

Psycho-educatie bij mensen met een licht verstandelijke beperking: Het digitale spectrum

*M. Spaltman*¹, *M.A. Mulder*², *C. van 't Hof*³, *D. Slot*⁴,
*N. Jeunet*⁵, *S. Roording-Ragetlie*⁶

In de zorg voor en begeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) is nog onvoldoende aandacht voor het digitale leven van deze doelgroep. Hoewel veel zorgprofessionals zien dat het digitale leven van deze jongeren een steeds grotere invloed heeft op de keuzes die zij maken, blijft hun online wereld voor veel zorgprofessionals een verborgen wereld. Ook vanuit de wetenschap is vooralsnog weinig zicht op hoe deze doelgroep zich online beweegt en gedraagt. Om dit kennisgat kleiner te maken is in 2015 een kwalitatief promotieonderzoek gestart naar het dagelijkse digitale leven van 13 jongeren met een LVB. Dit artikel geeft zorgprofessionals meer inzicht in het online leven van deze jongeren geïllustreerd aan de hand van de verhalen van twee van de jongeren uit het onderzoek.

INLEIDING

Volgens de DSM-5 staat een licht verstandelijke beperking (LVB) gedefinieerd als het hebben van een IQ-score tussen de 50 en 70 à 75, met daarnaast een beperkt adaptief functioneren (American Psychiatric Association, 2013). In Nederland wordt vaak een grotere IQ-marge gehanteerd, van 50 tot 85. De prevalentie van LVB wordt in Nederland

¹ Mandy Spaltman is Clinical Research Associate bij Philips te Eindhoven, voorheen psycholoog en onderzoeksassistent bij Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie, zorglijn LVB te Ede mandy.spaltman@philips.com.

² Marsja Mulder is momenteel pensionada en taalcoach, voorheen GZ-Psycholoog en programmaleider bij kenniscentrum Trajectum-LVB marsjamulder@gmail.com.

³ Christien van 't Hof is vaktherapeut, cognitief gedragstherapeutisch werker en gedragswetenschapper i.o. bij 's Heeren Loo Midden Nederland, Expertisecentrum Advisium christien.van-t-hof@sheerenloo.nl

⁴ Daniëlle Slot is GZ-psycholoog en EMDR-Practitioner bij 's Heeren Loo Advisium Midden Nederland, rayon Gooi en Vecht danielle.slot@sheerenloo.nl.

⁵ Nicole Jeunet is orthopedagoog en lid stuurgroep Dit ben ik/ psychoeducatie bij Amarant, divisie Jeugd te Tilburg nicole.jeunet@amarant.nl

⁶ Sammy Roording-Ragetlie is klinisch neuropsycholoog, behandelaar en onderzoeker bij Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie, zorglijn LVB te Ede en medeauteur van 'Straatwijzer' s.roording@karakter.com

geschat op 6,4% van de bevolking, wat zich vertaalt naar een absoluut aantal van ongeveer 1,1 miljoen mensen (Woittiez et al., 2019). Deze aanzienlijke groep mensen met een LVB is kwetsbaar en vormt een risicogroep voor het ontwikkelen van diverse psychische en/of gedragsproblemen, waarbij cognitieve tekorten en onvoldoende inzicht in eigen mogelijkheden en beperkingen een luxerende rol spelen (Didden et al., 2016). Derhalve is het essentieel om in de behandeling nadruk te leggen op het versterken van beschermende factoren, zoals het vergroten van kennis over een LVB middels psycho-educatie. Door het geven van een reëel beeld van sterke en zwakke kanten, kunnen meer (zelf)inzicht, een passend verwachtingspatroon en toenemend zelfvertrouwen ontstaan (Van der Meijden & Van der Stegen, 2009).

Psycho-educatie bij kinderen en volwassenen met een LVB is net zo effectief gebleken als bij mensen met een gemiddelde intelligentie (onder andere Crowley et al., 2008; Pitschel-Walz et al., 2009). Wel moet er voorafgaand extra gelet worden op een aantal randvoorwaarden, zoals het identificeren van andere problematiek die behandeling behoeft en het onderkennen van de verstandelijke beperking zelf. Het inzetten van ervaringsdeskundigen of functionele zelfonthulling kan hierbij helpend zijn (Willemsen & Douma, 2018). Ook wordt aangeraden de inhoud van de psycho-educatie anders vorm te geven (Pitschel-Walz et al., 2009). Het aanreiken van abstracte kennis volstaat meestal niet, gezien de vaak concrete denkwijze van personen met een LVB. Daarom is psycho-educatie in eerste instantie gericht op uitleg over en herkenning van de gevolgen van de beperking in het dagelijks leven. Vervolgens kunnen er passende adviezen worden geboden om dergelijke situaties in de toekomst te ondervangen. Aanvullend wordt geadviseerd methodisch creatief om te gaan met de vorm van psycho-educatie bij personen met een LVB en bijvoorbeeld meer gebruik te maken van visuele ondersteuning en spelelementen (Pitschel-Walz et al., 2009). Een digitale vorm van psycho-educatie lijkt zich hier bij uitstek goed voor te lenen.

Digitale werkvormen worden steeds populairder, zo ook in de zorg. Alhoewel er al langer een transformatie gaande is richting digitalisering (ING Economisch Bureau, 2017), werkt de komst van het coronavirus in 2020 als katalysator en wordt er nu meer dan ooit gebruikgemaakt van beeldbellen en andere digitale zorgtoepassingen (Kempers et al., 2020). Al met al lijkt er steeds meer interesse te zijn in het verder implementeren van digitale behandelvormen in de toekomst (E-health in de GGZ, 2020). Deze beweging vereist kritische reflectie en zorgvuldig onderzoek. Dit artikel hoopt daaraan bij te kunnen dragen door, aan de hand van het specifieke voorbeeld van psycho-educatie over LVB, de belangrijkste voor- en nadelen van analoog en digitaal zorgverlening, zowel bekend vanuit de literatuur als vanuit klinische ervaringen, op een rij te zetten en daarnaast handvatten te bieden voor het maken van keuzes over welke methode geschikt is in bepaalde situaties. Dit kan ondersteunend zijn bij het vormen van nieuwe inzichten

t.a.v. het eigen (digitale) (be)handelen binnen organisaties werkend met de LVB doelgroep.

PSYCHO-EDUCATIE OVER LVB IN NEDERLAND

Er zijn in Nederland verschillende initiatieven die een bijdrage leveren aan het aanbod van psycho-educatie over LVB. ‘Dit Ben Ik’, ‘Beautiful Me!’, ‘Weet Wat Je Kan’ en ‘Straatwijzer’ zijn hier voorbeelden van. Ondanks hun individuele unieke kenmerken, hebben ze alle gemeen dat ze zich richten op het verlenen van psycho-educatie over LVB met als doel de beschermende factoren van de doelgroep te versterken. Hierbij maken ze in meer of mindere mate gebruik van verschillende digitale werkvormen en kunnen ze dus elk geplaatst worden op een digitaal spectrum. Figuur 1 biedt een overzicht hiervan.

DIT BEN IK

‘Dit ben ik’ is een psycho-educatieve behandelmodule over LVB en bijkomende problematiek in de vorm van een groepsbehandeling voor jongeren van 12 tot 18 jaar en hun ouders. Het programma richt zich op het vergroten van kennis en inzicht, maar ook op acceptatie, vaardigheden met betrekking tot de LVB (en bijkomende problematiek) en positieve kanten en kwaliteiten. Tevens krijgt de specifieke opvoedingstaak van ouders aandacht in het programma. Bovendien bevat de module informatie over de binnen de gehandicaptenzorg vier meest voorkomende bijkomende problematieken (autisme, aandachtstekortstoornis, hechting, trauma). Jongeren en ouders volgen in 22 weken groepsbijeenkomsten, waarbij het lotgenotencontact een belangrijke werkzame factor vormt. Daarnaast wordt in persoonlijke coachingsessies de vertaling naar ieders persoonlijke situatie en dagelijkse leven gemaakt. ‘Dit ben ik’ vindt face-to-face plaats met fysiek materiaal en wordt ondersteund met digitale elementen, zoals filmpjes en digitale contactvormen middels patiëntenplatform Quli.

BEAUTIFUL ME!

‘Beautiful Me!’ is een digitaal psycho-educatief hulpmiddel voor jongeren en jongvolwassenen met een LVB en voor hun omgeving. Het pakket bestaat uit 8 korte filmpjes met bijbehorende instructiebladen om de filmpjes na te bespreken. Het materiaal is bedoeld om als professional gemakkelijker het gesprek aan te kunnen gaan met jongeren met een LVB, hun ouders/verwanten en met hun (toekomstige) omgeving over zaken waar jongeren en jongvolwassenen met een LVB mee te maken krijgen. In de filmpjes komen verschillende jongeren en jongvolwassenen met een LVB aan het woord. Ze vertellen waar ze bij het desbetreffende onderwerp aan denken, over hun eigen ervaringen daarmee en wat ze willen meegeven aan anderen. De filmpjes zijn neutraal en oordeelloos van opzet. De instructiebladen, onderverdeeld in bladen voor de jongeren en jongvolwassenen, bladen voor hun ouders en bladen voor niet-LVB-professionals, dienen hierbij als inspiratie. Hierop worden suggesties gegeven voor gebruik met voorbeeldvragen en -stellingen.

WEET WAT JE KAN

‘Weet Wat Je Kan’ (WWJK) is een psycho-educatiemodule over LVB die zowel met een papieren werkboek als blended (e-WWJK) kan worden doorlopen. Het is op vraag van de forensische sector, waarin mensen met een LVB oververtegenwoordigd zijn, ontwikkeld voor volwassen mensen met een LVB en gedragsproblematiek. In de praktijk wordt ondervonden dat de kans op recidive kleiner is als zij na behandeling beschermende factoren hebben kunnen realiseren. Hiervoor is het belangrijk dat zij hun beperking onderkennen en hulp accepteren en dat niet ervaren als teken van zwakte, maar als een copingvaardigheid. Behalve in de forensische zorg wordt WWJK ook gebruikt in de verstandelijk gehandicapten (VG) zorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verslavingszorg. De module is gebaseerd op elementen uit de cognitieve gedragstherapie en educatie is daarmee niet de hoofdmoot. WWJK is erkend als ‘goed onderbouwd’ door de Erkenningscommissie Justitiële Interventies.

STRAATWIJZER

‘Straatwijzer’ is een blended psycho-educatieprogramma over LVB en bijkomende psychiatrische stoornissen, gericht op jongeren van 12 tot 18 jaar met dergelijke problematiek en op hun ouders. Men doorloopt een virtuele straat met daarin negen verschillende huizen waarin middels teksten, filmpjes en oefeningen uitleg wordt gegeven over thema’s die kenmerkend zijn voor het hebben van een LVB. Daarnaast biedt ‘Straatwijzer’ de optie om een tiende huis/thema in de straat te activeren die op vergelijkbare wijze informatie verschaft over de stoornis die van toepassing is op de jongere in kwestie (aandachtstekortstoornis, autismespectrumstoornis, gedragsstoornis, depressieve stoornis, angststoornis). ‘Straatwijzer’ kan geheel digitaal worden doorlopen waarbij bij aanvang, eventueel halverwege en bij afsluiting face-to-face en/of telefonische contacten plaatsvinden. Hierbij kunnen verdiepende vragen over de behandelde thema’s worden besproken. Daarnaast kunnen de (in het programma ingebouwde) metingen van opgedane kennis en kwaliteit van leven worden gemonitord en worden gebruikt als onderwerp van gesprek in de (verdere) behandeling.

HET DIGITALE SPECTRUM VAN PSYCHO-EDUCATIE OVER LVB

	DIT BEN IK	BEAUTIFUL ME!	WEET WAT JE KAN	STRAATWIJZER
Korte omschrijving	Middels groepsbijeenkomsten en persoonlijke coaching vergroot men de kennis over LVB en de acceptatie.	Middels korte filmpjes worden (psycho-educatieve) gesprekken met de behandelaar gestimuleerd.	Men doorloopt een werkboek (papier of blended) om zo de beperking te helpen onderkennen.	Men doorloopt een digitale straat en doet in elk huis op speelse wijze kennis op over een relevant thema.
Doelgroep	Jongeren met een LVB en hun ouders.	Jongeren en jongvolwassenen met LVB en hun omgeving.	Volwassenen met LVB en gedragsproblematiek en hun naasten.	Jongeren met LVB (en bijkomende psychiatrie) en hun ouders.
Methode	Face-to-face en met behulp van fysiek materiaal ondersteund met digitale elementen.	Acht filmpjes met bijbehorende instructiebladen voor jongeren, ouders en niet-LVB professionals.	Werkboek voor cliënten en naasten en kaarten met samenvattingen. (analoog en/of digitaal)	Kennis wordt geheel digitaal overgedragen middels teksten, filmpjes, tekeningen en oefeningen.
Duur	22 weken.	Naar inschatting behandelaar.	Op eigen tempo.	Op eigen tempo.
Mate van interactie	Elke week een groepsbijeenkomst en een persoonlijke coaching sessie.	De filmpjes worden samen met de behandelaar gekeken, waarna ze gezamenlijk worden nabesproken.	Naar behoefte.	Start- en eindgesprek met behandelaar en tussendoor per mail en/of naar behoefte.
Onderzoeksbevindingen	Uit ROM blijkt verbetering zelfbeeld, toename inzicht, positievere kijk op de jongeren en hun gedrag en hogere commitment voor vervolgbehandeling.	Uit een gebruikersevaluatie komt naar voren dat Beautiful Me! als zeer positief en bruikbaar wordt beoordeeld. ¹	Voorlopige resultaten van huidig onderzoek bij WWJK-begeleiders tonen aan dat de digitale versie van toegevoegde waarde kan zijn, maar de analoge vorm niet zal vervangen.	Recent wetenschappelijk onderzoek toont aan dat het volgen van Straatwijzer leidt tot een significante toename in kennis over LVB bij zowel jongeren als ouders. ²
Positieve ervaringen vanuit de praktijk	Samen deelnemen, contact met lotgenoten, het minder praten en meer doen, de activiteiten.	Herkenning in verhalen en beelden (bij patiënt), herkenning van verdriet en valkuilen (bij begeleider).	Grote mate van personalisatie, tastbaarheid.	Laagdrempeligheid, hoge mate van herkenning, meer zelfvertrouwen.
Verbeterpunten vanuit de praktijk	De digitale functies komen nog onvoldoende tot hun recht (i.v.m. technische problemen en hoge drempels).	Beperkte hoeveelheid onderwerpen en informatie, wat nog uitgebreid zou kunnen worden.	In de toekomst zou er een manier moeten komen om de patiënten die WWJK gevolgd hebben later nog op te volgen.	Meer uitbreiding ten opzichte van psychiatrische stoornissen.
Hoe te verkrijgen?	Nog niet verkrijgbaar buiten Amarant.	Kosteloos voor LVB professionals. (beautiful.me@sheerenloo.nl)	Kosteloos materiaal op website van Trajectum. Digitale versie via MindDistrict en Karify.	Tegen kostprijs via Jouw Omgeving. (info@jouwomgeving.nl)
	Meest Analog			Meest Digitaal

¹ s Heeren Loo (2018, 17 april). *Evaluatie Beautiful Me!* [Rapport]. Ongepubliceerd rapport.

² Spaltman, M., & Roording-Ragette, S. (2019). LVB-jongeren met stoornis aan meer zelfinzicht helpen. *Kind & Adolescent Praktijk*, 18(4), 6-14.

DIGITAAL VERSUS ANALOOG

Bij het indiceren van een psycho-educatiemodule over LVB speelt de mate van digitalisering in die module een rol. Zowel de literatuur als ervaringen vanuit de klinische praktijk laten zien dat er voor zowel de meer digitale als de meer analoge vormen van psycho-educatie over LVB genoeg te zeggen valt.

Ten eerste zijn er voordelen van digitalisering in de zorg in bredere zin. Zo heeft GGZ Nederland in 2013 onderzoek gedaan naar de meningen van zorgprofessionals over zorg op afstand in algemene zin. Hieruit kwamen als voordelen voornamelijk een effectievere behandeling, doelmatiger werken en afname van reistijd naar voren (GGZ Nederland, 2013). Niet onbelangrijk is dat digitalisering van de zorg daarnaast kan bijdragen aan een oplossing voor een aantal langlopende knelpunten in de GGZ, zoals lange wachtlijsten, personeelstekorten en problematiek in de ketensamenwerking (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). Het hebben van digitale opties voor psycho-educatie ondersteunt dit. Ook vanuit de klinische praktijk wordt door gebruikers van zowel 'Weet Wat Je Kan' als 'Straatwijzer' erkend dat (deels) digitale behandelvormen bijdragen aan een verbeterde toegang tot zorg. In lijn met de literatuur worden ze regelmatig ingezet bij patiënten die op de wachtlijst staan voor behandeling. Zo zit men niet onnodig stil. Daarnaast kunnen middels de digitale weg meer cliënten per hulpverlener behandeld worden, aangezien er significant minder directe contacten met de cliënt plaatsvinden en steunfiguren (bijv. ouders) hierbij indien nodig een grotere mediërende rol krijgen.

Ten tweede biedt digitalisering ook voor psycho-educatie specifiek additionele mogelijkheden. Het doel van psycho-educatie is om informatie te verstrekken op een voor de doelgroep zo passend mogelijke manier. Zo heeft de LVB-doelgroep baat bij veel visuele ondersteuning en spelelementen in hun behandeling (Pitschel-Walz et al., 2009) en wordt daaraan tegemoetgekomen in de eerder beschreven modules middels toevoeging van filmpjes en animaties. Ook vergemakkelijkt digitalisering het herhaald aanbieden van informatie, wat gunstig is voor mensen met een LVB (Pitschel-Walz et al., 2009). Digitale psycho-educatie bespaart tijd en geld en biedt de mogelijkheid om de kennis gemakkelijker te toetsen (Van Rooijen, 2012), bijvoorbeeld door middel van ingebouwde vragen zoals bij 'Straatwijzer'. Vanuit de praktijk wordt daarnaast gezien dat de modules met digitale elementen goed aansluiten bij de leefwereld van vooral de jongere doelgroep. Dit maakt deze programma's leuker voor de patiënt om te volgen en vermindert de kans op de overvraging die vaak komt kijken bij het verbale aspect van face-to-face behandelingen.

Een ander belangrijk voordeel is dat digitale methoden de optie bieden om het programma op een voor de patiënt gewenste locatie (bijvoorbeeld thuis of op school), gewenst moment en gewenst tempo te volgen (Van Rooijen, 2012). Behalve dat deze flexibiliteit op zich al een voordeel is, motiveert en activeert het daarnaast ook de patiënt en zijn omgeving om zelf de regie in handen te nemen, wat bevorderlijk werkt voor het algehele behandelingsucces (Post et al., 2015). Ook staat, volgens behandelaars die gebruikmaken van digitale psycho-educatie, de behandeling op deze manier dichterbij de thuissituatie, wat bevorderend werkt voor de transfer van de enerzijds opgedane kennis naar het anderzijds toepassen van vaardigheden in de dagelijkse praktijk.

“Ik snap nu beter waarom dingen soms te snel gaan voor mij. De filmpjes zijn leuk en het is fijn dat ik zelf kan kiezen wanneer ik eraan ga werken. Ook is het fijn dat ik soms een stukje met mijn ouders kan doen en soms juist alleen.” – 14-jarige patiënt met een LVB en een angststoornis over het volgen van ‘Straatwijzer’ (2019).

Anderzijds zijn er redenen te noemen om juist te kiezen voor de meer analoge, traditionele vormen van psycho-educatie, waarbij face-to-face contact centraal staat. Ten eerste worden daarmee alle technische afhankelijkheden (zoals internetverbinding, stabiliteit van het platform en digitale vaardigheden van patiënt en behandelaar), die zeker bij de LVB-doelgroep van invloed zijn op het gemak en geneigdheid digitale vormen te gaan gebruiken, geëlimineerd. Ten tweede leiden dergelijke werkvormen vaak automatisch tot meer en diepgaandere interactie tussen behandelaar en patiënt, wat ten goede kan komen aan de eventuele verdere behandeling. Door het hebben van communicatie op alle niveaus (verbaal, non-verbaal en paralinguaal) kan er gemakkelijker worden gewerkt aan de werkrelatie en komen er sneller onverwachte onderwerpen ter sprake waar in een later stadium op kan worden ingehaakt (Van Rooijen, 2012).

Ook vanuit de klinische praktijk wordt dit beaamd. De behandelaars die gebruik maken van de meer analoge vormen van psycho-educatie geven veelal aan dat ze sterk vertrouwen in de kracht van persoonlijk contact op behandelings-effectiviteit. Hierdoor ligt de drempel om online behandelingen in te zetten hoog en kiest men liever voor een meer analoge variant. Een ander voordeel van de analoge vormen van psycho-educatie is volgens gebruikers de vrijheid waarmee de meer algemene informatie over LVB die wordt verstrekt tijdens een dergelijk programma direct kan worden gepersonaliseerd voor het individu. Zo kunnen behandelaars met hun achtergrondkennis van de patiënt tijdens de psycho-educatie specifieke voorbeelden geven die herkenbaar zijn en die de informatie helderder en vatbaarder maken voor de patiënt, waardoor die beter te begrijpen, onthouden en implementeren is in hun dagelijkse leven.

Ten slotte is de kans op uitval bij face-to-face interventies lager dan bij online hulpverlening, vanwege de verhoogde therapietrouw (Grolleman et al., 2008). Alhoewel de literatuur suggereert dat het stimuleren van eigen regie, zoals bij de digitale vormen van psycho-educatie, bevorderend werkt (Post et al., 2015), geven behandelaren die gebruikmaken van ‘Weet Wat Je Kan’ aan te geloven dat dit niet voor alle patiënten zodanig geldt. Zo wordt er bijvoorbeeld gezien dat er volwassenen met een LVB zijn die simpelweg niet zelfstandig online kunnen werken en niet altijd een naaste hebben om hem of haar te ondersteunen. Juist met analoge werkvormen wordt deze afhankelijkheid en de vaak resulterende uitval door middel van vaste afspraken, sociale controle en structuur geminimaliseerd.

DISCUSSIE

Vanuit deze beschouwing valt te concluderen dat men bij het kiezen voor een bepaalde vorm van psycho-educatie rekening dient te houden met verschillende aspecten. Deze kunnen grofweg worden onderverdeeld in drie categorieën van randvoorwaarden.

Ten eerste dient men te letten op de randvoorwaarden van de patiënt zelf, zoals het onderkennings- en acceptatieproces en de mate van zelfstandigheid.

Ten tweede is het belangrijk de omgeving van de patiënt in acht te nemen. De (afwezigheid van) begeleiding die er vanuit huis kan worden geboden en de digitale middelen die beschikbaar zijn wegen mee in de beslissing.

Ten slotte speelt ook de behandelcontext een centrale rol. Hoe ver is de patiënt in zijn of haar behandeling? Is er sprake van een wachtlijst en/of zijn er problemen die een geprioriteerde behandeling behoeven?

Door deze aspecten te belichten kan er per patiënt en in overleg met die patiënt de meest passende en stimulerende vorm van psycho-educatie worden gekozen. Terwijl de groep behandelaren die overtuigd is van de effectiviteit en kwaliteit van een digitaal behandeltraject groeiende is, staat er een minstens net zo sterke groep behandelaren tegenover die een voorkeur hebben voor en vertrouwen hebben in de meer traditionele, analoge behandelvormen. Naar ons idee kan er daarentegen veel meerwaarde gehaald worden uit een wereld waarin analoge en digitale psycho-educatie naast elkaar blijven bestaan en de cliënt met een LVB, zijn omgeving en zijn behandelcontext leidend zijn in het op maat maken van de aangeboden zorg. Vanwege de heterogeniteit van deze specifieke doelgroep en de aanwezigheid van duidelijke voorkeuren bij behandelaren t.a.v. behandelvorm (analoog versus digitaal), blijft maatwerk van belang. Het klinisch oordeel van een behandelaar speelt hierbij een grote rol, zeker aangezien het aan wetenschappelijke evidentie van digitale modules binnen de LVB-zorg veelal ontbreekt. Het is dus van groot belang dat behandelaren voldoende geschoold zijn in e-health(on)mogelijkheden en er meer wetenschappelijk effectiviteitsonderzoek bij digitale LVB-modules wordt gedaan. Tot nu toe is vanuit recent onderzoek bekend dat ‘Straatwijzer’ voor significante kennisverbetering zorgt bij zowel jongeren met een LVB als bij hun ouders (Spaltman & Roording-Ragetlie, 2019). Dit onderzoek wordt

momenteel vervolgd met de nieuwere versie van het programma. Daarnaast loopt er actief effectiviteitsonderzoek naar 'Weet Wat Je Kan'. Door in toekomstige digitale initiatieven meer aandacht te besteden aan het implementeren van een effectmeting, kan er op een simpele en laagdrempelige manier data worden verzameld van gebruikers. Door deze data vervolgens te analyseren en publiceren krijgen de modules een sterkere wetenschappelijke onderbouwing wat het vertrouwen in en het gebruik van deze behandelvormen positief kan beïnvloeden.

Blended behandelen is een breed begrip met brede kaders. Bij blended behandeling wordt face-to-face contact gecombineerd met digitale werkvormen. Het digitale spectrum laat zien dat er op verschillende momenten in de behandeling verschillende keuzes gemaakt kunnen worden in het aanbieden van analoge en/of digitale zorg voor mensen met een LVB, om op die manier van beide aspecten de meest werkzame ingrediënten te kunnen inzetten in de behandeling, o.a. de werkrelatie en personalisatie enerzijds (Van Rooijen, 2012) en de voorkeur voor visuele informatieverwerking anderzijds (Pitschel-Walz et al., 2009). Zo zou 'Beautiful Me!' bijvoorbeeld ingezet kunnen worden om aan randvoorwaarden te werken bij patiënten met acceptatieproblemen en waarbij er nog onvoldoende vertrouwen en/of motivatie is om te starten met (digitale) psycho-educatie, alvorens te kunnen verder behandelen met een van de overige modules. Op een dergelijke manier zou men ervoor kunnen kiezen de behandeling gedurende het traject waar mogelijk in toenemende mate op te schuiven van analoog naar digitaal om de zelfstandigheid van de cliënt en de mediërende rol van de omgeving te stimuleren. Men is zo multidimensionaal met zichzelf en de behandeling bezig (Spoelstra, 2020). Het is hierbij van belang dat organisaties/instellingen voldoende faciliterend zijn t.a.v. de digitale mogelijkheden van cliënten met een LVB, alsmede t.a.v. behandelaren (denk bijv. aan het tijdelijk uitlenen van digitale materialen, aanleren van digitale vaardigheden). De klinische ervaring leert dat dit bij het werken met cliënten met een LVB meer investering vereist.

Gezien de snelheid waarmee de samenleving groeit en zich ontwikkelt kan worden verwacht dat ook de zorg verder zal digitaliseren. Hoewel we bij e-Health tot nu toe mogelijk vooral denken aan applicaties om te monitoren, trainingen te volgen, behandelingen uit te voeren en te beeldbellen, zijn er nieuwere technieken op komst. Zo zijn er meerdere onderzoeksgroepen en instanties bezig met het implementeren van virtual reality (zoals Geraets et al., 2019) of serious gaming (zoals, Schoneveld et al., 2020) in behandelingen voor bijvoorbeeld angst-, gedragsstoornissen of depressie. Deze technieken kunnen ook worden toegepast op psycho-educatie over LVB. Zo overwegen de makers van 'Dit Ben Ik' bijvoorbeeld om virtual reality te gaan gebruiken om naasten of niet-LVB-zorgprofessionals het hebben van een LVB te kunnen laten ervaren. Op de themamiddag over psycho-educatie over LVB in 2017, georganiseerd door het Landelijk Kenniscentrum LVB, werd daarnaast nog voorgesteld om dergelijke technieken in de toekomst ook in te zetten om patiënten te laten oefenen met het organiseren en vragen van hulp in verschillende sociale situaties (Verslag Themamiddag Psycho-educatie LVB, 2018).

Kortom, de digitalisering van de samenleving en daarmee de zorg van mensen met een LVB is tot op zekere hoogte onontkoombaar en biedt kansen voor innovatieve ideeën t.a.v. het inrichten van zorg. Onder de juiste condities kan het (deels) digitaal behandelen van mensen met een LVB voordelen hebben, maar we staan hierin nog in de kinderschoenen. Initiatieven binnen het digitale spectrum beginnen zich te ontplooiën, maar zouden zeker nog meer uitgebreid mogen worden in de behandeling van mensen met een LVB, om op deze manier uiteindelijk de meest gepaste en effectieve zorg te kunnen verlenen aan deze kwetsbare doelgroep.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Crowley, V., Rose, J., Smith, J., Hobster, K., & Ansell, E. (2008). Psycho-educational groups for people with a dual diagnosis of psychosis and mild intellectual disability: A preliminary study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12(1), 25-39. doi: 10.1177/1744629507086606
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (Red.)(2016). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
- E-Health in de GGZ: Inspelen op veranderende behoefte van de client (2020, 30 januari). Zorgverzekeraars Nederland. Verkregen van: <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=4581359616>
- Geraets, C. N., Veling, W., Witlox, M., Staring, A. B., Matthijssen, S. J., & Cath, D. (2019). Virtual reality-based cognitive behavioural therapy for patients with generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(6), 745-750. doi: 10.1017/S1352465819000225
- GGZ Nederland (2013). *Een analyse van de verwachte kosten en baten van eHealth: Blended behandelen en begeleiden*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Grolleman, J., Mutsaers, K., & Land, H. van 't (2008). E-Mental Health: Gebruik, toegang en effectiviteit van het aanbod. In H. van 't Land, J. Grolleman, K. Mutsaers & C. Smits (Red.), *Trendrapportage GGZ 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- ING Economisch Bureau (2017). *Digitalisering in de GGZ*. Verkregen van: <http://str8.nl/digitalisering-in-de-ggz/pdf/Digitalisering-in-de-GGZ.pdf>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). *Wachttijden in de ggz: Verbeterkansen vooral in samenwerking op regionaal niveau*. Verkregen van: <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2018/10/22/wachttijden-in-de-ggz-verbeterkansen-vooral-in-samenwerking-op-regionaal-niveau>
- Kempers, E., Vorstermans S., & Laan, L. van der (2020). *Blog: Digitalisering van de GGZ*. Verkregen van: <https://www.seederdeboer.nl/een-geheel-digitale-gezondheidszorg-post-corona-de-toekomst-of-utopie/>
- Meijden, S. van der, & Stegen, B. van der (2009). 'Ik heb iets van autisme ofzo...': Psycho-educatie voor slimme jongeren met ASS. *Kind en Adolescent Praktijk*, 8(4), 186-197. doi: 10.1007/BF03088077
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Froböse, T., Gsottschneider, A., & Jahn, T. (2009). Do individuals with schizophrenia and a borderline intellectual disability benefit from psychoeducational groups? *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(4), 305-320. doi:10.1177/1744629509353237
- Post, L., Goeij-Drechsler, I. de, & Douma, J. (2015). Effecten van het online hulpverleningsplatform *Jouw Omgeving* op de eigen regie van en de hulpverleningsrelatie met jongeren met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek & Praktijk*, 13(2), 27-38.

- 's Heeren Loo (2018, 17 april). Evaluatie Beautiful Me!. Ongepubliceerd rapport.
- Rooijen, K. van (2012). Wat werkt bij online hulpverlening? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Verkregen van: <http://www.dejeugdprofessional.info/wp-content/uploads/2014/10/Wat-werkt-bij-online-hulp-20121.pdf>
- Schoneveld, E. A., Wols, A., Lichtwarck-Aschoff, A., Otten, R., & Granic, I. (2020). Mental health outcomes of an applied game for children with elevated anxiety symptoms: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Child and Family Studies*, 29(8), 2169-2185. doi: 10.1007/s10826-020-01728-y
- Spaltman, M., & Roording-Ragetlie, S. (2019). LVB-jongeren met stoornis aan meer zelfinzicht helpen. *Kind & Adolescent Praktijk*, 18(4), 6-14. doi: 10.1007/s12454-019-0039-4
- Spoelstra, S. (2020). De GGZ na de coronacrisis: Van face-to-face naar zorg op afstand. *Zorgvisie*, 50(4), 20-23. doi: 10.1007/s41187-020-0367-x
- Verslag Themamiddag Psycho-educatie LVB (2018, 19 oktober). Landelijk Kenniscentrum LVB. Verkregen van: <https://www.kenniscentrumlvb.nl/actueel/verslag-themamiddag-psycho-educatie-lvb/>
- Willemsen, H., & Douma, J. (2018). Het is een soort van uit de kast komen: Over zelfredzaamheid, acceptatie van de beperking en psycho-educatie LVB. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 16(2), 44-46.
- Woittiez, I., Eggink, E., & Ras, M. (2019). Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: Een schatting; notitie ten behoeve van het IBO-LVB. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.