

Stageopdracht – Bijlage bij portfolio

Naam student: Friso Liesker, HtH Amsterdam

Datum: ca. mei-september 2019

Vooraf:

Bij wijze van stageopdracht lever ik dit werkstuk in, dat diverse aspecten van ons vak als ervaringsdeskundige raakt. De inspiratie voor het onderwerp van deze opdracht vond ik in dit bericht¹: [CZ dwingt ggz-instellingen om digitale behandelingen aan te bieden](#). Dat riep bij mij de vraag op: krijgen "wij" - als ervaringsdeskundigen - daar ook mee te maken? En hóe beïnvloedt e.e.a. ons werk? In hoeverre krijgen ervaringswerkers te maken met digitalisering van de zorg? Hoe beïnvloedt e.e.a. onze werkwijze en benodigde vaardigheden? Wat merken instellingen waar ervaringsdeskundigen werken ervan? Hoe spelen ze daar op in?

Bij GGZ Noord-Holland-Noord, waar ik als ervaringsdeskundige in dienst ben, speelt deze thematiek inmiddels al.

Aanpak/werkwijze:

Ik heb er voor gekozen om niet een scriptie te schrijven maar om er een journalistiek werkstuk van te maken; de reden is dat tijd voor echt grondige research en het doen van uitgebreide interviews te kort schoot; ik had enkel vrijdagen en eens in de twee weken een dinsdag. Bovendien moest ik er voor waken dat ik niet weer in de hoogste versnelling aan de slag ging en dat ik mijn rust nam. Dit werkstuk moet dus worden gezien als een verkennende schets, een (voor mij) eerste kennismaking met een van de impact van een relatief prille ontwikkeling. En de journalistiek leent zich daar uitstekend voor.

Schets van het speelveld

Definitie van eHealth

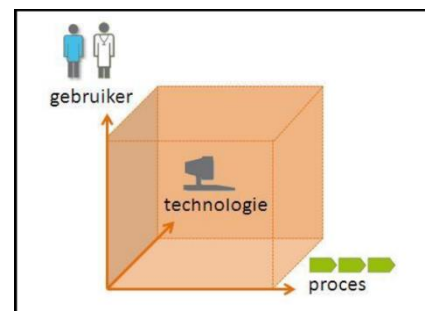
Om duidelijk te krijgen waar we het eigenlijk over hebben bij eHealth, heb ik een definitie gezocht en gevonden:

*EHealth is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren.*²

Omdat deze omschrijving nogal breed is, heb ik ook een iets bredere benadering gezocht; deze vind ik op de site [Trendition, die "powered" is by Nictiz & Radboudmc](#); daar valt te lezen:

Drie dimensies van eHealth

Brede definities doen dan misschien wel recht aan meerdere opvattingen, ze kunnen er ook toe leiden dat mensen door de bomen het bos niet meer zien. Het aanbrenge van een ordening kan dan het overzicht vergroten. Zo'n ordening brengen we aan langs drie dimensies, namelijk de plaats in het zorgproces, de gebruikers en de toegepaste techniek. We



¹ Dagblad Trouw, Marten van de Wier, eind maart 2019

² Ik heb deze definitie overgenomen uit [EHealth, wat is dat?](#), pag. 11, Nictiz, Auteur; Britt van Lettow, coauteurs: Myrah Wouters en Judith Sinnige, 27 maart 2019.

baseren ons daarbij op de whitepaper 'Ordering in de wereld van eHealth'³ (Krijgsman en Klein Wolterink, 2012).

Uit dit whitepaper neem ik voor de duidelijkheid ook even de uitleg over die drie dimensies over⁴:

Het zorgproces

Allereerst gaat het in de definitie van eHealth om ondersteuning en verbetering van gezondheid en gezondheidszorg. Verbetering treedt echter niet automatisch op door de inzet van ICT, maar door zorgvuldige inpassing van ICT in het zorgproces. Er zijn veel verschillende processen in de zorg waarbij ICT wordt ingezet. Een eerste dimensie waarlangs men verschillende eHealth-toepassingen kan indelen, is dan ook het *soort zorgproces* waarbij de eHealth-toepassing wordt ingezet. Dit is een indeling die al in 2002 is toegepast door de RVZ in de studie 'Inzicht in e-health'⁵. (...).

De gebruiker

Een tweede aspect van de definitie van eHealth is dat het gaat om 'het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën'. Een belangrijke vraag daarbij is: gebruik door wie? Gaat het om patiënten, zorgverleners en/of anderen? Ook dit leidt tot een bruikbare dimensie om onderscheid te maken tussen verschillende soorten eHealth-toepassingen: wie zijn de gebruikers?

De technologie

Een derde bruikbare dimensie is de technologie zelf. Welke 'nieuwe informatie- en communicatietechnologieën' worden ingezet? Er valt bijvoorbeeld onderscheid te maken tussen webapplicaties en domotica.

Ten slotte vond ik ook dit schema met een indeling van eHealth-toepassingen; prettig en overzichtelijke, ook voor mijn eigen beeldvorming:⁶



figuur 2: schematische weergave van de door de RVZ voorgestelde indeling van eHealth-toepassingen.

³ Daar wordt op pag. 2 ook uitgelegd waarom is gekozen voor eHealth boven eHealth. Ik hou voor de eenduidigheid eHealth aan.

⁴ Pag. 3.

⁵ Met koppelstreepje, zo heet die studie nou eenmaal.

⁶ Ook weer uit het Whitepaper Ordering in de wereld van eHealth (pag. 4)

Verder bleek de site [Digitale ZorgKompas](#) site erg nuttig.

Daar is onder meer een introductie te zien van wat e-mental health is in een notendop. Het fenomeen bestaat nog maar een paar jaar en sindsdien is er veel gebeurd en ontwikkeld. In de introductie van het filmpje hiernaast zegt e-mental health expert Jorn Grolleman: "Internet vormt een belangrijke bron van informatie



over onze gezondheid. Zo'n 65 procent van de zorggebruikers zoekt op internet naar informatie over ziekte of behandelingen. Acht procent vult wel eens een online zelftest in. Er zijn duizenden gezondheidsapps en steeds meer Nederlanders monitoren zelf hun gezondheid met behulp van slimme technologie. Ook de zorg zet voorzichtige stappen op het digitale pad. Het gebruik van e-mental health, zoals digitale vragenlijsten, behandelmodules of contact op afstand, is nog niet in ingeburgerd."

In de video wordt e-mental health in de volledige breedte besproken. Wat is het? Waar staat de eerste lijn nu? En wat kunnen we verwachten in de toekomst?

Ook het boekje *E-Health – Handboek voor zorg- en hulpverleners*⁷ bleek een nuttige bron.

⁷ *E-health. Handboek voor zorg- en hulpverleners*, onder redactie van Alexander Waringa en Anne Ribbers, 2018, Boom

eHealth, competenties & ervaringsdeskundigheid

Digitale zorg begint steeds meer door te dringen in het werk van zorg- en hulpverleners. Dus ook in dat van ervaringsdeskundigen. Maar is dat niet een verarming van de behandeling? Ofwel: wat betekent e-zorg voor het ervaringsdeskundige gedragskenmerk⁸ van: “Is nabij voor de ander en kan flexibel met grenzen kan omgaan, zonder daarbij de eigen grenzen te overschrijden”? Hoe nabij kun je zijn op afstand? Moet de ervaringsdeskundige nieuwe competenties aanleren? Een zestal professionals geeft zijn visie.

Als je het aan Marien Geense vraagt, Programmamanager digitalisering Digitaal bij *Pameijer* in Rotterdam, is het helemaal geen vraag of ervaringsdeskundigen met digitalisering (van de zorg) te maken krijgen. Dat is volgens hem gewoon een feit.

In een gemailde reactie schrijft hij namelijk⁹: *“In een perspectief waarin ik de ervaringsdeskundige als coach zie in het hersteltraject van iemand met een hulpvraag, is je onderzoeksvraag zeer relevant denk ik. Want een groot onderdeel van dat hersteltraject is nu al afhankelijk van de al dan niet digitale behendigheid. Niet alleen door de inzet van eHealth. Maar vooral ook omdat zonder digitale kunde het lastiger is om snel en goed te schakelen met bepaalde (overheids-) instanties die steeds meer digitaal ingericht zijn.*

Ik maak graag een onderscheid tussen het doel digitale vaardigheid en eHealth. Naar mijn beeld moet er vanuit die scheiding ook bij de ervaringsdeskundige en de opleiding daartoe¹⁰ aandacht zijn voor:

- 1. Digitale vaardigheid van de ervaringsdeskundige zelf, om vervolgens de digitale vaardigheid van persoon met de hulpvraag te kunnen helpen versterken;*
- 2. Opvolgend aan 1 is het logisch om eHealth in te zetten in het hersteltraject van de cliënt. Je ziet dat eHealth inzetten echt effect kan hebben maar alleen wanneer er een bepaalde mate van digitale vaardigheid is.*

Ik ben dus echt van mening dat, voordat je eHealth daadwerkelijk effectief kan toepassen, de gebruikers wel in staat moeten zijn om het te gebruiken. Daar zit momenteel een flinke ‘kloof’. Zie ook deze [kamerbrief \(12-2018\) van Staatssecretaris Knops](#) m.b.t. dit onderwerp. (FL: Daarin legt Staatssecretaris Knops (BZK) aan de Tweede Kamer uit hoe hij ervoor wil zorgen dat iedereen in Nederland kan meedoen met de toenemende digitale communicatie in de samenleving. Het gaat dan over het werken met digitale apparaten zoals smartphones of tablets. En het gebruiken van digitale overheidsdiensten.)

⁸ Zie het [Ervaringsdeskundigheid Beroepscompetentieprofiel](#), GGZ Nederland, Trimbos-instituut, HEE en Kenniscentrum Phrenos, Marianne van Bakel, Sonja van Rooijen, Dienke Boertien, Joost Kamoschinski, Sonja Liefhebber en Maaïke Kluit, pag. 37.

⁹ (Ik neem hier zijn reactie integraal over, voor de leesbaarheid hier en daar minimaal geredigeerd).

¹⁰ Cursivering FL.

Langzaam maar zeker dringt bij ons allen door dat een groot deel van sociale inclusie, digitale inclusie is. Inderdaad zie je dit ook in de media opduiken, bijvoorbeeld (FL: ... het bericht op NPO Radio 1 over dit onderwerp: [De digitalisering is voor 2,5 miljoen Nederlanders een probleem](#)).

De grote vraag die nu leeft, is wie die versterking van digitale bekwaamheid gaat bekostigen. Het lijkt erop - onder meer door eerder genoemde kamerbrief maar ook subsidies die op dit thema worden verstrekt - dat de overheid hierop instapt. In de praktijk blijkt het echter nog een kunst om geld en tijd vrij te maken voor het simpelweg digitaal vaardig maken van de cliënten.

M.b.t. wat digitaal vaardig is en wat ervoor nodig is kun je ook is kijken op (FL: deze twee artikelen: [‘Je moet je vier tot acht uur per week bijscholen’](#) en [‘Werken aan digitale geletterdheid: van visie naar praktijk’](#).”

Kortom, de ervaringsdeskundige moet dus niet alleen zélf digivaardig zijn, het behoort zelfs tot zijn taak om zijn cliënten - voor zover ze die dat niet zijn - ook digivaardig te maken.

Niek Kuijper

Manager marketing & communicatie bij GGZ-Noord-Holland-Noord

Hoe kijken andere professionals in het veld hier tegenaan?

Ook wat **Niek Kuijper**, manager marketing & communicatie bij GGZ-Noord-Holland-Noord en verbonden aan *DiSofa online*, is digitale zorg niet zo'n big deal. Waar het volgens Niek vooral betekent is dat het gaat om op een andere manier het werk te organiseren: "Honderd procent online behandelen voor wie dat wil. We blijven doen wat we doen, we bieden alleen meer flexibiliteit. Behandeling die tijd en plaats onafhankelijk is."

Maar dat was niet altijd zo. Het omarmen van digitale zorg is namelijk het gevolg van de klantreisanalyse die Niek heeft gedaan. Daaruit bleek dat GGZ-Noord-Holland-Noord in het hele aanmeldingsproces een nogal afstandelijke organisatie is die geen relatie aangaat met de nieuwe klant. Niek: "Mensen moeten ontzorgd worden; dat er hulp nabij is als de nood het hoogst is. We ontdekten dat mensen in hun aller moeilijkste periode geen relatie met een mens hebben maar met een instituut. Je zal suïcidaal zijn. Of een vitale depressie hebben, psychotisch zijn, of hypomaan... Op het allerergste moment dat je kunt bedenken, dat je nog geen zorg hebt gehad en dat het zo erg is geworden, dat je niets anders meer kunt dan zorg zoeken, waar kun je dan terecht? Wat we terug kregen was: 'Ik voel me een nummer, ik voel me niet gezien, ik moet er zelf achteraan.' Die stress nemen we weg door de zorg toegankelijker te maken. Wat we dus zagen is dat de tevredenheid toeneemt zodra iemand zijn behandelaar ontmoet.

DiSofa wilde daarom de procespuisten wegnemen.¹¹ "Ons doel was: we gaan de meest persoonlijke GGZ zijn. Van daaruit zijn we bij 100 procent online uitgekomen. Dat is provocerend voor mensen die in oude structuren vast zitten. Die zeggen: 'Als er iets niet persoonlijk is, dan is het digitaal. Je moet iemand kunnen aanraken.' Maar hoe vaak gebeurt dat? De vraag is: past dit type zorg, digitale zorg dus, bij JOU? Negentig procent van de ondervraagden vond het prima. Vergeet ook niet: e-zorg is ook een oplossing als mensen niet willen of kunnen reizen. En bovendien: je neemt het stigma en ongemak weg van in je woonplaats in een wachtkamer zitten."

Beam me up Scotty

Hoe kan die zorg tijd en plaats onafhankelijk zijn? "We hebben alle stappen die we echt kunnen missen er tussen uit gehaald", vertelt Niek. "Zoals onder andere de intake en het secretariaat. Bellen

¹¹ FL.: Alle overbodige schakels en bureaucratie in het proces.

betekent dat je doorgaans diezelfde dag al in zorg genomen kan worden. Mensen kunnen zelf contact opnemen, zonder wachlijsten, je wordt direct te woord gestaan. Als je 's morgens of 's avonds een berichtje achterlaat op onze website word je binnen een werkdag teruggebeld en soms zelf direct. Maar je kan ook gewoon doorverwezen worden door je huisarts of door zorgverzekeraars. Vervolgens wordt er gekeken op welke momenten mensen behandeld willen worden; is dat op zondag of een avond - aangezien avonden ook vrij populair zijn. Daar kunnen we allemaal in voorzien. Want voor onze cliënten maakt het niet uit op welke plek het plaatsvindt en voor de behandelaren ook niet. Die zitten over de hele wereld van Amerika, Spanje tot Israël, en het neemt nog toe. En ze spreken allemaal Nederlands en zijn in het Nederlands opgeleid. Het zijn allemaal GGZ psychologen met een BIG-registratie. Doordat die mensen in verschillende tijdvakken wonen, zijn ze


HOE WERKT TELEZORG?

Telezorg werkt via een computer, laptop, tablet of smartphone. U heeft contact met uw behandelaar via het beeldscherm. Zo ziet en hoort u elkaar en kunt u op een eenvoudige manier uw vraag stellen of vertellen wat er aan de hand is. Als het nodig is, wordt extra hulp ingeschakeld.

Er zijn verschillende vormen van contact:



↓



↓

op afspraak

U maakt een afspraak op welke dag en tijdstip u via het beeldscherm spreekt met uw behandelaar. De behandelaar zit ook achter een beeldscherm.

op verzoek

Hulp inschakelen als u dat nodig heeft: 24 uur per dag, 7 dagen per week. Dit is mogelijk wanneer u hierover afspraken maakt met uw behandelaar. Het is niet altijd mogelijk om op dat moment uw eigen behandelaar te spreken, maar wel om altijd contact te leggen met een (andere) hulpverlener.

Omgekeerd kan uw behandelaar ook proberen om contact met u op te nemen. Deze kan u alleen horen en zien wanneer u het verzoek voor contact aanneemt, net als bij een telefoon.

"Een blij gezicht of een sambere blik zegt vaak meer dan honderd woorden. Met één aanraking van het scherm kan ik iemand zien die vertrouwd is en die meteen actie kan ondernemen. Dit geeft een veilig gevoel."

COMPUTER



Contact op afstand; het is mogelijk met telezorg

Een beveiligd programma waarmee u, via een beeldscherm, gemakkelijk contact kunt leggen met uw behandelaar, een familielid of lotgenoot.

TABLET



Telezorg draagt bij aan onze visie: 'Beter worden doe je thuis'

Met deze vorm van dienstverlening heeft u, als klant bij GGZ NHN, meer eigen regie en zelfstandigheid en kunt u op moeilijke momenten snel hulp inroepen en daarmee eventueel een opname voorkomen.

SMARTPHONE



Telezorg is mogelijk voor iedereen

Bent u in behandeling bij GGZ NHN? Dan kunt u gebruik maken van telezorg. De duur van uw behandeling speelt geen rol; u kunt altijd met uw behandelaar bespreken wat de mogelijkheden zijn.

LAPTOP



Telezorg is een aanvulling op uw behandeling

U heeft daarnaast bijvoorbeeld ook gesprekken of therapieën. Als deze vorm van zorg goed bevalt, is het wel mogelijk dat de gesprekken vaker via telezorg plaatsvinden.

(Folder GGZ)

altijd inzetbaar. Het is bijna – dit schurkt tegen opscheppen aan – *Beam me up Scotty*. We hoeven ook geen ruimtes te reserveren, dat is hier¹² ook een crime! Echt een voordeel want bij inboeken, daar gaan ook dingen fout, dubbele boekingen... En elke vierkante meter kost geld... Dat hebben we allemaal niet. Het is veel makkelijker om een klant en een behandelaar bij elkaar te brengen. Of het nou in Australië is of in Heerhugowaard, dat maakt echt niet uit."

Met de kat op schoot

Alles 24/7? Alles 24/7, beaamt Niek. "Je kunt op zaterdag worden behandeld. De meest populaire dag is zondag. En heel vroeg. Zoals gezegd: het gaat over toegankelijkheid. En daarover gesproken, en dat is waanzinnig, we krijgen van heel veel mensen te horen: 'Wat ik fijn vond is: het kon in mijn eigen huis. De plek waar ik me rustig en veilig voel en als ik het moeilijk had, dan had ik mijn kat op schoot.' Noem mij één GGZ waar je je kat mee naar toe kunt nemen om daar steun van te ondervinden! En dat is óók wat bijdraagt aan onze missie: wij willen de meest persoonlijke GGZ. Dit verhaal gaat over digitaal en dit is dus niet digitaal! En dat vind ik van belang om te benadrukken; het

¹² Bij GGZ-NHN in Heerhugowaard, waar Niek zelf werkt, FL.

stelt ons in staat om persoonlijk te zijn en om dichtbij te zijn, en flexibel te zijn en daarmee toegankelijker zorg te organiseren.”

Volgens Niek is het “je vak” om dáár te zijn waar de klant wil slagen. Beter worden doe je thuis, is één van de uitgangspunten van GGZ-NHN. “Dus e-zorg bij iemand thuis: Dat is juist super ambulante!! Dat vergeten mensen wel eens. Digitaal scharen ze helemaal niet onder het ambulante stukje maar digitaal is ambulantisering. Het past helemaal bij onze kernwaarden. Het is TOP-ambulante.”

Nieuwe vaardigheden nodig?

Een *paradigm shift*, noemt Niek het. “En toch maken we alleen maar gebruik van alles wat er toch al was. Het enige wat we hebben toegevoegd is: toegankelijkheid en service. Het is sociale innovatie. Iedereen zegt: moeilijk moeilijk, maar iedereen is digitaal vaardig op zijn eigen telefoon! Zorg is niet moeilijker dan dat. Dus er zijn wat mij betreft geen nieuwe competenties nodig!! Dus wat er vooral is: er is werk aan de winkel voor de ervaringsdeskundige; voor de organisatie ervan! Mijn boodschap is: het mag online!! Verbijzonder het niet, ervaringsdeskundige, ga er mee aan de slag. Je ontwikkelt andere voelsprietten. Je kunt geen wippend vetje zien maar je kunt wel iemand vragen zijn huiskamer te laten zien. Een behandelaar vertelde me hoe hij met iemand sprak die steeds even uit beeld verdween tijdens het gesprek. Die dacht op een goed moment, toch eens vragen wat hij nou doet. ‘Ik neem een biertje’ zei die cliënt. Die behandelaar zei: ‘Een biertje? Om twee uur ‘s middags? Is dat niet een beetje vroeg?’ En vervolgens werd dat aspect in de behandeling opgenomen. Dat soort dingen kom je niet aan de weet als iemand naar een instelling moet voor een gesprek.”

Nicole Hoeymans, Vakconsulent Herstel en Ervaringsdeskundigheid bij Markieza

Bij Markieza (Opleiding en expertise ervaringsdeskundigheid) gaan ze geheel uit van iemands herstelverhaal. De digitale zorg bij deze instelling begon met het heen en weer sturen van Word-documenten waarop een cliënt geschreven feedback krijgt van een ervaringsdeskundige om zo in het eigen verhaal van de betrokkene de rode draad te ontdekken, en dan vooral de belangrijke kantelmomenten en de momenten waaruit kracht en mogelijkheden blijken.



Momenteel is de instantie echter bezig om dat om te zetten naar een online omgeving. Zodat de cliënten echt de zelfzorgmodules kunnen doorlopen en alle zorg via de website verloopt. Dus geen heen en weer mailen van Word-documenten meer. “Maar

mensen die niet over een computer beschikken, die kunnen nog brieven sturen of die als ze bezwaren hebben in verband met privacy een stickje”, vertelt Nicole.”

De waarde de nieuwe werkwijze zit hem in de ervaringsdeskundige coaching die online wordt geboden. Dat heeft twee voordelen volgens Nicole: 1) mensen kunnen anoniem blijven, 2) sommigen

zijn verbaal niet zo sterk of ze hebben een sociale angst om met anderen in gesprek te gaan en zijn juist wél verbaal sterk. Die laatste schrijven graag van zich af, bijna dagboekachtig. En omdat dat anoniemer voelt, geeft dat vaak meer diepgang aan hun verhaal. Het is dus heel persoonlijk; de één heeft juist fysiek contact nodig, de ander doet het liever anoniem in de eigen omgeving. De zorg gaat dus in de regel online maar soms zijn er mensen die wat ouder zijn of die in een beschermde woonvorm zitten, vertelt Nicole: “Heel soms maken we dan een uitzondering en kijken we of een ervaringsdeskundige diegene persoonlijk wil begeleiden.”

De kern van wat Markieza dus doet, is mensen coachen bij het schrijven van hun herstelverhaal. De focus ligt niet op de actuele problemen, maar geheel op het doel om cliënten inzicht te geven in hun eigen verhaal en de herstelmomenten. Nicole: “De kennismaking is vaak vanuit diagnose; Maar welke rollen heb iemand nog meer? Zo leren mensen wat ze nog méér zijn buiten wat ze al jaren te horen krijgen. Ze leren: ik heb ook krachten. Eigen regie.”

Sommige coaches heten coach 1 of coach 2

Zoals het momenteel gaat, krijgt de cliënt zijn tekst per mail. Daarop wordt een reactie gegeven door een coach. De cursus wordt op meerdere plekken gegeven ????. Soms vinden deelnemers het belangrijk om fysiek kennis te maken. Maar er zijn ervaringsdeskundige coaches die daar zélf geen behoefte aan hebben, die willen liever anoniem te blijven. Nicole: “In Utrecht wordt de training ook gegeven en daar geven de coaches niet eens hun naam: daar heten ze Coach 1, coach 2. Ook lang niet alle cliënten hebben behoefte aan een gezicht. Vanuit Markieza proberen we dus echt wel te kijken waar de deelnemer die zijn verhaal gaat schrijven, behoefte aan heeft. Is dat even een face to face contact of is het een belletje, daar proberen we heel flexibel mee om te gaan.”

Tachtig procent van communicatie is non-verbaal

In hoeverre heeft Nicole het gevoel dat deze werkwijze voor haarzelf bepaalde nieuwe kwaliteiten vraagt? Die ze voorheen niet had? Is ze zelf opgeleid als ervaringsdeskundige? “Ja, ik heb de HBO-opleiding gedaan, op de Fontys. En ik heb alle trainingen wel zo’n beetje gedaan, *Herstellen doe je zelf, Werken met eigen ervaring*,... Oh ja, om coach te worden voor het herstelverhaal moet je ook echt gerichte een opleiding volgen met coachvaardigheden. Het accent ligt juist daar juist op de vaardigheden om schriftelijk feedback te kunnen geven. Want normaal gesproken is tachtig procent van alle contact non-verbaal; dat valt natuurlijk weg als je online gaat coachen en iemand niet face to face voor je hebt zitten.”

“Dus dan komt het heel erg aan op nuances en verduidelijkende vragen. Dus dat zijn wel coachvaardigheden, die online vaardigheden, daar word je echt in getraind. En dat is echt een tweedaagse training voordat je als coach aan de slag kunt. En het is een voorwaarde dat je als coach zelf ook je herstelverhaal hebt geschreven. Dus je gaat zelf eerst bij een andere coach de training doorlopen, zodat je het zelf ook aan den lijve hebt ervaren wat wel en wat niet helpt met digitale feedback en communicatie.”

Online stelt echt andere eisen

Schakelen naar online stelt dus echt andere eisen, meent Nicole. Sommige coaches vinden het volgens haar moeilijk om enkel en alleen te coachen op het schrijfproces. “Voor je het weet gaan mensen je om hulp vragen kun je me helpen met dit en dat. Aan die mensen is de boodschap: zoek hulp in je eigen kring. Dat jij van achter je laptop een crisis op kunt lossen, is een illusie. Ook al wordt als een alwetende vraagbaak gezien.”

Een ander punt van attentie is dat mensen soms ook wel héél open kunnen zijn: “Voor je het weet, weet je echt de meest intieme dingen. Soms moet je mensen daarin echt beschermen. Of iemand krijgt trauma-herinneringen. Dat kan voor een ervaringsdeskundige best binnenkomen... Daarom wordt er gezorgd voor intervisie: hoe daarmee om te gaan? We hebben ook een ervaringsdeskundig netwerkje opgezet daarvoor. Je kunt als ervaringsdeskundige als slachtoffer iemand moeten

begeleiden die dader is geweest. Soms kan het ook iemands biecht zijn... Dan is anonimiteit echt een pre. Die verhalen komen niet in een dossier terecht.”

Foto's en animatiefilmpjes

Op de vraag of mensen die het lastig vinden om zichzelf schriftelijk wel geschikt zijn, antwoordt Nicole: “Nee. Er wordt dus regelmatig nagedacht over andere vormen van communicatie, bijvoorbeeld met beelden, foto's, tekeningen. Aan de hand van de bouwstenen.¹³ Of een animatiefilmpje. In het maken worden ze ondersteund. Vooral jongeren, die zijn van YouTube. Die lezen ook geen gebruiksaanwijzingen meer; ze kijken op YouTube. Al die dingen vergen een andere manier van feedback geven; maar de rode lijn blijft het herstelverhaal.”

Worden die tekeningen per post gestuurd? Niet digitaal? “Vaak wordt een foto opgestuurd”, aldus Nicole. “Net als songteksten: bij deze bouwsteen moest ik echt denken aan dit nummer. De klant kiest het medium dat bij hem past.”

De WRAP lijkt de ruggengraat van de aanpak, klopt dat? “Ja, dat proberen we te integreren maar dat is toekomstmuziek. Het streven is uiteindelijk om een online herstelplek te creëren waar mensen hun eigen persoonlijk dossier hebben, dat helemaal is ingericht op hun herstel, hun vaardigheden, competenties... En waar een stukje WRAP in zit: Wat heb ik nodig voor een goed gevoel?”

Ze zwijgt even en vervolgt: “Het is lastig om iemand te coachen die je niet voor je ziet... Sommigen hebben niet door hoe feedback over kan komen. Zoals een grapje of zo. Contact per chat is anders dan via een scherm. Of als iemand een paar dagen later reageert. Je weet niet hoe iemand iets oppakt. Niet iedereen is geschikt voor online. Iemand online her- en erkenning geven is lastig. Via mailcontact is het lastig te checken of je op dezelfde golflengte zit. Voor je het weet heb je NIVEA: Ik snap je. Je vraagt niet zo snel: bedoel je dit of dat, real time checken kan niet. Je kunt dan makkelijk de plank misslaan.”

De cursus is echt één-op-één. Niet in groepen, vertelt Nicole: “In de toekomst willen we een online forum, waar deelnemers elkaar interactief kunnen ondersteunen. Maar dat is erg duur. Er gaat veel tijd zitten in online ondersteuning, en financiering is een probleem. Nu betalen mensen voor een inlog. We zouden graag zien dat mensen de cursus gratis kunnen volgen maar we zijn afhankelijk van subsidies... En zorgverzekeraars. Dat is echt een rem op de ontwikkeling.”

Eva van den Dijssel, Beleidsadviseur maatschappelijk en specialistisch bij GGZ Noord-Holland-Noord

Eva van den Dijssel ondersteunt met haar team de GGZ-dienst. En die zit vaak omhoog. Die dienst heeft lange wachttijden voor psychologische behandeling, en krijgt vacatures soms niet ingevuld. Dan kunnen ze klanten naar het team van Eva doorverwijzen. Dat team zit over de hele wereld, net als het team van Niek Kuijper, alleen doet Nieks team de basis GGZ en dat van Eva de SGGZ. De SGGZ is complexer maar online werkt daar wel. Eva: “We hebben vorig jaar een onderzoekje gedaan, bestaand uit een kort vragenlijstje aan cliënten, hoe ze die behandeling ervaren hebben, en die waren over de inhoud van de behandeling super tevreden. Daar kregen we een 8,4 voor. Dat is hoger dan face to face. En wat ik terugkrijg van die online behandelaren, zijn ook best wel heel positieve verhalen: mensen die het bijvoorbeeld eng vinden om naar buiten te gaan, kunnen starten in de veilige omgeving van hun eigen huis, met hun huisdier erbij. En het is niet minder persoonlijk, heb ik begrepen. Er ontstaat net zo'n therapeutische relatie als dat je bij een fysieke ontmoeting hebt.”

¹³ Zoals ook bij de WRAP wel wordt gedaan, zie [Visietoets over de WRAP, pag. 5., onder vraag 3.](#)

Verarming van de behandeling

Recent hoorde ze tijdens een bijeenkomst een collega zeggen dat hij “online” een *verarming* van de behandeling vond. “Dat is het niet”, zegt ze beslist. “En ik heb het nu over beeldbellen. De modules van [Minddistrict](#)¹⁴ noemde hij óók een verarming, want dan ging het via techniek. Daar ben ik het ook niet mee eens, want het mooie van die modules is dat er structuur in zit, waardoor je als behandelaar een bepaalde structuur met een klant volgt, die daar in de behandelkamer niet aan denkt.¹⁵ Het helpt jou als behandelaar ook heel erg om niet dingen te vergeten. En om niet te zeggen, goh, hoe is het vandaag met je, om vervolgens een half uur over niks te praten.”

Haalt dat niet de spontaniteit uit een het gesprek? “Ja”, zegt Eva, “en dat is ook heel goed, want we hebben enorme wachttijden, dat vrijblijvende, dat hoort niet meer bij behandeling. Want al die mensen die aan het wachten zijn, doe je eigenlijk tekort omdat je andere mensen te lang behandelt. En als de behandeling niet effectief is, moet je er ook mee stoppen. We moeten veel meer evalueren, kijken wat we aan het doen zijn, niet overloos doorgaan, dat kan gewoon niet meer.”

Lijdensdruk

Ze vertelt dat ze recent in haar groep een schemaatje had laten zien van behandelingen; negentig procent was beeldbellen, negen procent online behandelmodules en één procent face to face; dat kan omdat sommigen in Nederland wonen en die soms een klant op locatie zien. Maar negen procent voor modules vinden wij te weinig. Dus wij moeten hen gaan stimuleren om meer modules te gaan gebruiken, naast het beeldbellen uiteraard. Die modules zijn geen verarming maar juist een verrijking, omdat iemand zelf in beweging moet komen. Die moet thuis wat doen en daar kun je het dan in het gesprek over hebben. Dus het is efficiënter en je zet mensen ook zelf aan de gang. De tijd van ‘Jullie gaan mij beter maken’, dat kan niet meer. Je moet zelf wat doen. En sommige mensen hebben daar natuurlijk helemaal geen zin in. Dan is de lijdensdruk dus blijkbaar niet groot genoeg. Tegelijk zijn er nog veel behandelaren van de oude stempel. En die eigenlijk zeggen: kom maar hier, wij zorgen wel voor je. De ideale behandelaar is iemand die kritisch is naar zichzelf en naar de klant. Die zich afvraagt: waar staan we? Die zegt: als het niet voldoende opschiet, dan moeten we misschien iets anders doen.”

“Wat je vaak ziet is dat op het moment dat ook behandelaren lijdensdruk gaan ondervinden, omdat ze gebukt gaan onder de wachtlijst, pas dan komen ze in beweging. Dus eigenlijk is het zo dat die lange tijden in de GGZ-teams het proces versnellen naar de online behandelaar toe. En binnen die online behandelaren hebben we nu ook weer een wachttijd, daardoor moeten we kritisch gaan kijken naar: wat zijn we aan het doen?”

Ervaringsdeskundigen

Eva denkt dat deze dynamiek zeker ook impact zal hebben op het werk van ervaringsdeskundigen. Dat internetbehandeling ook onze kant op komt. En inderdaad er is een beweging dat ook de ervaringsdeskundigen met herstelmodules zullen moeten gaan werken. “Ik denk dat het voor jullie op die manier iets dichterbij komt”, zegt Eva. “Maar in de eerste periode wordt dat natuurlijk vooral gedaan door mensen die daar feeling mee hebben, en als je er niets mee wilt, dan kun je daar voorlopig nog wel een tijdje onderuit. Maar het is misschien wel leuk voor ervaringsdeskundigen om te onderzoeken waar hun digitale mogelijkheden liggen.”

¹⁴ Minddistrict biedt is een ehealthplatform dat - zoals de website aangeeft - dat de persoonlijke route naar herstel van mensen ondersteunt met technologie, van preventie tot nazorg. “Op die manier sluit zorg aan bij de eigen behoefte van mensen. Of je nu psychische klachten hebt, je leefstijl wilt veranderen of wil leren omgaan met een (chronische) ziekte. We verdelen onze ehealthcatalogus niet op basis van een diagnose. Mensen zijn namelijk meer dan hun diagnose: ze hebben behoeftes, en persoonlijke voorkeuren. En ze hebben misschien problemen die niet in een diagnose te vangen zijn, maar wel invloed hebben op hun gezondheid en herstel. Daarom gebruiken we [16 thema's](#), gebaseerd op doelen. Binnen ieder thema vind je diverse modules, dagboeken en andere onderdelen die naar positieve verandering leiden.”

¹⁵ Hoe meer tijd er zit tussen een bericht van de twee gesprekspartners, hoe minder er sprake is van synchroniciteit van de communicatie. Er wordt dan gesproken van (een bepaalde mate) *asynchroniciteit* van communicatie.

Ze geeft het voorbeeld van een autismegroep, die zes keer bij elkaar komt en deels digitaal is, waarbij de deelnemers thuis opdrachten moeten doen. Ze moeten nagaan hoe het autisme zich bij hun openbaart, en stukken tekst lezen. “Eigenlijk die dingen die je ook thuis kán doen. En dan ga je dat in de groep uitwisselen. En dat is eigenlijk efficiënter want dan heb je er al over nagedacht. En ik denk dat er voor de groepen die jullie als ervaringsdeskundigen geven ook heel veel mogelijkheden zijn. Dat is denk ik hoe het zich gaat ontwikkelen. Als je goed voorbereid naar zo’n groep gaat, dan heb je er veel meer aan. En dan kun je ook weer meer mensen bedienen in een kortere periode.”

Virtual reality

Als voorbeeld noemt ze *virtual reality*. Dat is best ingewikkeld maar tegelijk hartstikke mooi want mensen kunnen in de kamer oefenen om een café te bezoeken of op straat contact aan te gaan, want sommige mensen zijn natuurlijk heel wantrouwig. Dat soort dingen kun je oefenen, dat is echt leuk. Dus als je het hebt over de vaardigheden voor de ervaringsdeskundige... virtual reality, daar moet je echt digitale vaardigheden voor hebben. Ik denk, dat als je creatief bent en je verzint dingen, dan kan je er ook heel veel mee. Je kunt er ook met elkaar over brainstormen: wat kunnen we nou doen?”

Ze geeft een ander voorbeeld hoe ervaringsdeskundigen het heft in eigen handen kunnen nemen. “Bijvoorbeeld: je doet een groep; hoe zou je een deel daarvan digitaal kunnen doen? En dan vervolgens daarin het initiatief om dat te gaan ontwikkelen. Want dat komt niet zo maar naar je toe, denk ik. Al krijg je uiteindelijk natuurlijk gewoon de opdracht. Herstel staat heel hoog op de agenda, dus daar willen we stevig op inzetten, maar op een gegeven moment moet dat een onderdeel worden van het normale werk. En ik denk dan moeten jullie jezelf ook gewoon terug gaan verdienen. Wat nu nog niet zo is. Dat gaat natuurlijk gebeuren. Dat jullie ook productie moeten gaan draaien. Daar zijn ze mee bezig, met zorgverzekeraars. Jullie zitten nu nog in een soort luxe positie, denk ik. We krijgen steeds meer helder hoe we dat vorm willen geven. Dan krijg je denk ik ook gewoon de opdracht om dingen te gaan digitaliseren. Niet morgen hoor maar misschien over vijf jaar.”

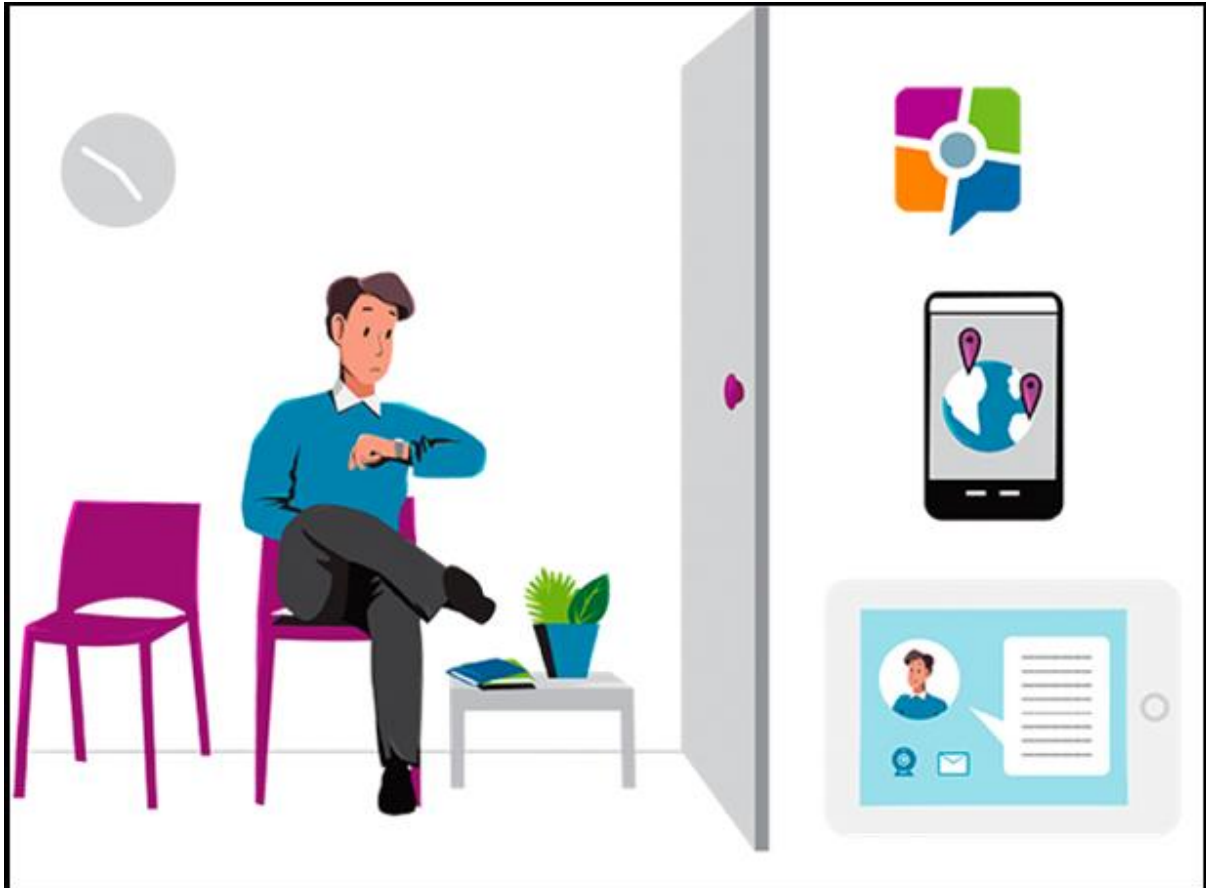
Virtuele Herstelwerkplaats?

Kortom: als ervaringsdeskundigen zelf toepassingen bedenken die die, met vallen en opstaan op op poten zetten, dan hebben ze invloed op hun eigen werkproces. Bijvoorbeeld door te werken aan een virtuele werkplaats? “Ja. Zeker... Heel leuk... Eigenlijk is het gek dat dat er nog niet is natuurlijk. Ik zit in een eHealth clubje en daar kwam naar voren dat er eigenlijk een digitaal lotgenotencontact ontwikkeld zou moeten worden. En toen dacht ik: wat raar dat wij dat u weer gaan zitten bedenken. Dat moeten klanten toch zelf bedenken, als je het hebt over eigen kracht en dergelijke? Dat lijkt me nou bij uitstek iets voor een Herstelwerkplaats. Zo’n digitale chatroom, net als dat je lotgenotengroepen hebt voor een bepaalde stoornis, dat soort dingen eigenlijk... Dat vind ik nou niet iets voor de hulpverlening om iets mee te gaan doen. Het is een kleine moeite om zo’n virtuele groep op te zetten, dat is niets anders dan een digitale vergadering. En je zou natuurlijk best kunnen bedenken dat sommige cliëntgroepen, die durven de deur niet uit. Die geef je op die manier een groep. Er het moet natuurlijk wel een doel zijn, je moet niet die technologie gebruiken als doel op zich... Alleen als het meerwaarde heeft.”

Volgens Eva heeft deze werkwijze geen invloed op het contact met de groepsleden. “Ik hoor van collega’s dat de therapeutische relatie hetzelfde is. Mensen voelen zich net zo geholpen en gehoord en zijn dus blijkbaar tevredener nog dan bij face to face. Het beïnvloedt wel maar eigenlijk ten positieve.” En waarom zou je dat nog doen, naast elkaar, als het ook digitaal kan? “Dat hoeft dus ook niet. Wie dat wil, kan het doen. Het nadeel is soms dat de techniek niet werkt. Maar inderdaad, strikt genomen kan het digitaal, misschien is dat over tien jaar wel zo. Het zou mij niet verbazen als alles over tien jaar voor vijftig procent over het scherm gaat.”

Volgens Eva gaan de ervaringsdeskundigen net zo’n proces doormaken als de behandelaren. “Dat is deels negatief en dat gaan jullie ook doormaken. Sommigen lopen voorop. En anderen zien het helemaal niet zitten. En de toepassingen zullen ook redelijk hetzelfde zijn. Copy paste, ja. Online

toepassingen, die zijn op zich het punt niet; veel interessanter is hoe die behandelrelatie zich ontwikkelt. Want cliënten hebben bijvoorbeeld best vaak te maken met huisgenoten. Iemand heeft een behandelgesprek en daar loopt een huisgenoot doorheen. Wat moet je daarmee!? Dat is natuurlijk heel interessant. Moet je die wegsturen, of betrek je die er bij en dat is eigenlijk heel erg leuk. Daar hebben wij hier heel weinig mee te maken. Dus het heeft ingewikkelde dingen maar ook dingen die veel gemakkelijker gaan want... als die huisgenoot aan het schreeuwen is, geeft dat ook weer heel veel informatie.”



Mary Kok, manager ambulante teams bij Leviaan

Vooraf:¹⁶ (In hun eigen woorden) “Leviaan (voorheen RIBW Zaanstreek Waterland West-Friesland) coacht en ondersteunt mensen met psychische problematieken tijdens een kwetsbare periode van hun leven. Samen met de cliënt en betrokkenen kijken we naar de huidige situatie. Waar loopt hij tegenaan? Wat vindt hij lastig? Wat gaat er wel goed? Ook kijken we naar zijn gewenste leven, op alle facetten zoals wonen, zelfzorg, werken, relaties, financiën. Samen vertalen we de stappen naar plannen en acties. We gaan uit van wat iemand kan, wat iemand kan leren en kijken naar de mogelijkheden van de omgeving.”

“Bij Leviaan ontwikkelen mensen vaardigheden en vergroten hun veerkracht. Uiteindelijk gericht op een verbeterde kwaliteit van leven. Want iedereen heeft recht om op een zinvolle wijze aan het leven deel te nemen.”

¹⁶ Bron: [Facebook](#)

Ook Leviaan heeft de eerste schreden gezet op het pad van de digitale begeleiding – zoals de instelling het noemt. “Het uitgangspunt is dat we die begeleiding bij alle cliënten aanbieden en zoveel mogelijk kunnen leveren”, vertelt Mary. “We hebben namelijk gemerkt dat digitale begeleiding fors bijdraagt aan zelfredzaamheid en het bevorderen van de zelfstandigheid.” In 2012/2013 heeft Leviaan een pilot in 2012/2013 gedaan, waaruit bleek dat heel veel cliënten het prettig zouden vinden om digitale begeleiding te ontvangen, omdat ze dan gewoon weer deel zouden kunnen nemen aan de maatschappij. Hoe? Dankzij de iPad die de instelling zijn cliënten in bruikleen verstrekt. Mary: “Cliënten zeggen: Iedereen in mijn normale leven heeft een iPad, nu doe ik er ook weer toe. En wat ze ook aangaven in de pilot, is dat ze het heel erg prettig vinden dat ze dingen zelf op kunnen zoeken. Dus dat ze niet afhankelijk zijn van een begeleider voor het opzoeken van de treintijden, dat kunnen ze nu zelf doen.” Geldt dat ook voor hun medische gegevens? “Nou, dat zijn twee aparte dingen bij ons”, zegt Mary. “Wij hadden al digitale begeleiding, en sinds vorig jaar hebben we ook *Mijn Dossier*. Een cliëntportaal, zeg maar. Dat is beschikbaar voor degene die dat wil. Daar maken echter nog niet zo veel cliënten gebruik van. Maar in principe is de iPad voor alles wat ze willen te gebruiken. Ze kunnen gewoon op internet, ze kunnen er spelletjes op zetten, hun foto’s, hij is nergens voor aan of afgesloten.”

Oude vriendschappen worden weer opgepakt

De cliënten kunnen op die manier dus met Leviaan communiceren maar wat is de toegevoegde waarde voor de cliënt anders dan dat ze internet hebben? “Dat ze weer meedoen in de samenleving. Het heeft cliënten echt weer oude vriendschappen van vroeger opgeleverd omdat ze weer op de social media actief kunnen worden. Ze zijn weer *wired*, letterlijk weer verbonden met de wereld, ook met hun contacten. En mensen durven ook eerder de stap naar uitstroom te maken. Als je van een fysieke afspraak van iedere week een uur of zo, wilt afbouwen naar om de week een uur, dan is die stap beste groot. Maar als je het gevoel hebt dat je 1x in de maand via Facetime contact kunt hebben met je begeleider, dan kan dat nét dat tussenstapje zijn dat iemand zegt, nou, het kan ook zonder ondersteuning. Dus het draagt bij aan zelfredzaamheid maar ook naar het uit zorg gaan.”

Ofwel: de cliënt is minder lang cliënt. Cijfers heeft Leviaan daar niet van. “Het is niet zo dat wij nou per se onderzocht hebben wat het oplevert aan cliënten die uitstromen. Maar uit cliëntverhalen horen we wel veel terug dat dit prettig gevonden wordt.”

Gevraagd hoe cliënten de hulp via Facetime ervaren, antwoordt Mary: “Dat ervaren ze eigenlijk niet anders dan een fysieke afspraak. Cliënten geven terug dat ze alles wat zo normaal in een contact bespreken, dat bespreken ze ook digitaal. En misschien nog wel meer omdat ze ervaren dat de drempel veel lager is. Omdat ze in hun eigen vertrouwde omgeving zitten. Sommige cliënten vinden het al lastig om de deur voor een hulpverlener te openen, en iemand op hun bank toe te laten. En dat hoeft in dit geval niet.”

Kortere gesprekken maar intenser

Het bijzondere is volgens Mary ook dat de gesprekken tussen cliënt en behandelaar meteen ter zaken zijn. “Bij fysieke afspraken gaat het vaak over koetjes, kalfjes en het mooie weer en óók de begeleidingsvraag, en bij digitaal contact gaat het vaak metéén over je begeleidingsvraag. Het contact is dus ook korter, maar wel intenser.”

Die nieuwe efficiency is budgettaire winst. Dat was echter niet de aanleiding voor Leviaan om er aan te beginnen, als was het een zeer welkome bijkomstigheid. Met name in de reiskosten levert het efficiency op. En wat betreft de inzet van personeel dus. Waar voor een gesprek normaliter een uur werd ingeboekt, is dat nu een half uur. Dus de kosten per cliënt zijn aanmerkelijk gedaald. Een medewerker kan meer cliënten bedienen wanneer hij digitale begeleiding levert.

Is er een patroon te herkennen in het soort mensen dat kiest voor online? Daar valt echter amper iets over te zeggen, want de samenstelling van die groep is té divers. Mary: “We kunnend dus niet zeggen: de ouderen vinden het lastig dus daar is minder, want dat is absoluut niet het geval. Het is

heel divers en daarmee dus ook redelijk gelijkmatig verdeeld over de leeftijdsgroepen. We hebben ongeveer duizend ambulante klanten, waarvan ruim meer dan de helft digitale begeleiding ontvangt. Dat is best wel veel, ja. Mannen en vrouwen, daar zit geen verschil in. Naar etnische herkomst zou ik niet durven zeggen.”

Ook in het weekend

Levert Leviaan, net als bijvoorbeeld GGZ-NHN, nu ook op alle dagen van de week zorg? Dat blijkt zo. “Het fijne van digitale begeleiding is dat je op meerdere momenten in de week, frequenter, contact kunt hebben”, legt Mary uit. “Als een cliënt zegt: ik wil niet 1x in de week een uur maar drie x in de week 20 minuten, dan kan dat. Dus je kunt effectiever de begeleiding inzetten. En daarmee meer maatwerk leveren. Als je normaal gesproken iedere dag een cliënt opstart, die ambulant woont, dan is dat best een uitdaging. Dan moet je dus iedere dag voor een kwartier naar een cliënt. Nou, dat gebeurt in negen van de tien organisaties niet, maar digitaal kun je het wel aanbieden. En de medewerker kan het vanuit huis doen, die kan in de weekenden digitale ondersteuning leveren als dat nodig is, en dat gebeurt best veel.”

Wie, wat waar en hoe wordt bepaald op basis van de zorgvraag. Mary: “Daar wordt er gekeken: wat heeft onze caseload eigenlijk nodig, en dan bekijkt het team met elkaar van, nou, is dat een zorgvraag die fysiek beantwoord moet worden, of digitaal? En op basis daarvan maken ze een rooster met elkaar. Dat houdt in dat men ook per toerbeurt in het weekend bereikbaar is. Ook op zondag.”

Cultuuromslag

Dat is een forse cultuuromslag, erkent Mary: “Wij hebben het ambulante team de afgelopen jaren heel erg veranderd. Tot zeven jaar geleden waren de werktijden bij ons was ook van negen tot vijf in het ambulante veld; nu is dat tussen acht en acht. En ook in de weekenden. De ambulante cliënten hebben niet ineens in de weekenden niks nodig. Alleen leveren heel veel organisaties het niet.” maar die onregelmatige uren betekenen natuurlijk weer een extra kostenpost. Hoe verhoudt zich dat tot de genoemde besparingen? Zijn dat communicerende vaten? Maar die som heeft Leviaan niet gemaakt.

Wel is het zo dat de weekendwerkers in het weekend doorgaans thuis werken. Er zijn dan dus geen dienstreizen en daar zijn dus ook geen kosten aan. Bovendien wordt sowieso minder gereden naar cliënten. Dat “uitje” valt weg. Het “onderweg zijn” wordt daardoor dus effectieve werkwijze. “Voorheen kon iemand meegaan met de cliënt om boodschappen te doen. Nu kan het gebeuren dat een medewerker een cliënt begeleidt bij het maken van een boodschappenbriefje en daarna afspreekt: ‘U gaat u zo boodschappen doen, belt u daarna nog even of het is gelukt?’ Dus dat doet wel iets met de inhoud van het werk van de medewerkers. Ook daar zit echt wel een cultuuromslag in.

Gevraagd naar de voordelen voor de hulpverleners, antwoordt Mary: “Wat in het begin als best wennen ervaren werd, is het flexibele werken. Voorbeeld. Als je in Amsterdam, woont en je moet naar Purmerend, dan is dat ’s morgens best een uitdaging. Maar als je thuis kunt beginnen met drie digitale afspraken en je rijdt om half tien naar Purmerend, dan is het al heel anders. Dus het levert de medewerker wel ruimte en vrijheid en flexibiliteit op. Kijk, tot acht uur werken ’s avonds, daar zitten de meeste medewerkers niet op te wachten, maar wel als je het vanaf zeven uur digitaal thuis kunt doen. Het geeft de medewerker ruimte en vrijheid om zijn planning, om de zorgvraag goed in te kunnen richten.”

Een totaal andere manier van werken

Een totaal andere manier van werken dus. Het heeft zeker drie tot vier jaar geduurd voordat het was ingedaald. Als we nieuwe medewerkers aannemen, merk je nog steeds dat ze bij binnenkomst vragen: waarom doen we dat? We hebben het dus voortdurend over: “Wat zijn de successen?”, “Wat levert het jou op?”, “Wat levert het de cliënt op?” De meeste medewerkers die bij ons komen

werken, komen uit een andere zorginstelling en daar deden ze het niet, of een beetje, of vrijblijvend. Of minimaal. Dus dat is niet te vergelijken.”

De oude cultuur is dus in principe geschiedenis. Toch geeft Mary regelmatig nog zelf het goede voorbeeld. “Ik zit vaak in Purmerend”, vertelt ze, “en als ik dan met medewerkers uit West-Friesland afspreek, dan zeg ik: we kunnen het ook digitaal doen. Op die manier probeer ik dat onder de aandacht te houden.”

Bij wie zit de weerstand?

Ze voegt daar aan toe: “Wat goed is om te weten, is dat de we vaak denken dat de meeste weerstand bij de cliënten zit - maar die zit bij de werknemers. Want de medewerkers die moeten afstappen van hun beetje ouderwetse denkwijze: ik begeleid iemand, dus ik ga daar naar toe. Dat hoeft dus niet per se, want medewerkers kunnen ook meerdere cliënten bedienen in hun uren, dus dat betekent ook wel iets voor een caseload. Dat zijn wel de twee belangrijkste issues waardoor het voor medewerkers moeilijker is om de knop om te zetten dan cliënten. Een cliënt dus niet langer het exclusieve bezit is van een medewerker. Dat wil zeggen: die heeft nog wel zijn eigen ambulante begeleider, alleen die komt misschien niet meer iedere week maar om de week. En de andere week heb je digitaal contact. Het is nooit helemaal in plaats van.”

Hoe safe is digitaal?

Hoe kwetsbaar is het systeem dat Leviaan heeft? Als het systeem uit de lucht is, is dan de hele organisatie uit de lucht. “Ja, maar in principe is het dat nooit. Want je hebt eigenlijk altijd beschikking over Wifi, tenminste, de cliënten die digitale begeleiding ontvangen, die moeten Wifi hebben, en onze medewerkers hebben wifi maar ook een 4G-modem; dus die kunnen te allen tijde Facetimen. Daarvoor zijn we niet per se afhankelijk van een netwerk.”

En hoe wordt het facetimen ervaren? Mary: “Sommige medewerkers, maar ook cliënten, vonden dat in het begin een beetje onwennig. Het is ook een beetje: nou zit ik een beetje naar mezelf te kijken. Je ziet jezelf als een pip.¹⁷ Maar als je dat een aantal keren doet, is dat gewend. Wanneer een cliënt het spannend vindt om te facetimen met beeld, kun je de eerste keer zeggen: we kunnen wel facetimen, maar we drukken het beeld uit. Dan doe je audiobellen. Dan pas je het een beetje aan op wat de cliënt prettig vindt. Dan kun je bijvoorbeeld na vier weken voorstellen om het eens mét beeld te doen. Zeker, je krijgt een intiem inkijkje in iemands dagelijks leven. Je ziet niet alleen of hij in zijn joggingsbroek zit maar badjas, je ziet ook of de kamer een rommel is. Maar dat is niet anders dan wanneer je daar fysiek bent.”

Privacy is volgens Mary totaal geen topic. “Als het daar om gaat, zeg ik altijd dat een telefoongesprek beter te herleiden dan een Facetimegesprek. Als ze ons telefoongesprek willen opnemen, dan kan dat theoretisch. Maar als iemand een FT-gesprek op wil nemen, dan blijft daar niets van over; dat wordt helemaal geëncrypt.”

Ervaringsdeskundigen en digitaal

Leviaan heeft “aardig wat” ervaringsdeskundigen in dienst, de instelling blijft toch ook werven omdat we ook wel merken dat het soms best lastig blijkt om te ze te behouden. Op de vraag hoe dat komt, antwoordt Mary: “Daar zijn we nog niet helemaal achter. Soms hebben we best wel kwetsbare ervaringsdeskundigen aangenomen, en die hebben dan toch meer ondersteuning nodig hebben dan we aanvankelijk dachten of hoopten. Die zitten nog een beetje op de scheidslijn van cliënt en dienstverlener.”

Toch wil Leviaan zonder meer ontwikkelen in ervaringsdeskundigheid. “We zijn aan het kijken hoe we de ervaringsdeskundige een goede positie kunnen geven, ook met name in het ambulante stuk. We hebben nu ook ervaringsdeskundigen in drie teams gewoon voor een aantal uur per week

¹⁷ Picture in picture.

gestationeerd, en je merkt dat al heel veel oplevert voor medewerkers en cliënten... Dat is volop in ontwikkeling bij ons.”

De ervaringswerkers werken echter nog niet met schermen: “We zijn nog erg aan het zoeken, hoe we de ervaringsdeskundige ambulant in kunnen zetten. Het digitale begeleiden doen we nu nog met name ambulant. Of er een reden is dat dat met name voor de ervaringsdeskundigen nog een issue is? Nee, wat mij betreft zou dat helemaal niet zo hoeven zijn. Want ik denk dat als een ervaringsdeskundige in een team werkt, dan kan die net zo goed de digitale begeleiding geven. Maar we zijn er nog maar net mee begonnen; per 1 april zijn we er mee gestart om ervaringsdeskundigen voor drie keer vier uur aan een team te koppelen. Dus we zijn nog een beetje aan het zoeken van hij zijn rol gaat vervullen. Als ervaringsdeskundige word je in je eentje al snel ondergesneeuwd en wij willen dat het een volwaardige collega is.”

Mary Kok is desondanks heel tevreden over de voortgang: “We hebben het best we fors uitgerold hier waardoor het ook goed geslaagd is in mijn optiek. Je hoort wel dat er meer instellingen mee bezig zijn maar daar gebeurt het nog mondjesmaat. Binnen onze organisatie is veel ruimte voor innovatie en ontwikkeling. Digitale zorg wordt niet door de zorgverzekeraars gevraagd, want wij werken met WMO-beschikkingen. Wij zijn hier dus echt puur op eigen initiatief gestart.”



Irene Helderma, Innovatiemanager Zorg en Ict – GGzE (Eindhoven)

Irene Helderma kijkt als innovatiemanager vooral naar waar technologie een behandelaar en cliënt meerwaarde heeft in het proces. “De manier waarop dat gebeurt, is dat we het zorgtraject, het ontwikkelpad, in kaart brengen, letterlijk: wat zijn de stapjes daarin. We kijken we wat voor een bepaald team, voor een bepaalde cliëntpopulatie digitaal kunnen doen of niet; dan kijken we met cliënten en behandelaren van dat team naar de klantreis, en wat je dan allemaal tegen komt. Wat zijn momenten, bijvoorbeeld van de huisarts naar een GGZ-instelling? Wat moet iemand daar van verwachten, hoe ziet dat er uit? Dan maken we daar een module voor waarin een cliënt al kennis kunt maken met de psychiater, de locatie waar je moet zijn, zodat je weet hoe het er uitziet, zo’n spannende eerste keer. En die helpt bij alle voorbereidende dingen waar je alvast over na kunt denken, of bij zaken die je alvast bij kunt houden voordat je de intake in gaat. Op die manier wordt de behandeling een stukje meer van hem.”

Online behandelkamer

Daarmee krijgt de cliënt dus een actievere rol, noem het regie. Irene: “Dat is heel belangrijk. En gaandeweg hebben we steeds meer van dat soort dingen gedaan. We hebben ook een soort online behandelkamer waar dat ook plaats kan vinden. Dat is een beveiligde site, een beveiligd platform, waar behandelaar en cliënt informatie voor elkaar achter kunnen laten. Daar kunnen mensen met meerdere functies in werken, bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige omdat die aan mij gekoppeld is,

of een psychiater, of ik hou een dagboek bij over medicatie, ten behoeve van het instellen van medicatie, dat kan daar allemaal.”

In de loop der tijd merkten Irene en de behandelaren dat dat echt een toevoeging was, maar ook een hele klus om te integreren in het dagelijks behandelen, ook omdat steeds meer cliënten er gebruik van gingen maken. Zodoende is er in september (2018) een online behandelteam opgezet, dat ook kan videobellen, aangevuld met af en toe een module. “Daarmee ziet het eigenlijk het hele concept er anders uit”, vertelt Irene, “want je hebt veel meer kortere momenten, meer coachend, sturend en begeleidend bij de behandeling. Bijvoorbeeld als het gaat om nieuw gedrag leren of bij dingen die moeilijk voor hem zijn. Maar een cliënt vertelt zelf ook wat hij doet, bijvoorbeeld dat hij actiever is op het platform, dat hij dingen heeft achtergelaten. Of een filmpje dat hij bekeken heeft, waar hij over heeft nagedacht... Een cliënt reflecteert dus zelf ook. En de behandelaar kan dat dan op een ander tijdstip lezen. Dus ja, het is meer contact op afstand en het videobellen zelf is best intensief maar beide partijen blijken wel op het beeld gefocust en wat ze elkaar te zeggen hebben. Daar zijn in ieder geval de psychologen heel blij verrast over. Deze werkwijze kost ons twintig procent minder tijd. En die kan weer aan andere cliënten kan worden gegeven.”

Welke doelgroepen?

Voor welke doelgroepen “online” nou bij uitstek geschikt is en voor welke niet, daar lijkt geen systeem in te zitten. “Geen enkele aanname is bevestigd. Het is een heel diverse populatie geworden van wat we doen en aanbieden. Als iemand aangemeld is, dan bieden we ze aan dat ze ook online kunnen starten. En het zijn heel verschillende mensen die daarop reageren. Wat wel zo is, is dat wij in eerste instantie de populatie benaderen die wij ook al face to face behandelden. Die noemen we focus of klachtgericht. Dat zijn wel mensen met een diversiteit aan klachten en meestal wat complexere context of situatie, maar die op dat moment met hun problemen of depressie of angst willen gaan werken. Dat is over het algemeen wel specialistische GGZ die dit team nu hier doet. En daar hebben we het resultaat dat het goed aanslaat. Maar we hebben nog geen inzicht in welke groepen werkt het wel en in welke niet.”

Afgelegen gebieden

Beeldbellen is ook een oplossing voor cliënten die niet mobiel zijn of ver weg wonen, in afgelegen gebieden of op de Wadden. Irene: “In die situaties krijgen mensen graag online hulp. In landen als Canada zie dat mensen alleen maar op die manier therapie krijgen. Laatst hoorde ik van een behandelaar “online”, die een cliënte had die huiverig tegenover stond maar die heeft het tóch geprobeerd, omdat ze dan gelijk kon starten, en dat was voor haar belangrijk. En ook gaf ze aan dat de behandeling die ze eerder had gehad, behoorlijk intensief was; het ging er haar niet om dat ze niet wilde of kon reizen, maar omdat het emotionele gesprekken waren. Als ze dan weer thuis was, moest ze daar echt van bijkomen. Als je dan vanuit huis kunt worden behandeld en even een kop koffie kunt pakken, dan is dat toch anders dan wanneer je na een zware zitting weer een heel eind terug moet rijden met je auto.”

Overdrachtelijk gezien komt de behandelaar dus bij iemand thuis, in plaats van dat de cliënt naar een instelling met spreekkamers gaat. “De mensen die er nu mee werken, geven juist aan dat digitaal heel persoonlijk is; als hulpverlener kun je op die manier makkelijk nabij zijn. Dat lijkt mij hartstikke mooi voor een ervaringsdeskundige.”

“Ik voel me niet meer een nummer”

En ze vervolgt: “Ik heb eens een keer de situatie gehad die zei, ‘Als ik elke week een gesprek heb bij een behandelaar, dan kom ik daar in de kamer en dan ben ik daar dan bijvoorbeeld nummer 5. Die behandelaar kijkt dan in zijn dossier en die denkt: oh ja, dat was zij. Nú zie ik haar óók af en toe (online) maar nú ik heb ook mijn eigen behandelomgeving, waar zij dingen voor mij klaar heeft gezet en waarmee ik aan de slag kan gaan. Dus dan laat ze me oefenen om bijvoorbeeld niet gelijk in de weerstand te gaan in bepaalde situaties. Bijvoorbeeld in een winkel en dan oefen ik dat, en dan loop ik terug en dan denk ik: Ja! het is me gelukt. En dat laat ik dan weten in dat portaal of ik zet het daar

in mijn dagboek. En dan krijg ik toch twee dagen later een berichtje terug van: 'Ik ben trots op je!', en dan voel ik me niet meer een nummer. En als we elkaar dan de volgende keer weer zien in de spreekkamer, dan hebben we echt iets om over te praten. Dan zegt ze: 'Ik zie dat je heel vaak geoefend hebt.' In plaats van: 'Hoe ging het de afgelopen twee weken?' En ik: 'Ja, ik weet niet, ja het ging wel, maar ik voel me nog steeds niet goed.' Dus het is veel intensiever, dichter op de huid."

Impact voor ervaringsdeskundigen?

Op de vraag wat dit alles betekent voor de werkwijze van ervaringsdeskundigen, antwoordt ze: "Wat is er anders aan het vak van een ervaringsdeskundige dan het vak van een psycholoog of psychiater? Die hebben even goed een luisterend oor. Iedere professional heeft zijn eigen profiel maar het zijn allemaal zorgprofessionals. Alsof iemand anders dan een ervaringsdeskundige niet naast iemand zou kunnen staan. Een ervaringsdeskundige die hier werkt, vertelde me dat zijn professe niet meteen betekent dat een cliënt hem direct zijn hart, ziel en zaligheid zal laten zien. Wel gaf hij aan dat hij met behulp van online, meer chatachtig, ook wat voorbeelden kan laten zien, of filmpjes, en dat iemand online toch nog wat makkelijker schrijft: 'Eigenlijk is drank toch wel een probleem.' Dat zal iemand als hij tegenover je zit niet zo snel zeggen."

Modules

Volgens Irene geeft dat aan dat een ervaringsdeskundige juist in zijn rol veel aan die hulpmiddelen van extra manieren van communiceren kan hebben. Dat de communicatie niet alleen maar zo heel direct is. "Uiteindelijk zit de ervaringsdeskundige toch in de comfortabele positie dat hij zich kan voorbereiden en dat hij professioneel in het gesprek zit, dat hij professioneel is opgeleid. Een cliënt zal misschien de inhoud anders ervaren maar het is nog steeds een zorgprofessional. Wat dat aangaat vind ik het juist heel positief dat de cliënt veel meer ruimte krijgt om op zijn eigen momenten te reflecteren, en dat hij in een virtuele behandelkamer dingen achter kan laten. Want het is nogal wat om tegen iemand rechtstreeks te zeggen waar je allemaal mee bezig bent en wat je lastig vindt. Er zijn heel wat modules die over dat soort thema's gaan, zoals depressie, eigen kracht, herstel, zelf plannen maken en over dingen nadenken, het hoeft zeker niet alleen maar cognitieve of psychologische hulp te zijn. En daar kan een ervaringsdeskundige op inhaken."

Digitale vaardigheden

Dus nieuwe competenties aanleren... "Ik denk dat digitale vaardigheid een basisvereiste is om te kunnen functioneren in de huidige maatschappij", zegt Irene in lijn met Staatssecretaris Knops (BZK). "Zowel als werknemer als privé. Of het is omdat je medewerker bent of als burger als je je EPD wilt bekijken, of dat je nou aangifte doet. Die dingen moeten in orde zijn. Dus ook als je naar je vak kijkt, je professe, dan moet je zorgen dat je op de hoogte bent. Zo niet dan moet je jezelf bijscholen: wat is dat eigenlijk eHealth en hoe kan ik dat dagelijks gebruiken? Daar zijn trainingen voor en het zou ook in opleidingen naar voren moeten komen."

"De meeste instellingen gebruiken een online platform, een virtuele behandelkamer. Ik zou zeggen: maak daar gebruik van. Maak een proefcliënt aan op je eigen naam en kijk: wat gebeurt er eigenlijk wat als je berichtjes stuurt? Wat voor modules zijn er eigenlijk. Dan gaat het leven vanuit je professe. Ga het gewoon proberen met een cliënt, die snapt het echt wel. Je kunt natuurlijk gaan zitten wachten tot het in allerlei opleidingen zit, maar je kunt ook zelf iets organiseren, zoals literatuur bijhouden of dingen volgen. Misschien kun je bij andere zorgverleners op werkbezoek om te zien hoe ze het dáár doen. Mijn boodschap is vooral: ervaar het vanuit je vak, ga ermee aan de slag, en kijk hoe dat gereedschap het contact met de ander kan verrijken. En sommige dingen die je vaak en steeds op dezelfde wijze uitlegt, kun je ook anders doen. De houding van: wat ik in een face tot face gesprek te vertellen heb aan een cliënt, dat is goed, dat idee mag er wel een beetje uit."

Check ook [deze link](#) (op die webpagina staat onder *Nieuws* een knop voor eHealth).

Conclusies

Staatssecretaris Knops (BZK) geeft het al aan: er is in onze steeds verder digitaliserende samenleving – populair gezegd - geen plaats voor digibeten: een groot deel van sociale inclusie is digitale inclusie. Verdere digitalisering is onstuitbaar. Internet en apps zijn steeds belangrijker bronnen van informatie over onze gezondheid, zoals e-mental health expert Jorn Grolleman zegt. Zorgaanbieders volgen voorzichtig. “Het gebruik van e-mental health, zoals digitale vragenlijsten, behandelmodules of contact op afstand, is nog niet in ingeburgerd,” zoals Grolleman zegt. Met al deze ontwikkelingen is *digi-savviness* een absolute basiscompetentie voor iedereen, dus ook de ervaringsdeskundige.

Niet iedereen is het daar mee eens. Er zijn professionals die mensen dat “digitaal” een verarming van is van de behandeling. Uit de verhalen die ik op tekende blijkt dat die vrees ongegrond is; mijn gesprekspartners gaven aan dat hun cliënten e-zorg juist persoonlijker vinden. Zoals *Mary Kok* van *Leviaan* vertelt: “Cliënten geven terug dat ze alles wat zo normaal in een contact bespreken, dat bespreken ze ook digitaal. En misschien nog wel meer omdat ze ervaren dat de drempel veel lager is. Omdat ze in hun eigen vertrouwde omgeving zitten. Sommige cliënten vinden het al lastig om de deur voor een hulpverlener te openen, en iemand op hun bank toe te laten.”

Niek Kuijper van GGZ-NHN bevestigt dat volmondig: “De vraag is: past dit type zorg, digitale zorg dus, bij JOU? Negentig procent van de ondervraagden vond het prima. Vergeet ook niet: e-zorg is ook een oplossing als mensen niet willen of kunnen reizen. En bovendien: je neemt het stigma en ongemak weg van in je woonplaats in een wachtkamer zitten.”

Nieks favoriete voorbeeld is het gegeven dat wat cliënten vooral waarderen, is dat ze de zorg thuis kunnen ontvangen *met de kat op schoot*.” *Kuijper*: “Ons doel was: we gaan de meest persoonlijke GGZ zijn. We wilden de procespuisten wegnemen. Van daaruit zijn we bij 100 procent online uitgekomen.” De vraag is: past dit type zorg, digitale zorg dus, bij JOU? Negentig procent van de ondervraagden vond het prima. Vergeet ook niet: e-zorg is ook een oplossing als mensen niet willen of kunnen reizen. En bovendien: je neemt het stigma en ongemak weg van in je woonplaats in een wachtkamer zitten.”

E-zorg niet als doel maar als middel dus.

Datzelfde geldt voor de GGZ waar ik werk; daar is een zekere digitalisering van de zorg het gevolg van groeiende wachtlijsten. Ook bij een instelling als *Leviaan* was e-zorg geen doel maar een middel: “We hebben gemerkt dat digitale begeleiding fors bijdraagt aan zelfredzaamheid en het bevorderen van de zelfstandigheid.” Cliënten blijven minder lang cliënt gaan eerder uit zorg. dit geval niet.”

Want ook de efficiency neemt toe; onder meer omdat de zorg vanuit de vraag “wat kunnen we digitaal maken?” vanuit de *klantreis* wordt georganiseerd, zoals o.a. *Irene Helderma*n vertelt. Welk traject doorloopt een cliënt die van zijn huisarts naar een GGZ-instelling gaat? Daar is een module voor gemaakt, die de cliënt helpt zich voor te bereiden, “zodat de behandeling ook beetje meer van hemzelf wordt”. Want door werken met modules wordt ook de eigen regie bij de cliënt gestimuleerd. Hij krijgt taken en opdrachten die hij thuis kan doen en die vervolgens asynchroon kunnen worden besproken.

Vereist dit alles nieuwe vaardigheden? Ik denk het wel, en het boekje *EHealth – Handboek voor zorg- en hulpverleners* bevestigt dat. **Welke competenties dat zijn heb ik voor de overzichtelijkheid van deze tekst onder het [volgende linkje](#) gezet.**

In feite hebben we het dus over *education permanente*. Als ervaringsdeskundige kun je het je niet veroorloven om digitaal op je handen te gaan zitten. Zoals *Eva van den Dijssel* zegt: “Ik denk dat je gewoon de opdracht krijgt om dingen te gaan digitaliseren. Niet morgen hoor maar misschien over

vijf jaar.” Kortom: als ervaringsdeskundigen zelf toepassingen bedenken die, met vallen en opstaan worden ontwikkeld, dan hebben ze invloed op hun eigen werkproces.

“Zorgen dat je op de hoogte blijft”, zegt ook Irene Helderman. “Zo niet, dan moet je jezelf bijscholen: wat is dat eigenlijk eHealth en hoe kan ik dat dagelijks gebruiken? Daar zijn trainingen voor en het zou ook in opleidingen naar voren moeten komen.” (...) “De meeste instellingen gebruiken een online platform, een virtuele behandelkamer. Ik zou zeggen: maak daar gebruik van. Maak een proefcliënt aan op je eigen naam en kijk: wat gebeurt er eigenlijk wat als je berichtjes stuurt? Wat voor modules zijn er eigenlijk? Dan gaat het leven vanuit je professie.”

Ten slotte

Als ik dit alles hoor en bekijk, denk ik dat het geen kwaad om in het curriculum van Howie the Harp aandacht aan te geven aan eHealth, de principes erachter en de bijbehorende competenties. Hoe dat gestalte zou moeten krijgen, daar heb ik op dit moment onvoldoende zicht op. Het kan wellicht als onderdeel van de ELO, het inzetten van een gastdocent maar het beste is denk ik leren door het te doen. Oefenen met modules. Kan. Een proefcliënt aanmaken op je eigen naam, lijkt me ook de moeite van het proberen waard. Dat is allemaal nader uit te zoeken.