bij

een zorginstelling, maar zij hebben enkel via een beeldscherm contact met hun behandelaar. Formeel zijn de deelnemers dus niet anoniem, maar zij blijken wel een vorm van anonimiteit te ervaren omdat er geen fysiek contact is. Ervaringsdeskundigen zeggen dat zij zich tijdens digitale communicatie meer open durven uit te spreken dan bij Face to Face contacten (Congres Online hulpverlening, 2011). Ook het promotieonderzoek van de Zanden (2014) naar de online hulptool Grip op je Dip suggereert dat via digitale communicatie veel informatie wordt gedeeld die wellicht bij een Face to Face contact minder snel zou worden opgemerkt.

Er zijn verschillende processtudies verschenen die laten zien dat therapieprocessen tijdens sessies van (deels) anonieme online hulp in veel gevallen gelijk zijn aan die van reguliere therapie. Cook en Doyle (2002) stelden bijvoorbeeld vast dat cliënten met e-mail of chat therapie de therapeutische alliantie gelijk en zelfs beter beoordeelden dan die van face-to-face therapie. Ook andere studies laten zien dat de therapeutische alliantie goed kan plaatsvinden onder de specifieke omstandigheden van internet (Knaevelsrud & Maercker, 2006).

### **3.2.4. Hulpvormen**

In navolging van hoofdstuk 2 delen we in deze paragraaf het onderzoek naar verschillende hulpvormen eveneens in naar de volgende soorten:

- Informatie of voorlichting (advies)
- Probleemanalyse en monitoring (diagnostiek, zelftests, monitoring)
- Ondersteuning en begeleiding (contact, tips en reminders)
- Therapie en training (gedragsverandering)
- Versterken van het formele en informele netwerk (zorgnetwerken, lotgenotencontact)

#### *Informatie of voorlichting*

Volgens onderzoekers kunnen informatiewebsites het beste gezien worden als een vorm van bibliotherapie (Carlbring, Furmark, Steczkó, Ekselius & Andersson, 2006). Daarbij maken de websites niet alleen kennis beschikbaar die eerder enkel in specifieke boeken te vinden was. Ze zijn als zodanig ook effectief omdat mensen er op elk moment op kunnen terugvallen (Freeman, Barker & Pistrang, 2008; Griffiths & Christensen, 2008).

Het is niet altijd duidelijk hoe betrouwbaar de aangeboden informatie is. Zeker als het gaat om statische, informatieve websites is vaak onduidelijk waar de informatie vandaan komt en of deze in overeenstemming is met wetenschappelijke inzichten. Nikken (2007) onderzocht Nederlandse hulpsites voor jongeren met psychische problemen en kwam tot de conclusie dat er zelden een onderbouwing wordt gegeven om de werking van de geboden hulp te verantwoorden. Meer recent stelden Nieuwboer, Fukkink en Hermans (2013) vast dat de kwaliteit van informatieve websites rondom opvoeden sterk uiteen loopt en dat de betreffende informatie lang niet altijd op wetenschappelijke onderbouwing is gestaafd. Wij zijn van mening dat een landelijke validatie voor informatieve websites kan helpen om de kwaliteit van dit soort websites inzichtelijk te maken voor bezoekers (Barak & Grohol, 2011). Het toetsen van de CJG-websites door de Stichting Opvoeden.nl of de toekenning van een label zoals de HON-code (Health on the Net Foundation's Code of Conduct) voor de VS of de ontwikkeling van een informatie-testtool als de DISCERN in het Verenigd Koninkrijk zijn recente goede voorbeelden van validatie.

### *Probleemanalyse en monitoring (diagnostiek, zelftests, monitoring)*

Onderzoek naar toepassingen rondom digitale probleemanalyse en monitoring is voornamelijk beperkt. Voor het vaststellen van een diagnose voor cliënten wordt binnen de GGZ meestal gebruik gemaakt van de gestandaardiseerde vragenlijsten. Deze lijsten zijn al veelvuldig gedigitaliseerd en ook aan het dossier van een zorginstelling verbonden. In deze situatie verandert er echter niet veel in de opzet of uitwerking van deze vragenlijsten, waardoor onderzoek naar de digitalisering daarvan beperkt is.

Met de komst van nieuwe technologie zoals mobiele toepassingen ontstaan ook nieuwe mogelijkheden om de problematiek van een deelnemer vast te stellen en de voortgang te monitoren. De meetmethode ‘Ecological Momentary Assessment’ (EMA) (Ebner-Priemer & Trull, 2009 in: Riper et.al., 2013) kan zowel de deelnemer als de hulpverlener inzicht geven in het individuele verloop van de (psychische) aandoening en in de mate van beïnvloeding door individuele en sociale factoren. EMA’s worden op dit moment nog vooral uitgevoerd via zelfrapportage in een app maar kunnen worden uitgebreid met verzamelde gegevens uit sensoren. Het gaat dan om locatiegegevens en beweging op basis van sensoren in een mobiele telefoon (bv. Gps of de interne gyroscoop) maar ook om biosensoren die hartslag en huidgeleiding meten en inspanning en stress kunnen signaleren (Riper et.al., 2013).

### *Ondersteuning en therapie*

Onderzoek naar de ondersteuning van mensen via digitale middelen is tot nu toe voornamelijk verbonden aan het bieden van therapie via het internet. Internettherapie is al 18 jaar beschikbaar (Goss & Anthony, 2009; Grohol, 2004, 2010a). Door onderzoek is inmiddels consistent aangetoond dat er een sterk bewijs is voor de waarde van internettherapie in het verbeteren van positieve uitkomsten (e.g. Robinson & Serfaty, 2008; Spek et.al., 2007). Dit omvat ook de therapeutische relatie (King, Bambling, Reid & Thomas, 2006; Leibert, Archer, Munson & York 2006) en factoren die de sessie beïnvloeden (Barak & Bloch, 2006; Reynolds, Stiles & Grohol, 2006). Een meta-studie van Barak, Hen, Boniel-Nissim en Shapira (2008) over 92 studies naar online therapie wees uit dat er sprake was van een medium effect dat over een lange periode werkzaam was. Ook vonden zij geen significant verschil tussen fysieke hulpverlening en web-based therapie. De vraag blijft echter: hoe zit dit bij minder geprotocolleerde vormen van ondersteuning, zoals in het jeugdwelzijn of bij coaching?

Internettherapie wordt minder vaak voor groepstherapie dan voor individuele therapie aangeboden. Hoewel de meeste groepen asynchroon werken, zijn er ook enkele die gelijktijdige communicatie toepassen met groepchats (e.g., Golkaramnay, Bauer, Haug, Wolf & Kordy, 2007; Hopps, Pépin & Boisvert, 2003). Uit onderzoek blijkt dat groepstherapie beduidend minder goede resultaten boekt dan individuele online therapie (Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008). Ook is weinig bekend over de demografische achtergrond van mensen die online therapie zoeken. In een van de weinige studies bleek dat vrouwen vaker internettherapie opzochten dan mannen (Dubois, 2004).

Internettherapie blijkt zich goed te lenen voor het toepassen van verschillende therapeutische methodieken of interventies. Binnen de GGZ bestaat het aanbod veelal uit cognitieve gedragstherapie. In de jeugdsector en welzijn wordt ook motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken en taakgericht hulpverleners toegepast (Schalken et.al., 2015).

### *Versterken van het netwerk (zorgplatforms, lotgenotencontact)*

Onderzoek naar digitaal lotgenotencontact laat zien dat dit een belangrijke bijdrage kan leveren aan het welzijn en het gevoel van zelfcontrole bij deelnemers en dat het mogelijk tot empowerment



leidt (Freeman, Barker & Pistrang, 2008, Barak, Boniel-Nissim & Suler, 2008, Van Uden-Kraan, Drossaert, Taal, Seydel & van de Laar, 2008). Belangrijk daarbij is wel dat er sprake is van een actieve deelname van de lotgenoten (Barak & Grohol, 2011; Barak, Boneh & Dolev-Cohen, 2011). De kracht van lotgenotencontact is dat mensen elkaar kunnen ondersteunen en zich herkennen in elkaars situatie. Het nadeel is dat niet alle bijdragen positief en ondersteunend hoeven te zijn. Veel online lotgenotencontact vertoont behalve onderlinge sympathie en ondersteuning ook veel kritiek en gescheld. Met goed beheer van de lotgenotensite is dit echter in de hand te houden (Schalken et.al., 2015). Daarnaast is er het risico op verspreiding van ‘verkeerde informatie.’ Onderzoek laat echter zien dat slechts in een zeer beperkt aantal gevallen verkeerde informatie niet door andere leden van de groep of een moderator wordt gecorrigeerd (Meier, Lyons, Frydman, Forlenza & Rimer, 2007). Er lijkt een verschil te zijn in vormen van lotgenotencontact tussen websites met een open karakter en (therapeutische) hulpsites die alleen toegankelijk zijn voor een selecte groep deelnemers. Een apart subtype van online lotgenotencontact is deelname aan een besloten groep met professionele ondersteuning. Een goed voorbeeld hiervan is het Nederlandse KopOpOuders. Ouders met een gediagnosticeerde psychiatrische aandoening worden niet alleen in contact gebracht met lotgenoten, maar krijgen daarbij ook begeleiding door deskundigen (van der Zanden, Speetjens, Arntz & Onrust, 2010).

Er is nog weinig onderzoek naar zorgplatforms gedaan. De ontwikkeling van digitale zorgplatforms is nog redelijk jong. Het oudste zorgplatform op het terrein van psychosociale hulpverlening in Nederland, Quli, is sinds 2013 online. Uitgangspunt van digitale zorgplatforms is het bieden van een digitale persoonlijke en beveiligde omgeving voor cliënten waarbinnen zij hun zorg kunnen organiseren. Het idee is dat binnen de omgeving persoonlijke gezondheidsdossiers, hulptools en het netwerk beschikbaar zijn. Zo’n beveiligde omgeving stelt deelnemers in staat om zelf te bepalen wie toegang heeft tot hun gegevens (bijvoorbeeld hun therapeut) en regie te houden op hun zorg. Onderzoek naar de effecten van deze digitale zorgplatforms is vooralsnog niet beschikbaar.

Aan een digitaal zorgplatform verwante vormen zijn een online dagboek of een persoonlijk online dossier. Bij deze vormen kunnen mensen hun persoonlijke verhalen en ervaringen delen met anderen. De online ervaringsverhalen worden (beperkt) publiek gepresenteerd, bijvoorbeeld op een open blogforum maar ook steeds vaker binnen beveiligde web-omgevingen. Onderzoek wijst uit dat het schrijven over nare ervaringen een therapeutische werking kan hebben (Robinson & Serfaty, 2008). Feedback van bezoekers op het verhaal kan de schrijver op zijn beurt ook helpen om op een andere manier naar gevoelens, gedachten en situaties te kijken dan gewoontegetrouw (Nagel & Anthony, 2009). Ervaringsverhalen kunnen daarnaast ook bij bezoekers herkenning oproepen en daarmee bijdragen aan meer inzicht in de eigen situatie.

### **3.2.5. Kennis over aanbiedingsvormen**

Kennis over aanbiedingsvormen is beperkt. Het merendeel van het sociaalwetenschappelijk onderzoek richt zich vooralsnog op de hulpvorm en minder op de aanbiedingsvorm. In deze paragraaf behandelen we de beschikbare kennis over de volgende aanbiedingsvormen:

- Websites
- Mail, chatapplicaties en instant messages
- Blended hulpverlening
- Sociale media
- Apps
- Serious games/ gamefication

- Sensoren
- Big data

### *Websites*

Zoals in paragraaf 2.3.5 is aangegeven voorzien hulpwebsites primair in een digitale plaats om de verschillende hulpvormen te verbinden en te onderbouwen. Het is daarom ook niet verwonderlijk dat er nauwelijks onderzoek is naar de inrichting en vormgeving van websites in relatie tot het bieden van hulp. De eerder genoemde meta-studie van Barak, Hen, Boniel-Nissim en Shapira (2008) beschrijft wel dat interactieve websites -waarbij actieve inzet van deelnemers werd geëist- beduidend meer effect blijken te hebben dan passieve sites. De mogelijkheid om websites op maat te maken (tailoring) die gericht aansluiten bij de verwachtingen van de deelnemer lijkt ook een goede manier om doelgroepen actief bij de website te betrekken (Nijland, Van Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder & Seydel, 2008). Tenslotte helpt het als websites gebruiksvriendelijk zijn en een prettige vormgeving hebben.

### *Mail, chatapplicaties en instant messages*

Veelgebruikte en diverse aanbiedingsvormen variëren van mailcontacten tussen hulpverleners en cliënten, chatgesprekken tot beeldbellen (zoals via Skype of Facetime). De meest toegepaste vorm is het gebruik van e-mailcontact in een beveiligde omgeving (Finn & Barak, 2010, International Society of Mental Health Organisation/ISMHO, 2011). Cliënten blijken het asynchrone karakter van e-mailcontact – cliënt en hulpverlener reageren op elkaars berichten met geregelde tussenpozen – erg prettig te vinden. Ook is de communicatievorm erg goedkoop. Onderzoek naar Webcam, smartphone video en sms/chat diensten laat zien dat deze digitale hulpvormen grotendeels overeenkomen met die van fysieke communicatie tussen deelnemers en hulpverleners (Finn & Barak, 2010; ISMHO, 2011).

### *Blended*

Er is tot nu toe nog weinig bekend over onderzoek naar Blended hulpverlening. Deze hulpvorm wordt pas sinds 2014 actief vorm gegeven (Persoonlijk interview Bruijning, oktober 2014; Duinstra, 2013).

### *Sociale Media*

Uit onderzoek naar de inzet van sociale media als ondersteuningstool in hulpverlening blijkt dat deze communicatiemiddelen nog slechts in beperkte mate wordt gebruikt om zorg mee te verlenen. Indien sociale media wel ingezet wordt, is de werkwijze vergelijkbaar met internettherapie (Barak & Grohol, 2011). Zorgverleners gebruiken de communicatiemogelijkheden van de sociale media (privé chats via Twitter, WhatsApp of Facebook) echter in eerste instantie voor het sturen van herinneringen en de mogelijkheid tot contact tussen afspraken. Sommige onderzoekers zien wel degelijk een grotere rol voor sociale media in de toekomst zodra mobiele hulp ook meer wordt toegepast (Mohr, Burns, Schueller, Clarke & Klinkman, 2013; Moorhead et.al., 2013). Sociale media kunnen worden gebruikt om het sociale netwerk van deelnemers actief te betrekken bij de hulpverlening.

### *Serious Games, gamification en virtuele omgevingen*

De eerste associatie met games is: vrijetijdsbesteding. De laatste jaren is er echter een toename van het toepassen van games, of elementen van games, binnen professionele trainingen en hulpverlening (Gamberini, Barresi, Majer, & Scarpetta, 2008; Sawyer & Smith, 2008). De belangrijkste uitgangspunten daarbij zijn: het leren van nieuw gedrag via spel en het creëren van een veilige virtuele omgeving waarbinnen de normen van het dagelijks leven tijdelijk zijn opgeheven (Gamberini et.al., 2008; Barak & Grohol, 2011; Connolly, Boyle, MacArthur, Hainey, & Boyle, 2012). Serious gaming omvat zowel het inzetten van bestaande (commerciële) games als hulpmiddel in de therapie of het volledig overzetten van een interventie in een Serious Game (Barak & Grohol, 2011). Onderzoek naar Serious Games in de psychosociale zorg is nog beperkt (Persoonlijk interview onderzoekers Faculteit Ontwikkelingspsychologie Radboud Universiteit). Verschillende onderzoekers zien op basis van inzichten uit de game-industrie goede mogelijkheden om de intrinsieke motivatie van deelnemers via Serious Games te stimuleren en om het hulpaanbod beter te laten aansluiten (Granic, Lobel, & Engels, 2013; Cambrini e.a. 2008).

Wat betreft het inzetten van bestaande games geven Barak & Grohol (2011) aan dat er verschillende spelen in omloop zijn die gebruikt kunnen worden om behandelingen mee aan te vullen. Zo biedt een virtuele omgeving deelnemers de mogelijkheid om bepaalde acties en gedrag uit te proberen zonder dat er consequenties zijn in het echte leven. Baldwin, Baccus & Milyavskaya (2010) hebben laten zien dat agressief gedrag van jongeren op sociale afwijzing kon worden gereduceerd door in de vrije omgeving van een game te werken aan zelfacceptatie. De onderzoekers merken wel op dat bestaande computerspellen natuurlijk niet zijn ontwikkeld voor therapeutische doeleinden en dat daarom altijd per individuele situatie bekeken moet worden of de inzet van een bestaande game nuttig kan zijn.

Verschillende Serious Games zijn speciaal ontworpen om mensen in staat te stellen om in een veilige omgeving moeilijke situaties of problemen uit te proberen. De deelnemers lopen in deze simulatiespellen geen risico op daadwerkelijke negatieve consequenties omdat de oefensituaties in de virtuele omgeving plaatsvinden. Hierdoor kunnen zij zich vrijer voelen dan in een “real life” situatie (Riper et.al., 2013). Simulatiespellen zijn mogelijk ook geschikt voor het aanpakken van netwerkproblematiek bij complexe zorgstructuren. Van Haaster (2014) laat in zijn promotieonderzoek zien dat simulatiespellen een constructieve bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van netwerkproblematiek bij jeugdzorgprocessen. Naast de algemene voordelen van digitaal contact in de zin van vrijelijk gebruik in tijd en ruimte geldt daarbij als uitgangspunt dat de simulatie een veilige ruimte creëert om situaties uit te proberen en gevoelige vragen en opmerkingen te delen.

### *Zorgapps*

Er zijn wereldwijd enkele duizenden speciaal op het verbeteren van gezondheid gerichte apps op de markt (European Directory of Health Apps 2012-2013). Mensen dragen hun mobiele telefoon tegenwoordig vaak continue bij zich waardoor ook een laagdrempelige toegang tot mobiele hulpverlening ontstaat (Riper et.al., 2013). De laagdrempeligheid wordt verder versterkt door de eenvoudig opzet van apps en door de werking met icoontjes (bv. Smileys) -vanwege beperkte ruimte op het scherm- in plaats van door het intypen van veel tekst (Braber, 2012). Apps zijn makkelijk te integreren in een web applicatie of aan te bieden ter aanvulling bij een face-to-face interventie. Het op een permanente basis combineren van zelfhulp-apps met de mogelijkheden van tekstberichten en video/audiocontact zorgt voor een belangrijke verandering in de therapeutische mogelijkheden (Barak & Grohol, 2011).

In een metastudie van Eysenbach et.al. (2011) gaven 69 studies een algemeen positieve impact van de mobiele interventies weer. Het betrof interventies over de gehele breedte van digitale technologie in zorg en welzijn waarvan de meeste op chronische ziektes en in veel mindere mate op psychische problemen gericht waren. Deze mobiele interventies bieden overwegend informatie

over gezondheid en zelfmanagement. Ze zijn in geringe mate op preventie gericht en slechts in enkele gevallen op acute hulp.

Onderzoek naar de invloed van mobiele health ten aanzien van psychosociale problematiek is nog beperkt, maar het wijst wel op grote mogelijkheden (Harrison, Proudfoot, Wee, Parker, Pavlovic & Manicavasagar, 2011; Fiordelli, Diviani & Schulz, 2013). Een review over de gegevens die mobiele telefoons nu al verzamelen van Boschen & Casey (2008) toont een groot potentieel aan – nog niet toegepaste – bruikbare vormen voor cognitieve gedragstherapie. Onderzoek naar de inzet van apps in psychosociale of psychische hulpverlening is nu nog nauwelijks beschikbaar (Riper et al., 2013 en Fiordelli, Diviani & Schulz, 2013).

### *Sensoren*

Onderzoek naar het gebruik van sensoren in de jeugdsector is vooralsnog beperkt. De Serious Game “Mindlight” maakt gebruik van een neurofeedback headset. Pas onlangs is gestart met effectonderzoek.

Recent onderzoek van Lunenburg (2013) naar de sensortoepassing “Bodyguard” laat zien dat het inzetten van een biosensor mogelijk bijdraagt aan zelfmanagement bij stress. De onderzoeker stelt dat de toepassing door het in een zorgportaal inzichtelijk maken van de stressdata, kan bijdragen aan meer zelfredzaamheid en zelfstandiger optreden van de cliënt.

Ook Warmerdam en collega's (2012) laten zien dat het verminderen van depressie via mobiele cognitieve gedragstherapie aangevuld met draadloze sensoren vanuit het project ICT4Depression voorlopig positieve uitkomsten naar voren brengt.

Theoretisch biedt het bijhouden van dit soort gegevens mogelijkheden om hulp nog meer gepersonaliseerd aan te bieden, om de motivatie voor hulpverlening te vergroten en om preventieve toepassingen tijdig in te zetten (Braber, 2012). Daarnaast bieden biosensoren ook de mogelijkheid tot het aggregeren van de meetgegevens van diverse deelnemers naar zogenaamde "Big data" op een regionaal, landelijk of internationaal niveau nieuwe mogelijkheden voor het vroegtijdig herkennen van aandoeningen en het inzetten van preventieve interventies (Mayer-Schönberger & Cukier, 2013).

Vooralsnog zijn sensoren meestal verbonden aan een aparte borstband of polsband. De laatste tijd wordt ook actiever onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om (bio-) sensoren in kleding aan te brengen (Awarenesslab, 2014).

### **3.3. Aanvullende aandachtspunten voor praktijk en onderwijs**

#### *Uitval*

Grolleman en collega's (2008) stellen dat de voortijdige beëindiging of uitval van de deelnemer een belangrijk aandachtspunt van digitale technologie in de zorg is omdat die in sommige gevallen hoger ligt dan bij face-to-face interventies. Ook voor behandeltrouw - het op een juiste wijze volgen van de interventie - worden minder goede resultaten gevonden. Zo vonden Bennett en Glasgow (2009) dat bij online interventies het websitegebruik na de eerste weken vaak sterk daalt. Wat precies de oorzaken zijn van deze hogere uitval en lagere therapietrouw is nog niet duidelijk. Grolleman en collega's (2008) noemen een aantal factoren die een rol kunnen spelen, waaronder de vrijblijvendheid van het online aanbod. Digitale technologie in de zorg is laagdrempelig maar daarmee ook vrijblijvender, zeker als de hulpvrager anoniem kan blijven (Schalken et.al., 2015). Dit vraagt om meer zelfstandigheid en zelfdiscipline van de gebruikers. Veiligheid kan ook een reden zijn om geen gebruik te maken van online hulpverlening of om er voortijdig mee op te houden. Internet is een open medium. Het risico dat vertrouwelijke informatie naar buiten komt is

daardoor groter dan bij face-to-face hulpverlening. Als mensen een gebrek aan privacy en beveiliging ervaren kan dit ertoe leiden dat zij voortijdig afhaken (Schalken et.al., 2015).

Nijland, Van Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder en Seydel (2008) laten zien dat een gebrekkige therapietrouw ook veroorzaakt kan worden door kenmerken van de interventie zelf. Zij noemen daarbij onder meer een slechte vormgeving van de website, moeilijke navigatiestructuren, slechte leesbaarheid en weinig afstemming op de behoeften van de gebruiker. Ook benadrukken zij dat het belangrijk is dat digitale toepassingen met hun tijd meegaan.

Enkele onderzoekers vragen zich af in hoeverre de mate van uitval bij online zelfhulp interventies significant verschillen van die bij face-to-face behandelingen. Op basis van een review over Internet Mental Health vonden Christensen, Griffiths & Farrer (2009) dat de mate van uitval bij online interventies ongeveer gelijk was aan face-to-face behandelingen voor angststoornissen en depressie.

### *Kosten- en tijdsbesparing / Kosteneffectiviteit*

Verschillende onderzoekers noemen de potentie van online hulpverlening met betrekking tot kosten- en tijdsbesparing. Cuijpers, van Straten en Andersson (2008) geven bijvoorbeeld aan dat online hulpverlening minder tijdsintensief is voor de therapeut doordat verschillende onderdelen van de hulp geautomatiseerd kunnen worden. Op termijn zou dat wachlijsten kunnen verkorten. De hulpverlener hoeft niet meer iedere vraag persoonlijk te beantwoorden zodat er meer tijd voor complexe hulpvragen overblijft. Voor hetzelfde geld kunnen dan meer cliënten geholpen worden. Online hulpverlening kan op termijn tot kostenbesparing leiden door het inzetten van 'stepped care' interventies volgens de formule: minimaal waar mogelijk, zwaar waar nodig. Voor sommige jeugdigen is een informatieve website of een enkel e-mail contact al voldoende. Voor andere jeugdigen, met zwaardere problematiek, is een meer intensieve vorm van online hulp nodig (Riper et.al., 2007;).

Recentelijk hebben Riper en collega's (2013) in de kennissynthese E-mental Health expliciet aandacht besteed aan de kosteneffectiviteit. Hieruit blijkt dat verschillende vormen van online hulpverlening minstens net zo kosteneffectief zijn als face-to-face interventies en dat ze in sommige gevallen zelfs kosten-effectiever lijken. Ritterband en Tate (2009) benadrukken dat studies waarin kosteneffectiviteit is bekeken vooral gericht waren op volledig geautomatiseerde interventies zonder directe betrokkenheid van een therapeut. Zij stellen dat nog veel onderzoek nodig is voordat er algemene conclusies kunnen worden getrokken over de kosteneffectiviteit van digitale technologie in de zorg als geheel.

### *Implementatie en vormgeven van hulp*

De combinatie tussen de besproken bovenstaande aandachtspunten -effectiviteit, privacy en een andere visie op zorg- leidt er toe dat de inzet van marketingstrategieën in de toekomst een belangrijk onderdeel gaat uitmaken van het hulpverleningsaanbod. Niemand is graag hulpbehoevend of afhankelijk van hulp. En als we het wel zijn, willen we dat het eenvoudig is toe te passen, (snel) werkt en lopen we er niet mee te koop. Veel mensen die zelfhulp toepassen blijken echter niet in staat om dit lang vol te houden. Drop-out van een digitaal programma is een van de grootste uitdagingen voor digitale technologie in de zorg (Riper, 2013). De inzet van een professional (zowel fysiek als digitaal) helpt mensen om gecommitteerd te blijven aan het programma. Tegelijkertijd zijn er ook verschillende tools toepasbaar om mensen verbonden te houden aan de online interventies: reminders, beloningen enz. Voor zorginstellingen en hulpverleners lijkt dit toch nog lastig om goed vorm te geven. Inzichten uit communicatiewetenschappen, marketingonderzoek en gamedesign kunnen hier een bijdrage aan

leveren. Daarnaast stellen onderzoekers een mogelijk betere werking voor van digitale ondersteuning door inbedding in een bestaande structuur zoals een school.

### **3.4. Discussie**

Er is inmiddels een uitgebreide wetenschappelijke onderbouwing van het gebruik van digitale middelen in zorg. Door de diversiteit in het aanbod van digitale technologie in de zorg verschilt de mate van wetenschappelijke kennis echter wel per hulpvorm of aanbiedingswijze.

Zeker bij de nieuwste vormen van digitaal hulpaanbod zoals de inzet van sensoren, Serious Games of digitale zorgplatforms is nog veel onderzoek noodzakelijk. Onderzoek naar deze vormen wordt met name interessant als deze meer verbonden worden met hulpvormen zoals probleemanalyse en monitoring of ondersteuning buiten de therapeutische setting.

Gelijktijdig lijkt het mogelijk om verdiepend onderzoek uit te voeren op digitale hulpvormen waarvan de effectiviteit al grotendeels is onderbouwd, zoals internettherapie. De opzet van e-mail en chathulpverlening verschilt vaak niet veel van traditionele vormen van therapie. Tegelijkertijd is nog onduidelijk welke mentale processen een rol spelen bij een effectieve behandeling en behandelrelatie. Inzichten in de werkzame factoren (wat werkt en wat werkt niet) én inzicht in de mentale processen die een rol spelen bij digitale vormen van therapie (hoe werkt het), kunnen bijdragen aan een verbetering van de zorg aan jeugd in het algemeen. Onderzoek naar vormen van begeleiding en ondersteuning met digitale middelen in een meer preventieve setting speelt daarbij een belangrijke rol.

Ook is meer onderzoek nodig over de wijze waarop digitale toepassingen ingebed worden in de dagelijkse praktijk. Het werken met digitale toepassingen vraagt in veel gevallen om een andere houding van professionals en in sommige gevallen zelfs een cultuuromslag van de gehele organisatie. In veel gevallen gaat dit niet zonder slag of stoot. Effectief bewezen digitale interventies blijken in de praktijk niet altijd goed te worden gebruikt. Onderzoek naar het implementeren van digitale toepassingen is daarmee erg van belang. De laatste jaren neemt de aandacht voor implementatieonderzoek steeds meer toe.

Tenslotte dient ook ten aanzien van onderzoek naar digitale hulpmiddelen de rol van digitale zorgplatformen nader te worden bekeken. Pas recentelijk is gestart met onderzoek naar digitale zorgplatformen voor cliënten met psychosociale problemen<sup>6</sup>. Daarbij wordt met name gekeken naar de mogelijkheden die deze platformen bieden ten aanzien van netwerkmogelijkheden en het delen van informatie. De vraag daarbij is op welke wijze deze platformen samenwerking tussen instanties en professionals faciliteren en welke bijdrage ze leveren voor de cliënt in termen van zelfmanagement en zelfregie.

Minder aandacht wordt besteed aan de secundaire functie van deze platformen: het aanbieden van (digitale) hulpmiddelen via de zorgbibliotheek van het platform. Deze zorgbibliotheeken bieden in potentie een geheel nieuwe mogelijkheid voor onderzoek naar de effecten van (digitale) interventies en hulpmiddelen in de jeugdsector. Doordat de hulpmiddelen worden aangeboden binnen de afgebakende digitale omgeving van het platform worden gebruikerservaringen structureel geregistreerd en opgeslagen. Gezien de potentiële opbrengsten voor onderzoek naar het gebruik en effect van digitale hulpmiddelen in de jeugdsector valt nader onderzoek naar deze mogelijkheid aan te bevelen.

---

<sup>6</sup> Auteur N.Zwicker onderzoekt op dit moment de rol van digitale zorgnetwerken in de ondersteuning van mensen met een chronische of complexe psychische aandoening. Meer informatie is te vinden op [de site van HAN-sociaal](#).

## **Hoofdstuk 4. Onderwijs**

### **4.1. Inleiding**

Trainingen en opleidingen in digitale technologie in de jeugdsector zijn lang beperkt gebleven tot het werkveld. Professionals worden meestal opgeleid via interne trainingen bij organisaties die met deze hulpvormen aan de slag zijn gegaan. De trainingen zijn vaak gericht op het werken met een specifieke digitale interventie.

Nu meer instellingen, al dan niet vanuit de roep om zorg te transformeren, zich oriënteren op het inzetten van digitale technologie in de jeugdsector wordt de vraag om professionals met kennis op dit terrein groter. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar de huidige professionals, maar ook steeds meer naar de professionals van de toekomst. Verschillende partijen ervaren daarbij een kloof tussen de toekomstige, digitale, beroepspraktijk en de huidige opleidingen (Persoonlijk interview Bruijning, oktober 2014; Engelen, in: Hoogendijk & Wolters (red), 2014).

In het hoger en academisch onderwijs is nog weinig aandacht voor technologie in zorg en welzijn. Het verst gevorderd op dit terrein zijn de verpleegkundige opleidingen. Bijna alle opleidingen in dit werkveld zijn op zoek naar manieren om digitale technologie in te bedden in het bestaande onderwijs. In enkele gevallen heeft dat al geresulteerd in afgestudeerde professionals met gerichte kwalificaties op het terrein van digitale technologie in de zorg.

Binnen de sociaal agogische studies in het hoger beroepsonderwijs (hbo) is de aandacht voor de kennis en vaardigheden voor het werken met digitale middelen nog zeer beperkt. In veel gevallen is het afhankelijk van het persoonlijk interesse van de betreffende docent. In 2014 lijkt hierin een kentering in te komen. Verschillende sociaal-agogische opleidingen in het hbo onderzoeken hoe ze digitale technologie breder kunnen inbedden in het onderwijs.

Ook vanuit landelijk beleid wordt sterker gestuurd op meer verbinding tussen technologie en zorg. Op het landelijke Congres voor Technologie en Zorgonderwijs (2014) liet M. Kaljouw, voorzitter adviescommissie Innovatie zorgberoepen & opleidingen Zorginstituut Nederland, weten dat er in 2015 een advies wordt opgesteld voor een nieuwe beroepenstructuur voor Zorg en Welzijn<sup>7</sup>. De nieuwe beroepenstructuur richt zich daarbij op twee uitgangspunten:

- 1) Meer aandacht voor generalistische functies en het aantal specialistische functies in de sector beperken;
- 2) Meer aandacht voor het toepassen van technologie om het gebrek aan zorgverleners op te vangen.

Het advies 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, is op 10 april 2015 is uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

### **4.2. Kennis en ervaring uit het werkveld**

Op basis van initiatieven van digitale technologie in de jeugdsector bestaat er al veel kennis en ervaring rondom het opzetten van online hulpvormen en de benodigde competenties voor professionals die online hulp bieden. De competenties zijn al door verschillende partijen beschreven (De Vries & Gielen 2014; Schalken et.al., 2015; Zwikker, Ligtermoet en Vergeer, 2011).

---

<sup>7</sup> Dit omvat daarbij ook de sectoren: jeugd welzijn, jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg voor jeugd.

<sup>8</sup> Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen/naar+nieuwe+zorg+en+zorgberoepen+-+de+contouren>

Hoewel de competentieprofielen beschreven zijn vanuit hun eigen specifieke context lijkt het grotendeels over vergelijkbare competenties te gaan.

Naast algemene kennis en enkele basisvaardigheden in gebruik van ICT en digitale communicatie, gaat het bij deze competenties met name om nieuwe houdingsaspecten en een mogelijke verschuiving in de positie van hulpverleners. Digitale toepassingen bieden ruimte voor meer contactmomenten tussen deelnemers en hulpverleners en voor meer zelfregie bij deelnemers. De digitale toepassingen bieden de mogelijkheid om relevante informatie over aandoeningen en de behandeling op maat aan te bieden. Hierdoor lijkt de positie van hulpverleners te verschuiven van inhoudelijk expert naar een meer coachende rol.

De vraag is in hoeverre alle professionals deze competenties in vergelijkbare mate dienen te beheersen. De Vries en Gielen (2014) maken voor de verpleegkundige beroepen bijvoorbeeld een mooi onderscheid tussen de uitvoerende beroepen en twee meer specifiek E-health gerelateerde rollen van zorgprofessionals: de projectmanager en de zogenaamde “superuser”. Deze laatstgenoemde functie wordt gezien als de schakel tussen de inhoudelijk gewenste doelstelling en de gebruikersvriendelijkheid van de digitale toepassing. De Vries en Gielen maken dit onderscheid om twee redenen. De eerste reden is om het verschil zichtbaar te maken tussen inzet van de digitale hulpmiddelen als zodanig of inzet met het oog op bredere mogelijkheden (zoals bijvoorbeeld het gebruik van big data). Daarnaast sluit deze indeling aan op de verwachting dat er in de nabije toekomst nog veel nieuwe digitale ontwikkelingen in de hulpverlening doorgevoerd moeten worden waarvoor aparte functies nodig zijn.

Een algemeen onderschreven conclusie is echter dat alle zorgprofessionals (ook in de jeugdsector) vertrouwd moeten zijn met digitale technologie. Daarbij staan digitaal communiceren en basiskennis hebben over de mogelijkheden en aandachtspunten bij het inzetten van digitale toepassingen centraal (Congres voor Technologie en Zorgonderwijs, 2014).

### **4.3. Inspiratie vanuit aanpalende opleidingen**

#### *Medische Opleidingen*

Het REshape Center, onderdeel van het Radboudumc, werkt aan uiteenlopende projecten en onderzoeken op het terrein van technologie in de zorg. De uitkomsten en innovaties die uit REshape komen hebben ook weerklank op de curriculumontwikkeling aan het Radboudumc. Het Radboudumc wil studenten daarom tijdens hun studie al in contact te brengen met kennis- en innovatienetwerken. Nieuwe databronnen, zoals informatie afkomstig het elektronisch patiëntendossier (EPD) of eigen metingen van patiënten, behoren ook tot onderzoeksbronnen van de toekomst voor medisch specialisten. Ook voor zorgprofessionals die al geruime tijd geleden afgestudeerd zijn, worden er opleidingen en bijscholingen rond dit thema opgezet.

Ook het AMC in Amsterdam werkt aan het opzetten van een deeltijd zorg ICT-opleiding ‘Health Informatics’. Deze studie is specifiek bedoeld voor mensen die al ervaring hebben in de zorgsector en meer over ICT-toepassingen en vraagstukken willen leren. Zorgprofessionals kunnen hierbij één of meerdere modules volgen, zoals selectie en inrichting van elektronische patiëntendossiers (EPD), zelfmanagement, en informatiebeveiliging en privacy. In het UMC Utrecht wordt vanaf de start van het medische curriculum in 2015 aan een herziening gewerkt. Daarbij gaat specifiek aandacht uit naar technologie in de zorg. Het UMC Groningen is in september 2014 begonnen met een nieuw medische curriculum voor de bachelor opleiding Geneeskunde waarin technologie een belangrijk onderdeel vormt. Bij de Universiteit van Twente worden geen ‘traditionele’ geneeskunde opleidingen aangeboden, wel een aantal bachelor en masterprogramma’s die medische kennis en technologie combineren (Jacobs, 2013; Jacobsin, 2014).



## *Verpleegkundige opleidingen*

Tijdens het hierboven genoemde Congres voor Technologie en Zorgonderwijs is naar voren gekomen dat binnen de verpleegkundige hbo-opleidingen al veel aandacht is voor technologie en zorg.

### Saxion

Koploper in het verbinden van technologie aan zorg is de opleiding Verpleegkunde van de Saxion Hogeschool. In 2010 heeft deze opleiding al een aparte studieroute Gezondheid en Technologie opgezet. In de opleiding wordt ingezet op de basiskennis van technologie, met vakken rondom wiskunde, natuurkunde en informatica, gevolgd door basiskennis van zorg volgens het landelijk profiel. Belangrijkste onderdeel van de opleiding is het snijvlak tussen technologie en zorg. De eerste lichting studenten van deze opleiding is in 2014 afgestudeerd (Saxion, 2014).

### Windesheim

Bij de verpleegkundige opleiding van Hogeschool Windesheim gaan de tweedejaars studenten aan de slag met digitale applicaties. In het speciaal ingerichte Zorg op Afstand Skills Lab leren studenten bijvoorbeeld met een aparte applicatie op de iPad om te gaan en oefenen ze met zorgverlening via een beeldscherm. De module duurt tien weken. Inmiddels doen zo'n honderd studenten mee aan de module (Jacobs, 2013).

### Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN)

De verpleegkundige opleidingen aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen hebben technologie inmiddels ook al gedeeltelijk in de opleiding ondergebracht. Door een college "Wat is zorgtechnologie?" en een plenaire discussie over "Wat is het belang van zorgtechnologie?" worden studenten geprikkeld om over de verbinding tussen technologie en zorg na te denken. Een vervolgopdracht is studenten te laten zoeken naar zorgapps en deze te beoordelen met een 360 graden reflectiemethode. Tijdens deze oefening worden studenten gevraagd om ook kritisch naar de beoordelingscriteria te kijken. Het is de bedoeling om de kritische houding van studenten ten aanzien van technologie verder te versterken. Tot slot is er een apart ICT-oefenprogramma opgezet voor het werken met het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Dit programma bestaat uit een voorbeeld-EPD met een didactische component voor het verder aanscherpen van kennis en ervaring. (Congres voor Technologie en Zorgonderwijs: Van Schaijk, 2014).

## **4.4. Stand van zaken Sociaal Agogische Opleidingen**

Binnen het hoger onderwijs van de Sociaal Agogische Opleidingen is de aandacht voor digitale technologie nog gering. Lessen rondom dit thema worden nog vooral aangeboden als minor of keuzevak. Een korte rondgang langs de hogescholen geeft het volgende overzicht voor de opleidingen Pedagogiek, Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH), Toegepaste Psychologie, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) en Cultureel Maatschappelijk Werk (CMV):

1. Windesheim Hogeschool
  - a. Opleiding Pedagogiek: Keuzevak vanaf 2015.
  - b. Opleiding SPH: Training Online hulpverlening.
  - c. Opleiding MWD: Digitale technologie is gekoppeld aan het vak systeembenadering.

2. Hogeschool van Amsterdam
  - a. Combinatie van zorg en welzijnsstudenten: Minor Zorgtechnologie.
3. Inholland Hogeschool (Rotterdam en Den Haag):
  - a. Opleiding MWD: Keuzevak van 7 lessen (verzorgt door Coöperatie I-Kracht).
4. Fontys hogeschool (Locatie Eindhoven)
  - a. Opleiding CMV: Keuzevak Blended Hulpverlening.
5. Noordelijke Hogeschool Leeuwarden:
  - a. Combinatie van zorg en welzijnsstudenten: Afstudeerrichting Zorgtechnologie (in ontwikkeling, start medio 2015).
6. Fontys hogeschool:
  - a. Plannen om alle studenten pedagogiek een chat-cursus aan te bieden.
7. Noordelijke Hogeschool (Groningen). Vooralsnog geen opleiding bekend.
8. Hogeschool van Rotterdam. Vooralsnog geen opleiding bekend.

Masteropleidingen of nascholing professionals vanuit het HBO:

- Noordelijke Hogeschool Leeuwarden: Master Zorgtechnologie (In ontwikkeling, start medio 2015).  
De masteropleiding richt zich op professionals die een brugfunctie kunnen maken tussen de domeinen van zorg en welzijn enerzijds en technologie anderzijds. De opleiding bereidt de professionals voor op het doorlopen van innovaties, het leidinggeven, het evalueren en het op betekenisvolle wijze borgen van het werkproces (NHL, 2014).
- Fontys hogeschool: Expertisecentrum Online Jeugdzorg. Onder andere:
  - Scholing op (post-)hbo niveau, bijv. voor e-mailconsult en chathulpverlening;
  - Online tools voor de jeugdprofessional ([www.dejeugdprofessional.info](http://www.dejeugdprofessional.info)): een inventarisatie van online tools op psychosociaal gebied;
  - Centrum voor Pedagogische Innovatie Koraalgroep/Gastenhof: studenten doen onderzoek naar o.a. mediawijsheid binnen dit behandelinstituut voor jongeren met stoornissen en gedragsproblematiek.  
(Expertisecentrum Online Jeugdzorg, 2014)

#### **4.5. Stand van zaken Instituut Sociale Studies HAN**

Om zicht te krijgen op de aandacht voor digitale technologie binnen de sociaal agogische opleidingen zijn er verschillende interviews gehouden met enkele docenten van de volgende opleidingen: Toegepaste Psychologie, SPH, MWD en CMV.

De uitkomsten van deze interviews schetsen een positief beeld, maar laten ook ruimte voor verbetering zien.

De opleiding Toegepaste Psychologie heeft het voornemen om de aandacht voor sociale technologie in het curriculum binnen de opleiding te verhogen. De docenten die hier actief mee aan de slag zijn onderzoeken op dit moment in hoeverre digitale toepassingen kunnen worden ingezet op de drie kernonderdelen van de opleiding: psychologische begeleiding, preventie, diagnostiek en assessment.

Per onderdeel verkennen de docenten de volgende mogelijkheden:

1. Psychologische begeleiding. Kennis van digitale technologieën als:
  - a. Interventie in behandeling (bijvoorbeeld met virtual reality, online behandeling, Serious Game)
  - b. Ondersteuning van behandeling (bijvoorbeeld met apps)
  - c. Zelfhulp (bijvoorbeeld met online zelfhulp, zorgplatform)
  - d. Begeleidingsinstrument (bijvoorbeeld met robotica, domotica)
2. Preventie. Kennis van:
  - a. Preventiewebsites
  - b. Apps om gezonde leefstijl te bevorderen
  - c. Eigen gezondheid te monitoren
  - d. Games om bewustwording en risicovol gedrag te bevorderen
3. Diagnostiek en assessment. Kennis van:
  - a. Digitale en online tests
  - b. Serious games om competenties te toetsen

De betrokken docenten hebben een inventarisatie gedaan naar verschillende toepassingen die kunnen worden ingezet bij het onderwijs en in onderzoeken.

Gelijktijdig wordt vanuit de opleiding gewerkt aan een visiedocument rondom de inzet van sociale technologie binnen de toegepaste psychologie onder leiding van dr. Martin Ruivenkamp.

### *SPH*

Binnen SPH wordt vanuit de werkgroep SPH-Sociotech een set van aanbevelingen opgesteld om sociale technologie in het curriculum in te bedden. Deze aanbevelingen worden aangeboden aan de onderwijsmanager, het managementteam en de curriculum-commissie. Naast enkele specifieke hoorcolleges en een mogelijke minor is de aanbeveling om het thema zoveel mogelijk onder te brengen bij bestaande vakken. Daarbij wordt in het bijzonder gedacht aan inbedding van het thema in de beroepstaken Methodische hulpverlening en Onderzoek & Innovatie (O&I).

De werkgroep werkt samen met het werkveld. De regionale instellingen SIZA en Pluryn zijn actief met het thema technologie bezig en SPH werkt samen met deze instellingen. Een belangrijke ontwikkeling is het creëren van stageplekken voor SPH-studenten bij SIZA. De studenten hebben daarbij een verbindende en ondersteunende rol voor cliënten en begeleiders in het gebruik van technologieën, waaronder iPads.

## *MWD*

Binnen de opleiding MWD werkt een werkgroep van vier docenten aan een plan “Blended Hulpverlening”. De werkgroep heeft genoeg ideeën, maar ervaart moeite om dit in te bedden in het onderwijsproces. Dit heeft primair te maken met doorlooptijden die collega’s nodig hebben om zaken in bestaand onderwijs in te passen. De veranderingen in een onderwijsprogramma duren veelal langer dan 1 jaar. Verschillende docenten zijn enthousiast over de inzet van digitale middelen, zowel in e-learning als in digitale technologie in zorg. De werkgroep streeft de ontwikkeling van een minor na om het onderwerp op deze wijze met behulp van enthousiaste docenten beter in te kunnen bedden. Tegelijkertijd is echter het merendeel van de docenten onvoldoende bekend met het toepassen van digitale middelen en de mogelijke voordelen hiervan. Het streven is om vanuit de ontwikkeling van de minor deze docenten er langzamerhand meer bij te betrekken.

Tenslotte wordt gekeken naar de interne ontwikkelingen rondom het inbedden van e-learning in het onderwijs. Verwacht wordt dat het toepassen van e-learning ook aanknopingspunten biedt voor het versterken van de aandacht voor digitale technologie in hulpverlening. Net als bij SPH wordt bij MWD het werkveld als belangrijke aanjager van innovatie in de opleiding genoemd. Zo is er contact met Klikvoorhulp, een grote online hulpverlener binnen het maatschappelijk werk. Deze hulpverlener legt bij de opleiding MWD de vraag voor om meer digitale technologie in het onderwijs te verwerken.

## *CMV*

In navolging van de opleidingen SPH en MWD heeft ook de opleiding CMV een werkgroep opgezet rond het thema Sociale Technologie. De werkgroep is gericht op het inbedden van sociale technologie in het onderwijs. Het uitgangspunt is de visie dat techniek altijd in dienst staat van de agogische doelen. Inzet van sociale technologie dient volgens de werkgroep altijd gepaard te gaan met filosofische en ethische reflectie.

Vanuit het perspectief van een nieuw te ontwikkelen curriculum, heeft de werkgroep enkele criteria opgesteld voor de door studenten te verwerven kennis en vaardigheden:

- kennis nemen van actuele toepassingen van sociale technologie in de CMV praktijk (van twitterende daklozen, tot burgerparticipatiefora en Serious games voor tienermoeders);
- weten welke stappen zij moeten nemen als ze een online platform op willen zetten, of games willen ontwerpen, een Blended module willen ontwikkelen, et cetera;
- leren na te denken en leren over mogelijke risico’s en ethische kwesties die gepaard kunnen gaan met het gebruik van nieuwe technologieën;
- mediawijs worden; digivaardig zijn en zich bewust zijn van hun professionele gedrag op internet.

Naast een oproep om sociale technologie op te nemen als hoofdvakkeuze stelt de werkgroep daarbij dat de plaats en ruimte die voor dit onderwerp wordt ingeruimd in het CMV-curriculum afhankelijk is van de ambities. Daarbij worden twee scenario’s geschetst:

1. Sociale technologie wordt onderdeel van de profilering van de opleiding. Dit zou bijvoorbeeld betekenen dat docenten sociale technologie bij elke beroepstaak betrekken en ook vaak onderdeel laten zijn van de toetsing. Voor dit scenario is (permanente) deskundigheid van buitenaf noodzakelijk.

2. Digi-vaardigheid wordt beschouwd als één van de vaardigheden (naast ondernemerschap, praktijkonderzoek, etc.) waarover een sociale professional dient te beschikken. Digi-vaardigheid wordt ondergebracht in het vaardighedenonderwijs en zowel in de propedeuse als in het tweede jaar wordt telkens één beroepstaak uitgekozen waarbij er aandacht wordt besteed aan sociale technologie. Na goede ervaringen kan dit eventueel worden uitgebreid.

De werkgroep merkt daarbij op dat het kennisniveau van de huidige docenten CMV rond dit thema mogelijk onvoldoende is voor het geven van lessen. Een nascholing op dit thema wordt dan ook wenselijk geacht.

### *Pedagogiek*

Navraag bij de deelnemers aan de Lerende Gemeenschap Sociale Technologie laat zien dat binnen de opleiding Pedagogiek digitale technologie in hulpverlening nog niet op de onderwijsagenda staat. Recentelijk heeft een van de docenten van Pedagogiek zich wel aangemeld bij de Professionele Leergemeenschap Sociale Technologie en zijn er plannen om een werkgroep te vormen rond dit thema.

### *Masteropleidingen*

Tijdens een overleg met de coördinator van de Master Pedagogiek en een van de hoofddocenten komt naar voren dat aandacht voor digitale technologie in de Masteropleidingen eveneens gering is<sup>9</sup>. Bij de Master Pedagogiek bestaat een verdiepingsdeel bij het onderwerp “Digitale en Social media” maar dit vormt slechts een klein onderdeel van de totale opleiding. De Master Social Work biedt wel ruimte voor technologie binnen de opleiding vanuit het onderdeel “Social Practice Development”, maar kent geen apart vak voor digitale technologie in zorg en welzijn. De coördinator Pedagogiek laat weten dat voor de inhoudelijke input bij nieuwe ontwikkelingen, zoals digitale technologie in de jeugdsector, Masteropleidingen graag gebruik van werkvelddeskundigen. Tijdens het gesprek kwam naar voren dat de coördinator zich afvraagt of sociale technologie daarmee voldoende geborgd is in de Masteropleiding of dat wellicht nascholing van hoofddocenten op dit onderwerp raadzaam is.

### *Leren en Werken-opleidingen*

Zowel de bacheloropleidingen als de opleidingen voor Leren en Werken hebben zich verbonden aan de Lerende Gemeenschap Sociale Technologie die is opgericht door het kenniscentrum HAN Sociaal. Verschillende vertegenwoordigers van de opleidingen hebben daarbij aangegeven een dergelijk interne kennis uitwisselingsplatform erg op prijs te stellen.

Vertegenwoordigers van de afdeling “Werken en Leren” geven aan nog op zoek te zijn naar mogelijkheden om digitale technologie in zorg en welzijn in te bedden in hun opleidingsaanbod. Zij laten weten dat er nu nog geen expliciete aandacht wordt gegeven aan digitale technologie. Op dit moment zijn de betrokken docenten wel bezig met het ontwikkelen van een e-learning aanbod voor hun studenten. De docenten vragen zich, in navolging van de werkgroep bij MWD af of dit ook aanknopingspunten kan bieden voor aandacht aan digitale technologie in zorg en welzijn.

---

<sup>9</sup> Interview op 13 november 2014: L. Rothman en M. Lappeschaar.

#### **4.6. Discussie**

Aandacht voor digitale technologie in zorg en welzijn in het hbo begint langzaam maar zeker vorm te krijgen. Steeds meer opleidingen raken ervan bewust dat zij aan de slag moeten met dit thema. Koplopers op dit terrein zijn de medische opleidingen, kort daarna gevolgd door de verpleegkundige opleidingen.

Binnen het sociaal-agogisch domein lijken het met name de hbo-opleidingen te zijn die aandacht schenken aan digitale technologie in zorg en welzijn<sup>10</sup>. Het merendeel gaat daarbij voorzichtig te werk en richt een minor of keuzevak in.

De HAN heeft, net als de meeste hogescholen, op dit moment geen structureel aanbod op het terrein van digitale technologie in zorg en welzijn, maar er zijn duidelijke signalen dat er draagvlak is om dit tot stand te brengen. De oprichting van de Professionele Leergemeenschap Sociale Technologie vanuit Kenniscentrum HAN SOCIAAL lijkt hier aan te hebben bijgedragen.

Met uitzondering van de opleiding Pedagogiek zijn er bij diverse opleidingen al in 2014 werkgroepen gevormd om aan de slag met het vraagstuk hoe digitale technologie ondergebracht kan worden in het onderwijs. In veel gevallen wordt daarbij gekeken naar het aanbieden van een minor of keuzevak. Het structureel doorvoeren van digitale technologie in hulpverlening blijkt voor veel opleidingen nog lastig. Het merendeel van de docenten lijkt nog onvoldoende kennis over digitale technologie in hulpverlening. In veel gevallen is nog onduidelijk hoe dit thema doorgevoerd kan worden in het curriculum van de betreffende opleiding.

Tegelijkertijd is er binnen Sociale Studies vanuit de verschillende opleidingen een groeiende groep docenten enthousiast over dit thema. Deze docenten zijn juist op zoek naar voorbeelden, tools en mogelijkheden om onderwijs over digitale technologie in hulpverlening aan te bieden.

Kortom, binnen de verschillende opleidingen lijkt het nog lastig om dit onderwerp structureel in het onderwijsaanbod te verwerken. Aan de andere kant is er een duidelijke urgentie voor opleidingen om dit thema actief op te pakken.

Zoals dit rapport laat zien is het de verwachting dat de inzet van digitale middelen in zorg en welzijn de aankomende jaren alleen maar groter zal worden. Signalen vanuit het veld en inzichten vanuit wetenschappelijk onderzoek wijzen duidelijk naar een toenemende vraag voor professionals die competent zijn in digitale technologie in zorg. De Sociale Studies van de HAN lopen het risico de aansluiting met deze ontwikkelingen te missen. Willen zij garant kunnen staan voor het afleveren van studenten met de juiste (digitale) competenties, dan is het van belang om actief aandacht te besteden aan digitale technologie.

Wij bevelen dan ook sterk aan om een eenduidig plan op te stellen voor structurele inbedding van digitale technologie in zorg in de curricula van de sociaal-agogische opleidingen. Het belangrijkste uitgangspunt daarbij is het op een brede gezamenlijke basis centraal coördineren van de huidige inzet op dit thema bij de verschillende opleidingen. De doelstelling daarvan is dat digitale technologie in de zorg in elk leerjaar een plaats krijgt.

In combinatie met dit gemeenschappelijke plan voor structurele inbedding van digitale technologie in de curricula van de beroepsopleidingen voor zorg en welzijn kan ook met gerichte nascholing van docenten starten. Op basis van een brede inbedding van dit thema in de curricula kan de nascholing waarschijnlijk ook binnen de HAN zelf worden ontwikkeld en uitgevoerd. Het Kenniscentrum HAN SOCIAAL heeft reeds een inhoudelijke voorzet ontwikkeld voor een dergelijke

---

<sup>10</sup> Tijdens deze verkenning zijn geen duidelijke signalen naar voren gekomen dat universitaire opleidingen voor gedragswetenschappen expliciet aandacht besteden aan digitale technologie in de zorg voor jeugd.

nascholing. Deze voorzet kan worden aangevuld met de bevindingen uit de Professionele Leergemeenschap Sociale Technologie en het –toekomstige- Sociotech-lab.

## **Bijlagen**

### **Onderbouwing literatuur- en websearch**

Voor deze inventarisatie is gebruik gemaakt van een brede literatuurstudie en web search in de periode van 1 juni 2014 t/m 2 maart 2015<sup>11</sup>. De literatuurstudie en web search richtte zich op digitale technologie in de jeugdsector, in aanpalende gebieden (GGZ en Welzijn) en in het hoger onderwijs.

Onderstaand overzicht is gebaseerd op een search in internationale databases (hoofdstukken 2 en 3), landelijke vakbladen van sociale studies, verpleegkundige studies en medische studies (hoofdstuk 4) en literatuurverwijzingen die zijn verkregen via persoonlijke interviews, bijeenkomsten en congressen (hoofdstukken 2 t/m 4).

In internationale databases als PsycInfo, Cochrane en Google Scholar is gezocht op de termen: E-health, E-hulp, Mhealth, Mobile health, Serious Games, E-mental Health, Gamification, Social media and mental health. Per thema's is getracht om minimaal 2 reviewartikelen van effectonderzoek te vinden. Op basis van de reviews zijn op basis van relevantie aanvullende artikelen gezocht.

In vakbladen en tijdschriften van sociale studies, verpleegkundige studies en medische studies is gezocht op de volgende termen: ICT in onderwijs, zorgtechnologie, sociale technologie, technologie in zorg.

Tenslotte zijn literatuurverwijzingen en voorbeelden van digitale toepassingen in de jeugdsector gevonden via databases (zoals genoemd in paragraaf 2.2.), congressen en vermelding tijdens interviews met onderzoekers en deskundigen uit de praktijk.

---

<sup>11</sup> Er zijn een aantal artikelen buiten dit tijdsframe later toegevoegd aan de literatuurlijst. Deze artikelen werden gezien als relevant voor de volledigheid van het rapport.



## Artikelen/publicaties

Amstadter A. B., Broman-Fulks, J. J., Zinzow, H., Ruggiero, K. J., & Cercone, J. (2009). Internet based interventions for traumatic stress-related mental health problems: A review and suggestions for future research. *Clinical Psychology Review*, 29, 410-420.

Awarenesslab. Gevonden op 10-10-2014 van: <http://awarenesslab.nl/>

Barak, A., & Bloch, M.A. (2006). Factors related to perceived helpfulness in supporting highly distressed individuals through an online support chat. *CyberPsychology and Behavior*, 8, 60-68.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 109-160.

Barak, A., Boniel-Nissim, M., & Suler, J. (2008). Fostering empowerment in online support groups. *Computers in Human Behavior*, 24, 1867-1883.

Barak, A., & Grohol, J. M. (2011). Current and future trends in Internet-supported mental health interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29, 155-196.

Barak, A., Boneh, O., & Dolev-Cohen, M. (2010). Factors underlying participants' gains in online support groups. In A. Blachnio, A. Przepiórka, & T. Rowiński (Eds.), *Internet in psychological research* (p. 17-38). Warsaw, Poland: Cardinal Stefan Wyszyński University Press.

Baldwin, M. W., Baccus, J. R., & Milyavskaya, M. (2010). Computer game associating self-concept to images of acceptance can reduce adolescents' aggressiveness in response to social rejection. *Cognition and Emotion*, 24(5), 855-862.

Benight, C. C., Ruzek, J. I. and Waldrep, E. (2008), Internet interventions for traumatic stress: A review and theoretically based example. *J. Traum. Stress*, 21: 513–520. doi: 10.1002/jts.20371

Bennett, G.G. & E. Glasgow (2009). The delivery of public health interventions via the internet: Actualizing their potential. *Annual Review of Public Health*, 30, 273-292.

Bewick, B. M., Trusler, K., Barkham, M., Hill, A. J., Cahill, J., & Mulhern, B. (2008). The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption—a systematic review. *Preventive medicine*, 47(1), 17-26.

Bijl R.V. & Ravelli A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med* 2000; 30: 57-668.

Boschen, M.J., & Casey, L.M. (2008). The use of mobile telephones as adjuncts to cognitive behavioral psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 546-552.

Braber, M. den. (2012). Mobile health and Online Help. Gevonden op 10 december 2012 van: <http://mdbraber.com/>

Carlbring, P., Furmark, T., Steczko, J., Ekselius, L. & Andersson, G. (2006) An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychologist*, 10, 30-38.

Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 11(2).

- Connolly, T. M., Boyle, E. A., MacArthur, E., Hainey, T., & Boyle, J. M. (2012). A systematic literature review of empirical evidence on computer games and serious games. *Computers & Education, 59*(2), 661-686.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior, 5*(2), 95-105.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 169-177.
- Mayer-Schönberger, V., & Cukier, K. (2013). *Big data: A revolution that will transform how we live, work and think*. London: John Murray.
- Dialogic Innovation (2014). *Handreiking Zelfredzaamheid en ICT: inventarisatie Digitale Informele Zorgdiensten en de potentie van Big Data en Open data*. Utrecht.
- Domotica. (n.d.). In *Wikipedia*. Gevonden op 11 november 2014, van <http://nl.wikipedia.org/wiki/Domotica>
- DuBois, D. (2004). Clinical and demographic features of the online counselling client population. *Counselling and Psychotherapy Research, 4*(1), 18-22.
- Duinstra, U. (2013). *Businesscase Meerwaarde Blended Hulpverlening*. Amsterdam: Stichting E-hulp.
- European Directory of Health Apps 2012-2013. A review by patient groups and empowered consumers. Uitgever: Patientview, Londen.
- Eysenbach, G., & Group, C. E. (2011). CONSORT-EHEALTH: improving and standardizing evaluation reports of Web-based and mobile health interventions. *Journal of medical Internet research, 13*(4).
- Finn, J., & Barak, A. (2010). A descriptive study of e-counsellor attitudes, ethics, and practice. *Counselling and Psychotherapy Research, 10*, 268-277.
- Freeman, E., Barker, C. & Pistrang, N. (2008). Outcome of an online mutual support group for college students with psychological problems. *Cyberpsychology & Behaviour, 11*(5), 591-593.
- Fiordelli, M., Diviani, N., & Schulz, P. J. (2013). Mapping mHealth research: A decade of evolution. *Journal of Medical Internet Research, 15*.
- Gamberini, L., Barresi, G., Majer, A., & Scarpetta, F. (2008). A game a day keeps the doctor away: A short review of computer games in mental healthcare. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation, 1*, 127- 145.
- Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M., & Kordy, H. (2007). The exploration of the effectiveness of group therapy through an internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. *Psychotherapy & Psychosomatics, 76*, 219-225.
- Goss, S., & Anthony, K. (2009). Developments in the use of technology in counselling and psychotherapy. *British Journal of Guidance & Counselling 37* (3), 223-230.
- Granic, I., Lobel, A., & Engels, R. (2013). The Benefits of Playing Video Games. *American Psychological Association Vol. 69, No. 1*, 66–78.

- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., & Thorogood, M. (2006). Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8.
- Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2006). Review of randomised controlled trials of internet interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist*, 10, 16-29.
- Grohol, J. M. (2004). Online counseling: A historical perspective. In R. Kraus, J. Zack & G. Stricker (Eds.), *Online Counseling: A handbook for mental health professionals* (pp. 51–68). San Diego, CA: Academic Press.
- Grohol, J. M. (2010a). From Netscape to Twitter: Fifteen years of mental health online. In A. Brunet, A. R. Ashbaugh & C. F. Herbert (Eds.), *Internet use in the aftermath of trauma* (pp. 3–22). Amsterdam, The Netherlands: IOS Press.
- Grolleman, J., Mutsaers, K., & van 't Land, H. (2008). E-mental health: Gebruik, toegang en effectiviteit van het aanbod. In: H. van 't Land, J. Grolleman, K. Mutsaers & C. Smits. *Trendrapportage GGZ 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Haas, S., Hoing, M., Schrieken, B., Tsagana, A., Wijnker, C., Michels, C., Kuyper, A., & Lange, A. (2009). Behandeling via het internet voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld. Een pilotstudie. *MGV*, 64, 981 – 997.
- Haaster, K. van, (2014). Youth Care Knowledge Exchange through Online Simulation Gaming. Designing and appreciating online simulation games to enhance youth care knowledge exchange. Utrecht: Utrecht University for Humanistics.
- Harrison, V., Proudfoot, J., Wee, P. P., Parker, G., Pavlovic, D. H., & Manicavasagar, V. (2011). Mobile mental health: Review of emerging field and proof of concept study. *Journal of Mental Health*, 20, 509-524.
- Van 't Hof E, Cuijpers P, Stein DJ. (2009). Self-help and Internet-guided interventions in depression and anxiety disorders: a systematic review of meta-analyses. *CNS Spectrums* 14(2 Suppl 3):34-40.
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Programma Masteropleiding Pedagogiek. Gevonden op 10-11-2014 van: <http://www.han.nl/werken-en-leren/studiekeuze/masters/pedagogiek/>
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Programma Social Work. Gevonden op 10-11-2014 van: <http://www.han.nl/werken-en-leren/studiekeuze/masters/social-work/>
- Hopps, S. L., Pepin, M., & Boisvert, J. M. (2003). The Effectiveness of cognitivebehavioral group therapy for loneliness via inter-relay-chat among people with physical disabilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 136-147.
- Hoogendijk, R., & Wolters, W. (red.) 2014. Voorbij de kalverliefde. Bohn Stafleu van Lochem, Houten).
- International Society of Mental Health Organisation/ISMHO. Gevonden op 10-10-2014 van: <http://ismho.org/>
- Jacobs, A. (2013). eHealth in het curriculum?. Gevonden op 14-10-2014 van: <http://www.smarthealth.nl/2013/07/21/ehealth-in-het-curriculum/>
- Jacobsin, F. (2014). Veel artsen niet voorbereid op een toekomst met ICT. Gevonden op 14-10-2014 van: <http://www.smarthealth.nl/2014/05/07/veel-artsen-niet-voorbereid-op-toekomst-met-ict-amc-knmg/>

- King, R., Bambling, M., Reid, W., & Thomas, I. (2006). Telephone and online counselling for young people: A naturalistic comparison of session outcome, session impact and therapeutic alliance. *Counselling and Psychotherapy Research* 6 (3), 175-181.
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients?. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4).
- Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., & Steege, M. van der & Oudhof, M. (2009). *CAP-J. Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*.
- Liebert, T., Archer, J., Munson, J., York, G. (2006). An exploratory study of client perceptions of internet counselling and the therapeutic alliance. *Journal of Mental Health Counselling*. 28,1,69-83.
- Lunenborg, M. (2013). Evaluatie van Bodyguard. (Scriptie). Universiteit Twente, Psychologie
- Meier, A., Lyons, E.J., Frydman, G., Forlenza, M., Rimer, B.K. (2007). How cancer survivors provide support on cancer-related Internet mailing lists. *Journal of Medical Internet Research*, 9(2): e12.
- Nagel, D. M., & Anthony, K. (2009). Writing therapy using new technologies—The art of blogging. *Journal of poetry therapy*, 22(1), 41-45.
- Mohr, D. C., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G., & Klinkman, M. (2013). Behavioral intervention technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health. *General Hospital Psychiatry*, 35, 332-338.
- Moorhead, S. A., Hazlett, D. A., Harrison, L., Carrol, J. K., Irwin, A. & Hoving, C. (2013). A new dimension of health care: Systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *Journal of Medical Internet Research*, 15.
- Myung, S. K., McDonnell, D. D., Kazinets, G., Seo, H. G., & Moskowitz, J. M. (2009). Effects of Web-and computer-based smoking cessation programs: meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 169(10), 929-937.
- Neve, M., Morgan, P. J., Jones, P. R., & Collins, C. E. (2010). Effectiveness of web-based interventions in achieving weight loss and weight loss maintenance in overweight and obese adults: a systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews*, 11(4), 306-321.
- Newton, M. S., & Ciliska, D. (2006). Internet-Based Innovations for the Prevention of Eating Disorders: A Systematic Review\*. *Eating disorders*, 14(5), 365-384.
- NHL Hogeschool. iHuman Masteropleidingen. (Brochure). Leeuwarden: Instituut Zorg & Welzijn, Hbo Masteropleidingen.
- Nieuwboer, C. C., Fukkink, R. G., & Hermanns, J. (2014). Analysing empowerment-oriented email consultation for parents: development of the Guiding the Empowerment Process model. *Child & Family Social Work*.
- Nieuwboer, C. C., Fukkink, R. G., & Hermanns, J. M. O. (2013). Peer and professional parenting support on the internet: A systematic review. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 16, 518-529.

- Nijland, N., van Gemert-Pijnen, J., Boer, H., Steehouder, M. F., & Seydel, E. R. (2008). Evaluation of internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *Journal of medical Internet research*, *10*(2).
- Nikken, P. (2007). 'Online hulp verdient nog veel aandacht: een verkenning naar het hulpaanbod voor jeugdigen in Nederland'. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- Peter, J., Valkenburg, P. M., & Schouten, A. P. (2006). Characteristics and motives of adolescents talking with strangers on the Internet. *CyberPsychology & Behavior*, *9*(5), 526-530.
- Pentland, A. (2014). *Social Physics: How Good Ideas Spread-The Lessons from a New Science*. Penguin.
- Portnoy, D. B., Scott-Sheldon, L. A., Johnson, B. T., & Carey, M. P. (2008). Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: a meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988–2007. *Preventive medicine*, *47*(1), 3-16.
- Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet-and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(1), 53-75.
- Van Reijen, M., Cloostermans, L., Witte, K., Nikken, P. & N. Zwikker (2015). Lessons Learned bij de pilot Verbinden Erkenningstraject Interventies en Serious games. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Reynolds JR, D. A. J., Stiles, W. B., & Grohol, J. M. (2006). An investigation of session impact and alliance in internet based psychotherapy: Preliminary results. *Counselling and Psychotherapy Research*, *6*(3), 164-168.
- Van Rijen, A. J. G., de Lint, M. W., & Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-health*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Riper, H., Smit, F., van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health. High Tech, High Touch, High Trust. Programmeringsstudie E-Mental Health in opdracht van het ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Riper, H., Smit, W. van Ballegooijen, L. Kooistra, J. de Wit en T. Donker (2013). *Preventie & eMental-health. Kennissynthese 2013 in opdracht van ZONmw*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Ritterband, L. M., & Tate, D. F. (2009). The science of internet interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *38*(1), 1-3.
- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Cox, D. J., Kovatchev, B. P., & Gonder-Frederick, L. A. (2009). A behavior change model for internet interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *38*(1), 18-27.
- Robinson, P., & Serfaty, M. (2008). Getting better byte by byte: a pilot randomised controlled trial of email therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, *16*(2), 84-93.
- Rooijen, van. K., Zwikker, N. & E. van Vliet (2014). Wat werkt bij online hulpverlening. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Saperstein, S. L., Atkinson, N. L., & Gold, R. S. (2007). The impact of Internet use for weight loss. *Obesity reviews*, *8*(5), 459-465.
- Sawyer, B., & Smith, P. (2008). Serious games taxonomy. In *Slides from the Serious Games Summit at the Game Developers Conference*.

Saxion Hogeschool (2014). Studiegids Gezondheid & Technologie. Enschede: Academie Gezondheid (AGZ).

Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., van Gemert, M., van Hoogenhuyze, C., ... & Wolters, W. H. G. (2015). *Handboek online hulpverlening*. (2<sup>e</sup> druk). Bohn Stafleu van Loghum.

Stichting E-hulp (2011). Congres Online hulpverlening 2011: Ervaringsdeskundigen over waarom online hulp voor hen werkt. Gevonden op 10-10-2014: <http://www.e-hulp.nl/nieuws/2011/11/10/ervaringsdeskundigen-over-waarom-online-hulp-voor-hen-werkt/>

Spek, V., Cuikpers, P., Nykli, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319–328.

Uden-Kraan, van C. F., Drossaert, C. H., Taal, E., Seydel, E. R., & van de Laar, M. A. (2008). Self-reported differences in empowerment between lurkers and posters in online patient support groups. *Journal of medical internet research*, 10(2).

De Vries, E. & M. Gielen (2014). E-skills voor zorgprofessionals. Nijmegen: Kenniscentrum publieke Zaak, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Warmerdam, L., Riper, H., Klein, M., van den Ven, P., Rocha, A., Ricardo Henriques, M., ... & Cuijpers, P. (2012). Innovative ICT solutions to improve treatment outcomes for depression: the ICT4Depression project. *Stud Health Technol Inform*, 181, 339-343.

Ybarra, M. L., & Eaton, W. W. (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental health services research*, 7(2), 75-87.

Zanden, R. van der. (2014). Master your mood. Online Depression Treatment For Adolescents & Young Adults: Effectiveness, Mechanisms Of Change & Language Use As Psychological Marker. Amsterdam: Vu University Press

Zanden, van der R. A., Speetjens, P. A., Arntz, K. S., & Onrust, S. A. (2010). Online group course for parents with mental illness: development and pilot study. *Journal of medical Internet research*, 12(5).

Zeeland, van. K. (2014). Online hulp is hip, maar Blended care is beter. Gevonden op 10-10-2014 van: <http://www.bjbrabant.nl/nieuws/2014-05-30-08-48-06/303-online-hulp-is-hip-maar-blended-care-is-beter-zegt-koen-van-zeeland>

Zwikker, N., I. Ligtermoet & M. Vergeer (2011). Competenties en randvoorwaarden voor online opvoedingsondersteuning. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Zwikker, N. (2012). 'Ouders online ondersteunen: hoe doe je dat?' In: 'Ouderschapskennis', jaargang 15, nummer 1, p.6-13.

### **Congressen/lezingen**

- Congres Games for Health. 27 en 28 oktober 2014, Utrecht. Games for Health Europe
- Congres “Aftrap van de week van de sociale technologie”. 24-11-2014, Utrecht. Movisie
  - Aslander, M. Lezing: “De nieuwe renaissance”.

- Minisymposium Technologie en de Toegepast Psycholoog. 25-11-2014, Nijmegen. Opleiding Toegepaste Psychologie. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- Congres voor Technologie en Zorgonderwijs. 10 december 2014, Den Bosch. Expertisecentrum voor innovatieve zorg en technologie & Zorgtechniek Limburg.
  - Kaljouw, M. Beroepenstructuur Zorg en Welzijn 2030. <http://www.zorginstituutnederland.nl/organisatie/structuur/commissies#AdviescommissieInnovatiezorgberoepenopleidingen>
  - Van Schaijk, T. Poster Hoe laat je Zorgtechnologie landen bij verpleegkundigen in opleiding en bij docenten?
- Congres (Verkeerd) verbonden: sociale technologie als bindmiddel. 23 en 24 april 2014, Nijmegen. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
  - Engelen, L. Lezing: "U krijgt er een collega bij".
- Symposium Jeugd- en gezinsonderzoek "Oog in oog met online jeugdhulp". 9 oktober, 2014, Nijmegen. Radboud Universiteit & Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
  - Van Zeeland, K. Lezing: "Blended Care hulpverlening; van aarzeling naar enthousiasme".
- Congres Online Hulp 2014. Vrijdag 28 november 2014, Utrecht. Bohn Stafleu, van Lochem.

### **Interviews en overleggen**

- Dr. G. Bloemsaat. Docent/Onderzoeker Toegepaste Psychologie. Hogeschool Arnhem Nijmegen
- E. van Norren. Docent ICT & e-learning/MWD. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- A. Zaat. Docent CMV. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- B. Wicherink. Docent/Onderzoeker SPH. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- W. Bruijning. Projectmanager Hulp Online & Blended hulpverlening. Kwadraad
- M. Limper. Adviseur en trainer Online hulp.
- S. Calmez. Jeugdbeschermer en trainer Online hulp. Jeugdbescherming Gelderland.
- P. Windmeijer. Projectmanager Survivalkid. GGD Drenthe
- Dr. C. Nieuwboer. Hoofd Expertisecentrum Online Jeugdzorg - R&D Hogeschool Fontys Pedagogiek.
- Dr. J. van 't Veer. Associatie Lector Instituut Zorg & Welzijn. Noordelijke Hogeschool Leeuwarden
- J. Rodenburg & A. Heida. Bohn, Stafleu en Lochem
- Onderzoekers Faculteit Ontwikkelingspsychologie Radboud Universiteit:
  - M. Poppelaars
  - L. Wijnhoven
  - H. Scholten

### **Bijeenkomsten**

- Bijeenkomst "Professionele Leergemeenschap Sociale Technologie". 30-10-2014, Nijmegen. Kenniscentrum HAN Sociaal.
- Expertmeeting "Hbo's en sociale technologie". 24-11-2014, Utrecht Domstad. Movisie & Hogeschool van Utrecht.

## **Genoemde websites**

Overzichten:

- Interventiedatabank Gezond en Actief Leven van Loket Gezond Leven (RIVM):  
<http://www.loketgezondleven.nl/interventies/zoeken-in-i-database/>
- Databank Effectieve Jeugdinterventies Nederlands Jeugdinstituut:  
<http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>
- Interventies voor jongeren ( Trimbos Instituut):  
<http://www.trimbos.nl/ggz-links/e-mental-health>
- Interventies voor ouders (Trimbos Instituut):  
[www.hoepaktudataa.nl](http://www.hoepaktudataa.nl)
- Het Online hulpstempel (Trimbos Instituut):  
<https://www.onlinehulpstempel.nl/>
- Digitale zorggids Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie:  
<http://www.digitalezorggids.nl/>
- Online tools voor Jeugdprofessionals (Fontys Hogeschool Pedagogiek / Expertisecentrum Online Jeugdzorg):  
<http://www.dejeugdprofessional.info/>
- Ehealthjeugdnetwerk (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie):  
<http://www.ehealthjeugdnetwerk.nl/>

## **Overige sites (in volgorde van weergave)**

99 gram: <https://www.99gram.nl/>

Gripopjedip: <http://www.gripopjedip.nl/nl/Home/>

113online: <https://www.113online.nl/>

Pestweb: [www.pestweb.nl/](http://www.pestweb.nl/)

Blogboek: <https://blogboek.com/>

Hulpmix (Niet meer actief sinds 1-1-2015)

Villapinedo: <http://www.villapinedo.nl/>

Mindlight: <http://theplayniceinstitute.com/mindlight-2/>

Loes.nl: <http://www.loes.nl/>

Sociaalopstap: <http://www.sociaalopstap.nl/>

Watwiljijmetwiet: <http://www.watwiljijmetwiet.nl/>

Kopopouders: [www.kopopouders.nl/](http://www.kopopouders.nl/)

Klik voor hulp: <https://www.klikvoorhulp.nl/>

OV coach: <https://itunes.apple.com/nl/app/ov-coach/id721625700?mt=8>

Oudersonline: <http://www.oudersonline.nl/>



Interapy: <http://www.interapy.nl>

Quli: <http://www.quli.nl/>

Kindertelefoon: <http://www.kindertelefoon.nl/>

Chatmetfier: <http://www.chatmetfier.nl/>

Kanta-messenger: <http://kanta-messenger.nl/>

Mijnkwadraad: <https://www.kwadraad.nl/formulieren/mijn-kwadraad-aanmaken/>

Mycardea: <http://www.cardea.nl/nl-NL/Voor+jongeren/Online+Jeugdzorg>

Psynet: <http://www.pazio.nl/project/psynet/>

Jouwomgeving: <http://www.jouwomgeving.nl/>

@JongFlorence: <https://twitter.com/JongFlorence/>

Parlan: <https://nl-nl.facebook.com/ParlanJeugdhulp>

Coach2care: <http://www.digitalezorggids.nl/gids/coach2care-school>

Igrow: [https://play.google.com/store/apps/details?id=nl.tno.igrow&hl=nl\\_NL](https://play.google.com/store/apps/details?id=nl.tno.igrow&hl=nl_NL)

Canyoufixit: <http://www.canyoufixit.sense.info/>

Bodyguard: <https://www.waag.org/nl/project/bodyguard>

Zora: <http://www.zorarobot.be/>

Paro: <http://www.parorobots.com/>

Alice: <http://www.ikbenalice.nl/>