

# Preventieve aspecten van online (drug)hulpverlening

*Herwig Claeys*

In dit artikel wordt nader ingegaan op de preventieve aspecten van online hulpverlening op het vlak van geestelijke gezondheid in het algemeen en van drughulpverlening in het bijzonder. Onder geestelijke gezondheidspreventie kunnen alle initiatieven gerangschikt worden die helpen om ernstige psychische problemen en/of verslaving te voorkomen. Psychische problemen en verslaving zijn immers geen kwestie van ‘alles of niets’. De ontwikkeling ervan verloopt geleidelijk over een continuüm. Iemand is dus niet van de ene op de andere dag plots ‘alcoholist’, ‘depressief’ of ‘schizofreen’. De leefomstandigheden, het sociale netwerk, erfelijke factoren en de individuele veerkracht bepalen uiteindelijk of iemand psychisch ziek of verslaafd wordt. Dat valt te vertalen als *een geheel van risico- en beschermende factoren* die een rol spelen bij de ontwikkeling van ernstige problemen bij individuen, problemen die invaliderend zijn en de levenskwaliteit verlagen. Preventieve interventies willen op deze factoren inspelen met de bedoeling het risico op het ontwikkelen van ernstige problemen te verminderen. In het algemene gezondheidsbeleid wordt preventie echter dikwijls stiefmoederlijk behandeld en moet men zich vaak behelpen met minimale budgetten. In dat kader wordt soms gesproken over de ‘omgekeerde piramide’. Het leeuwendeel van subsidies vloeit naar residentiële derdelijnsactiviteiten, de kruimels worden aan preventie toebedeeld.

Ter illustratie kunnen we het rapport ‘Drugs in cijfers III’ vermelden dat eind 2011<sup>1</sup> gepubliceerd werd. In dat rapport wordt een analyse gemaakt van het globale Belgische drugsbeleid. Het was niet zo verwonderlijk om te constateren dat de alcoholproblematiek het grootste deel van het budget opslokt, aangezien alcohol veruit de belangrijkste drug is in onze samenleving. Wat echter veel te weinig aan bod kwam in de media, was het feit dat bijna 60% (57,41%) van het totale budget – meer dan 960 miljoen euro – besteed wordt aan ziekenhuisopnames naar aanleiding van alcoholproblemen. Voor alle overige hulpverlening blijft nog 19,09% over. De tweede grootste uitgavenpost valt onder ‘veiligheid’ (opsporing, controle, straftoewijzing, enzovoort) met 21,67% van het totale budget. De pijler ‘preventie’ krijgt in dat geheel slechts 1,24% toebedeeld. Aan ‘harm reduction’ (spuitenruil, piltesting, peer support bij het uitgaan, enzovoort) wordt 0,35% uitgegeven, de resterende 0,24% aan niet-gespecificeerde activiteiten. In andere sectoren, zoals de jeugdzorg, blijkt zich een gelijkaardig fenomeen voor te doen. Een meer uitgebreide bespreking van het rapport is terug te vinden op de blog van online-hulpverlening.be<sup>2</sup>.

## Online hulpverlening

Het internet is ondertussen uitgegroeid tot een belangrijk medium voor steeds meer mensen. Voor velen is het ook de eerste bron geworden om gezondheidsinformatie in te winnen, naast de vaststelling dat er in toenemende mate gebruik gemaakt wordt van sociale netwerken om informatie uit te wisselen.

Ter illustratie: de meeste artsen ervaren doorlopend dat hun patiënten te rade gaan bij 'dokter Google'. Uiteindelijk is dat een goede zaak. Patiënten zijn beter geïnformeerd en dat blijkt het genezingsproces vaak ten goede te komen, onder andere omdat ze zich meer betrokken voelen en dus ook de regie van een therapie meer zelf in handen kunnen nemen. Online contacten met lotgenoten via internetfora kunnen eveneens positieve effecten hebben, zoals (h)erkenning, aanmoediging en ondersteuning. De keerzijde is wel dat de online informatie niet altijd accuraat is en dus kritisch bekeken moet worden. Er kan dus best een kwaliteitsgarantie geboden worden door artsen en andere professionele hulpverleners die zelf investeren om correcte informatie via het internet te verspreiden en dat niet aan het toeval of commerciële belangen overlaten.

Voor de sector van de sociale en geestelijke gezondheidszorg is het dus belangrijk om eveneens op deze online ontwikkelingen in te spelen. Dat sluit trouwens aan bij de trend binnen de hulpverlening om meer 'outreaching' te werken, zoals bijvoorbeeld ook tot uiting komt in artikel 107 voor de geestelijke gezondheidszorg.

In dat kader lanceerde de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VGG) een nieuwe publiekswaasite: [www.geestelijkgezondvlaanderen.be](http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be), met als ondertitel 'Tijd om normaal te doen over psychische problemen'. Deze site biedt geen online hulpverlening, maar het is de bedoeling om via goede, betrouwbare en begrijpelijke informatie het grote publiek wegwijst te maken in het complexe thema van psychische problemen en gezondheid. De VGG werkt ook samen met 'Te Gek!?' om in Vlaanderen het stigma te verminderen dat op psychische problemen rust.

Er ontstaat de laatste jaren een groeiende belangstelling voor online hulpverlening wegens de toegankelijkheid en het laagdrempelige karakter van deze hulpvorm voor een groot publiek. Met de 'klassieke hulpverlening' komt de gemiddelde burger meestal pas in contact wanneer hij zelf (of mensen uit zijn directe omgeving) daadwerkelijk problemen ervaart.

E-mental health kan omschreven worden als het gebruik maken van informatie- en communicatietechnologie (ICT) om geestelijke gezondheidszorg uit te breiden, te verbeteren of te ondersteunen. Het biedt mogelijkheden een rol te kunnen spelen op de verschillende niveaus van zorg: preventie, eerste, tweede en derde lijn. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen de 'pure' online hulpverlening, waarbij alle interacties via internet verlopen, en de 'blended' vorm. Bij deze laatste worden online methodieken aangewend als ondersteuning voor de face-to-face contacten.

Wat de geestelijke gezondheid betreft, zijn er drie psychische stoornissen die wereldwijd in de top tien staan van aandoeningen die de kwaliteit van leven het meeste aantasten: depressie, angststoornissen en alcohol- of drugsproblemen.

### *Preventie en eerste lijn*

Toegankelijke online informatie, psycho-educatie, crisisinterventie en het bespreken van problemen via mail of chat leveren niet alleen een bijdrage aan de eerstelijnszorg maar kunnen ook een preventieve werking hebben. Dat kan er mede voor zorgen dat acute crisissituaties niet uitgroeien tot problemen die allesoverheersend worden. In Vlaanderen zijn er op dat gebied al heel wat organisaties actief. Dikwijls begonnen zij als een telefonische hulpdienst, maar hebben zij gaandeweg hun aanbod online uitgebreid via informatieve websites, internetfora, blogs, aanwezigheid op sociale netwerken en ondersteuning via e-mail en chat. Het betreft hier organisaties zoals Tele-Onthaal, het Centrum ter Preventie van Zelfdoding, JAC-online (Jongeren Advies Centrum), de Kinder- en Jongerentelefoon (nieuwe naam 'Awelbe'), Slachtofferchat, De DrugLijn, Boysproject, de Holebi-lijn, Teleblok en Child Focus.

Bij De DrugLijn kan iedereen terecht die vragen heeft over alcohol of drugs, persoonlijk advies wil of hulp zoekt. Deze dienst staat open voor zowel (ex-)gebruikers als andere mogelijke betrokkenen uit de omgeving. Een hele reeks interventies valt binnen het kader van preventie. Naast de telefonische dienst kan er online contact gezocht worden via mail, Skype en (sinds eind 2012) ook chat. Een opvallende trend tijdens de voorbije jaren is de proportionele daling van het aantal telefonische oproepen en de stijging van de online communicatie. Dat fenomeen doet zich bij alle bovengenoemde initiatieven voor. Het aantal jongeren neemt toe en zij blijken vaak de online weg te prefereren, wat vanzelfsprekend gunstig is vanuit het standpunt van preventie. Hoe jonger het publiek dat hulp zoekt, hoe groter de kans dat hun problemen niet escaleren. Zijn de problemen al van een ernstige aard, dan zijn er mogelijkheden tot verwijzing. Cliënten blijken trouwens bewust voor een bepaalde communicatievorm te kiezen. Zo willen chatters bijvoorbeeld niet telefonisch bediend worden en vice versa. Mensen die opteren voor e-mail, willen ook in eerste instantie via die weg een reactie krijgen en niet louter de boodschap ontvangen dat ze kunnen telefoneren, een aspect dat dikwijls veronachtzaamd wordt.

Op het gebied van online alcohol- en drugspreventie (en eerstelijnszorg) is de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) in een vroeg stadium een belangrijke initiatiefnemer geweest. Er werden websites ontwikkeld voor verschillende doelgroepen met aangepaste informatie voor volwassenen, jongeren van verschillende leeftijdsgroepen, kinderen van ouders met alcoholproblemen, partners, enzovoort. Recentelijk werd alle informatie gebundeld in de overkoepelende website [www.druglijn.be](http://www.druglijn.be), waar alle doelgroepen aan bod komen.

Via de VAD-website zelf zijn er diverse preventieve tools beschikbaar voor professionals. Op [Qado.be](http://Qado.be) vinden bedrijven en arbeidsgeneeskundigen alles voor het ontwikkelen van een preventief alcohol- en drugsbeleid. ASSIST is een online screeningsinstrument dat gebruikt kan worden door huisartsen en diensten voor maatschappelijk welzijn (OCMW's) of de eerstelijnszorg van de geestelijke gezondheid (CAW's). SEM-J is een online screeningsinstrument voor jongeren dat gebruikt kan worden door Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB's), bijzondere jeugdzorg (BJZ), Jongeren Adviescentra (JAC's), enzovoort.

Ook online zelftests en zelfhulpprogramma's bieden mogelijkheden voor de eerste lijn. Ze zijn niet alleen te vinden op [druglijn.be](http://druglijn.be), maar onder andere ook op de volgende websites:

[www.fitinjehoofd.be](http://www.fitinjehoofd.be), [www.plukjegeluk.be](http://www.plukjegeluk.be) en [www.stopsmokingcoach.eu](http://www.stopsmokingcoach.eu). We stellen vast dat deze projecten en programma's een brede waaier van doelstellingen combineren. Naast de klassieke doelstellingen van de eerste lijn zorgen ze voor maatschappelijke beïnvloeding, het verminderen van stigma en/of preventie van (mentale) gezondheidsklachten. Ze bereiken immers grote groepen en blijken ondanks een relatief beperkte (personeels)investering effectief te zijn.

Preventie dient zich ook te richten op specifieke (zogenaamd 'kwetsbare') doelgroepen. Een voorbeeld hiervan is de Nederlandse website [steffie.nl](http://steffie.nl), die zich richt op surfers met een licht verstandelijke beperking. Op deze website komt eveneens alcohol- en drugsgebruik ter sprake, waarvoor wordt verwezen naar een zelftest op [www.bekijkhetnuchter.nl](http://www.bekijkhetnuchter.nl). Hier wordt via aangepaste psycho-educatie uitleg verschaft over de risico's van alcohol en cannabis.

Ten slotte bieden bepaalde programma's ook al vormen aan van hulpverlening die we 'vroeg-ge interventie' zouden kunnen noemen en die daardoor aanleunen bij de tweede lijn. Dat is bijvoorbeeld het geval voor [kleurjeleven.be](http://kleurjeleven.be), een internetcursus voor mensen met matig depressieve klachten. Blijken de klachten te ernstig, dan wordt via e-mail contact opgenomen met de deelnemers om hen te stimuleren ambulante begeleiding te zoeken.

In de praktijk blijkt er nog wat te schorten aan de mogelijkheden waarover telefonische of online eerstelijnsdiensten beschikken om efficiënte verwijzingen te realiseren wanneer dat aangewezen is. Zij beschikken immers niet over de middelen om een aantal hulpvragers vervolggesprekken aan te bieden. Dat zou evenwel een aanzienlijke meerwaarde kunnen betekenen. Enerzijds zal een aantal mensen daardoor voldoende geholpen zijn om op eigen kracht verder te gaan. Anderzijds zullen diegenen die meer intensieve hulp nodig hebben, gemakkelijker verwezen kunnen worden naar de reguliere hulpverlening, omdat de 'weerstand' tegenover hulpverlening verkleint wanneer men zich al geaccepteerd en geholpen voelt. Voortgezette online gesprekken (indien aangewezen) kunnen dus een goede 'filter' vormen tussen eerstelijns crisis hulp en ambulante eerstelijns- of tweedelijns hulpverlening<sup>2</sup>.

### *Preventie en tweede lijn*

In de tweede lijn is online hulpverlening in Vlaanderen nauwelijks voorhanden. [Kleurjeleven.be](http://kleurjeleven.be) biedt wel mogelijkheden om rond de problematiek van depressie in de tweede lijn met online toepassingen aan de slag te gaan. Behandelaars kunnen immers samen met hun patiënt/cliënt inschrijven voor het programma, de voortgang bewaken via de back-end van het systeem en hen via e-mail in het programma ondersteunen.

Voor zover we weten, bieden daarnaast enkel [www.alcoholhulp.be](http://www.alcoholhulp.be), [www.cannabishulp.be](http://www.cannabishulp.be) en [www.drughulp.be](http://www.drughulp.be) (partydrugs) online hulpverlening op langere termijn. Deze websites zijn een gezamenlijk initiatief van CAD-Limburg en Drughulp Kempen en werden tot nu toe gefinancierd door het Verslavingsfonds van het federale ministerie Volksgezondheid en het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering). Er wordt ook samengewerkt met De DrugLijn.

De drie websites kunnen zowel in de ‘pure’ als in de ‘blended’ vorm aangewend worden en zijn opgebouwd volgens de principes van getrapte zorg. Deze opzet biedt de mogelijkheid dat bezoekers gebruik kunnen maken van datgene wat op dat moment het meest bij hen aansluit. De websites bestaan daarom uit een uitgebreid informatief gedeelte met zelftest(s) en een publiek forum, naast een geautomatiseerd online zelfhulpprogramma en een programma met online begeleiding door een professionele hulpverlener via chat. Deelname aan de programma’s kan anoniem, wat de drempel zeer laag houdt. Deelnemers kunnen verder ook anoniem contact met elkaar onderhouden via een afgeschermd forum.

Informatie en zelftests die onmiddellijk feedback genereren, hebben zeker een preventieve functie. Het zelfhulpprogramma biedt bezoekers die nog geen ernstige problemen hebben, de mogelijkheid om zonder tussenkomst van een buitenstaander gedragsveranderingen te bewerkstelligen en een beter zicht te krijgen op het eigen functioneren. Zelfs de online begeleiding heeft een preventief aspect: een aantal deelnemers maakt hiervan gebruik om te voorkomen dat ze opnieuw in de problemen zouden geraken of om hun abstinentie te ondersteunen, secundaire preventie dus.

In de praktijk zien we dat veel deelnemers aan de online begeleiding een parcours doorlopen hebben waarin ze eerst zichzelf evalueerden via een zelftest, dan informatie gelezen hebben, daarna de zelfhulp hebben uitgeprobeerd, om zich vervolgens aan te melden bij de online begeleiding. Vanzelfsprekend is een online aanpak geen wondermiddel en biedt die geen definitieve oplossing voor alle deelnemers. Verslavingsproblemen kennen immers dikwijls een langdurig verloop van vallen en opstaan. Het volgen van de online begeleiding is daarom ook vaak de aanzet om de stap te zetten naar ambulante hulp en/of aansluiting te zoeken bij een zelfhulpgroep waar langdurige ondersteuning gevonden kan worden.

Aansluitend bij het bovenstaande stellen we overigens vaak vast dat deelnemers aan de online programma’s van Alcoholhulp voordien nooit hulp gezocht hebben voor hun probleem. Bij meer dan 70% van de deelnemers aan de zelfhulp is zelfs hun huisarts niet op de hoogte (of tenminste, daar gaan ze van uit), bij de online begeleiding is dat 55%. Dat geeft aan dat een laagdrempelige anonieme vorm van hulpverlening mensen kan stimuleren om sneller stappen te zetten in de richting van herstel. Vanuit de ambulante hulpverlening weten we dat mensen die al ernstige alcoholproblemen ervaren, er gemiddeld zeven jaar over doen vooraleer ze contact zoeken.

Alcoholhulp spreekt ook doelgroepen aan die ambulante moeilijker bereikbaar zijn. Zo blijkt het aandeel vrouwelijke deelnemers rond 50% te schommelen (bij ambulante hulpverlening noteren we slechts 25 à 30% vrouwen). Dat lijkt te bevestigen dat op vrouwen die alcoholproblemen hebben, nog steeds een groter taboe rust dan bij mannen het geval is. De online weg verlaagt voor hen dus de drempel om hulp te zoeken. Maar het is dan ook een aandachtspunt voor de hulpverleners om deze vrouwen aan te moedigen hulpbronnen in hun nabije omgeving aan te spreken. Pogingen tot absolute geheimhouding houden vaak het probleem mee in stand.

Opvallend veel deelnemers aan de zelfhulp en de begeleiding zijn aan het werk (meer dan 70%), terwijl dat ambulante bij een vergelijkbaar publiek slechts om 30% gaat. Dat wijst erop dat mensen bereikt worden vooraleer de afhankelijkheidsproblemen tot ernstige problemen op het werk of werkonbekwaamheid hebben geleid.

De groep hooggeschoolden (meer dan secundair onderwijs genoten) is ook beter vertegenwoordigd, met een percentage van ongeveer 50%. De redenen die zij aanhalen om online hulp te zoeken, zijn van diverse aard. Soms speelt schaamte een rol, soms zijn het praktische redenen, zoals hun werkomstandigheden, soms prefereren zij lezen en schrijven boven praten.

Het is verder opvallend dat ‘oudere’ leeftijdsgroepen bij Alcoholhulp niet afgeschrikt worden door het online karakter van deze hulpvorm. Voor de online begeleiding blijken de leeftijdscategorieën ‘35-44 jaar’ en ‘45-54 jaar’ het best vertegenwoordigd te zijn. Dat hangt voor een website zoals Alcoholhulp natuurlijk wel samen met de aard van het probleem en de doelgroep. Het is voor de hulpverleners niet ongewoon mensen in begeleiding te krijgen die nog nooit een chatapplicatie gebruikt hebben of het enkel kennen via hun kinderen of kleinkinderen.

### Mobile health (m-health)

Al enkele jaren geleden deden ‘apps’ (kleine softwareprogramma’s die op een smartphone draaien) hun intrede in de gezondheidszorg. De meeste van dergelijke apps zijn te vinden in de medische sfeer. Toch zijn er al beschikbaar die bedoeld zijn voor de sociale of geestelijke gezondheidszorg<sup>3</sup>. Zoals online hulpverlening naast de ‘pure’ toepassing ervan ook ter ondersteuning gebruikt kan worden voor een face-to-face begeleiding – de ‘blended’ vorm – geldt dat zeker voor deze mobiele toepassingen.

In de Apple App Store (voor iPhones) en bij Google Play (voor Android-toestellen) zijn talrijke, vooralsnog Engelstalige apps te vinden die gemakkelijk in een preventieve context ingezet zouden kunnen worden, bijvoorbeeld bij het monitoren van gewicht, lichaamsbeweging, fysieke parameters zoals hartritme en bloeddruk, stemming, angstniveau, enzovoort.

Wat alcohol en drugs betreft, zijn er in het buitenland al enkele apps beschikbaar die eveneens aangewend kunnen worden voor preventieve doeleinden, bijvoorbeeld:

- De ‘drinkwijzer’-app voor iPhone, waarmee de dagelijkse alcoholconsumptie in kaart gebracht kan worden. De online versie hiervan is te vinden op [drinkwijzer.info](http://drinkwijzer.info). Deze app, die werd ontwikkeld in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Importeurs en Producenten van Gedistilleerde Dranken (VIP), bevat naast de mogelijkheid tot registratie allerlei informatie over sterke drank en is dus minder geschikt binnen een hulpverleningscontext.
- De Engelse ‘Drugs Meter’-apps (voor iPhone en Android) zijn zelftests voor alcohol, tabak, cannabis, cocaïne, speed, XTC, ketamine (een verdovend product met hallucinogene werking) en GHB (een zeer verslavend verdovend en ontremmend middel dat goedkoop geproduceerd kan worden op basis van schoonmaakmiddelen). Ze bieden gepersonaliseerde informatie, een vergelijking met een omvangrijke groep andere gebruikers en tips om gebruik minder schadelijk te maken of te houden. Er wordt rekening gehouden met het feit dat alcohol- of drugsgebruik verschillende functies kan hebben en met persoonlijke risicofactoren. Deze opzet wil in eerste instantie zelfreflectie bevorderen via een no-nonsenseboodschap. De online versies van de tests zijn terug te vinden op [www.drugsmeter.com](http://www.drugsmeter.com).

Voor Alcoholhulp is het de bedoeling dat er een mobiele versie van het alcoholdagboek ontwikkeld wordt. Deelnemers aan de online programma's kunnen in dat dagboek registreren hoe sterk de zin was om te drinken, hoeveel ze al dan niet dronken, wat ze eventueel in de plaats deden, waar ze waren, welke gevoelens en gedachten een rol speelden en wat het gevolg was van hun gedrag. Momenteel kunnen ze dat dagboek ook invullen via de internetbrowser van hun smartphone, maar de toepassing is niet echt geoptimaliseerd voor een klein scherm. Het ontwikkelen van een mobiele app zal het voor deelnemers mogelijk maken om op elk relevant moment (bijvoorbeeld wanneer de zin heel sterk is of tijdens een risicosituatie) iets te registreren, want een smartphone is altijd binnen bereik. Het registreren zelf bevordert voor velen vaak al hun mogelijkheden tot zelfcontrole. Een vereenvoudigde versie van deze app zou door gelijk wie gebruikt kunnen worden wanneer de behoefte bestaat om het eigen alcoholgebruik te monitoren en/of te beperken.

## Slotbeschouwingen

Ondanks het feit dat er in Vlaanderen al heel wat bestaat op het vlak van online hulpverlening en preventie, zijn er nog veel nieuwe ontwikkelingen mogelijk. Online hulpverlening en preventie kunnen echter enkel perspectieven bieden wanneer ze gedragen worden door hulpverleners, preventiewerkers, sociale organisaties en begeleidende campagnes. Het volstaat niet om een website online te zetten of een mobiele app in een webstore aan te bieden en dan te wachten tot die 'vanzelf' een publiek zal aanspreken.

Het groeiende aanbod van online informatie en online hulpmiddelen op het vlak van gezondheidszorg vraagt een kritische instelling van de gebruikers hiervan. Dat geldt trouwens eveneens voor andere onderwerpen die op het internet te vinden zijn. Het is van belang te kunnen achterhalen wie er achter de geboden informatie of hulp zit. Als dat niet terug te vinden is op een website, dan kan het best wat terughoudendheid in acht genomen worden. In Nederland werd ondertussen door het Trimbosinstituut een kwaliteitslabel ontwikkeld voor online tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Hier is nog wel discussie over aan de gang, maar de intentie is in ieder geval positief te noemen. Spijtig genoeg is er nog geen label voorzien voor de online eerstelijnszorg, wat verwarring in de hand kan werken. In Vlaanderen stelt het Vlaamse Ministerie Volksgezondheid ook een kwaliteitslabel in het vooruitzicht, naast het ontwikkelen van een portaalwebsite waar alle goedgekeurde online initiatieven verzameld zouden worden. De ontwikkeling hiervan zal echter nog wel enige tijd in beslag nemen.

Aangezien steeds meer mensen gebruik maken van het online medium, kunnen hulpverlening en preventie hier dus niet achterwege blijven. Dat betekent evenwel niet dat hulpverleners en preventiewerkers zich vanaf nu moeten gaan verschuilen achter een computerscherm. Het kan zeker niet de bedoeling zijn om alle rechtstreekse persoonlijke contacten te gaan vervangen door online communicatie. Deze kan wel een belangrijke aanvulling zijn voor het huidige hulpaanbod. Enerzijds kunnen online hulpverlening en preventie zelfredzaamheid stimuleren, en grijpen ze minimaal in binnen de persoonlijke levenssfeer. Hulpvragers mogen anoniem blijven en kunnen van thuis uit werken. Anderzijds is het een illusie te denken dat iedereen via deze weg voldoende geholpen kan worden. In dat geval kan online



hulp als een doorgeefluik functioneren. Uiteindelijk is internetcommunicatie bij hulpverlening enkel een middel en geen doel op zich. Essentieel blijft de communicatie, niet de techniek.

## Noten

1. Onderzoek Drugs in Cijfers III van BELSPO uitgevoerd door de onderzoeksgroep IRCP (Universiteit Gent), onder het promotorschap van prof. dr. Freya Vander Laenen, prof. dr. Brice De Ruyver en prof. dr. Johan Christiaens. Het persdossier van dit onderzoek is online te vinden: [http://www.belspo.be/belspo/organisation/doc/Press/Persdoss\\_drugs\\_cijfersIII\\_nl.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/doc/Press/Persdoss_drugs_cijfersIII_nl.pdf).  
Op de blog van [online-hulpverlening.be](http://www.online-hulpverlening.be) staat een bespreking van het onderzoek: <http://www.online-hulpverlening.be/blog/2011/nieuws/drugsbeleid-in-belgie/>.
2. Op de blog van [online-hulpverlening.be](http://www.online-hulpverlening.be) is een artikel te vinden dat dieper ingaat op hoe de overgang gemaakt kan worden tussen online en ambulante hulpverlening: <http://www.online-hulpverlening.be/blog/2012/online-hulpverlening/overgang-van-online-naar-ambulant/>.
3. Over m-health zijn drie artikels te vinden op de blog van [online-hulpverlening.be](http://www.online-hulpverlening.be): 'Congres online hulp 2012: over m-health', 'Apps in de hulpverlening 1', 'Apps in de hulpverlening 2: PTSD'. <http://www.online-hulpverlening.be/blog/tag/m-health/>.

## Personalia

Herwig Claeys is licentiaat klinische psychologie, verantwoordelijke online projecten CAD-Limburg en webontwikkelaar [online-hulpverlening.be](http://www.online-hulpverlening.be).

E-mail: [herwig@online-hulpverlening.be](mailto:herwig@online-hulpverlening.be).