

Randvoorwaarden

Cliëntreis Online Zelfhulp & Blended Care

Juni 2026

Projectgroep Blended Care & eHealth

Michel Dijkman

01 Inleiding

Het ontwikkelen van de randvoorwaarden voor een werkende cliëntreis rond online zelfhulp en blended care is een van de bouwstenen van de Mentale Gezondheidsnetwerk in Drenthe. De opdracht van Gezonde Marke is helder: zorg toegankelijker maken voor inwoners van Drenthe, door slim gebruik van digitale mogelijkheden, zonder het menselijk contact te vervangen. Dat uitgangspunt is ook de rode draad van dit document: **digitaal tenzij, contact altijd.**

De randvoorwaarden zijn opgesteld op basis van drie bronnen: de uitkomsten van de nulmeting, interviews en werksessies met de projectgroep en tenslotte aanvullend literatuuronderzoek. De randvoorwaarden zijn domeinoverstijgend geformuleerd en gelden voor de gehele cliëntreis, van zelf aan de slag tot en met nazorg en terugvalpreventie.

De rode draad door alle randvoorwaarden is consequent: blended care werkt alleen als de behandelrelatie de basis is en de cliënt zelf de regie houdt. Maar bovenal wanneer er een sterke basis is waarin er sprake is van peersupport in de eigen leefomgeving.

De praktische vertaling per fase van de cliëntreis staat in de onderlegger.

De definitiebeschrijving blended care is per domein uitgewerkt en beschreven in het document 'Blended care in Drenthe: waar staan we?'

Digitaal tenzij | Contact altijd!



Inhoud

RANDVOORWAARDEN ZELFHULP & BLENDED CARE - 3

OPLEGGER FASEN CLIËNTREIS - 7

BLIK OP 2025 - 12

RANDVOORWAARDEN BLENDED CARE

02 De behandelrelatie is de basis

Blended care zonder behandelrelatie werkt niet. Modules, chat en monitoring zijn alleen effectief als ze verbonden zijn aan een behandelaar die actief betrokken blijft. De literatuur is hierover eenduidig: begeleide e-health leidt tot significant betere uitkomsten dan onbegeleide zelfhulp. Een module die wordt aangezet zonder opvolging levert weinig op en ondermijnt het vertrouwen van zowel cliënt als professional. De LVB-doelgroep heeft daarnaast behoefte aan een begeleider of contactpersoon om samen modules op te pakken.
Motivatie fluctueert. Vroegtijdig stoppen is een structureel kenmerk van digitale zorg, geen falen van de cliënt. Actieve monitoring is daarom geen bijzaak maar een vereiste.

Uit gesprekken | Bevestigd door literatuur

03 Samen beslissen en cliëntregie

De keuze voor blended care wordt samen met de cliënt gemaakt. Niet eenmalig bij intake, maar als terugkerend gesprek. Cliënten die meebeslissen haken minder snel af. De literatuur (Digizo & MIND) benoemt dit als de meest onderschatte randvoorwaarde.
Cliëntregie betekent dat de cliënt zelf bepaalt welke modules hij inzet, in welk tempo en in welke volgorde. Herstel is niet lineair; het aanbod mag dat ook niet zijn. Er is altijd een niet-digitale alternatieve route.

Uit gesprekken | Bevestigd door literatuur

04 Bewuste keuze voor digitaal

Niet elke cliënt is op elk moment geschikt voor digitale zorg. Lichte tot matig-complexe problematiek is doorgaans beter geschikt. Ervaring laat zien dat ernstige of complexe casuïstiek niet uitgesloten hoeft te worden. Digitale inzet wordt vermeden bij onveilige thuissituaties of wanneer persoonlijk contact een behandelvereiste is.
Deze inschatting is geen eenmalig moment maar een doorlopend gesprek. Naast klinische factoren worden ook digitale vaardigheid, toegang tot apparatuur en internet, taalvaardigheid en thuissituatie in kaart gebracht. Kwetsbare groepen, maar ook de LVB-doelgroep lopen het risico buiten de boot te vallen als modules voor hen niet toegankelijkheid zijn en ondersteuning in het gebruik ontbreekt.

Uit gesprekken | Bevestigd door literatuur



Voor de nulmeting, zie de pdf: Blended care in Drenthe: waar staan we?
Voor de uitwerking van het volledige proces, zie de pdf: Cliëntreis Blended Care

05 Veiligheid: modules kunnen bijwerkingen hebben

Een module kan schade aanrichten als die niet past bij de fase van de cliënt. De literatuur noemt dit bijwerkingen van digitale zorg. Net als bij medicatie zijn ongewenste effecten reëel en moeten worden gemonitord. Dit geldt in het bijzonder tijdens de wachtfase, wanneer er nog geen behandelrelatie is.
GGZ-modules zijn niet automatisch geschikt voor alle domeinen. Per domein moet helder zijn welke modules van toepassing zijn en wordt uitgewerkt tijdens de implementatiefase.

Uit gesprekken | Bevestigd door literatuur

06 De wachtfase is een actieve fase

De wachtfase is de meest urgente fase voor het inzetten van laagdrempelig aanbod. Wat er in die fase gebeurt is licht, niet-behandelend en altijd verbonden aan een contactpersoon. En kan mogelijk behandeling uitstellen of zelfs voorkomen.
In de praktijk blijkt de instapdrempel vaak hoog. Een link in een aanmeldbrief is onvoldoende. Modules worden pas gebruikt als ze actief worden geïntroduceerd door een medewerker of ervaringsdeskundige. Het aanbod wordt niet gepresenteerd als therapie want dat wekt verkeerde verwachtingen. De LVG-doelgroep haakt ook af wanneer de koppeling met hun eigen hulpvraag niet expliciet wordt gemaakt.

Uit gesprekken | Uit de werksessie

07 Domeinoverstijgende overdracht en continuïteit

De cliëntreis loopt door meerdere domeinen. Bij elke overdracht weet de ontvangende partij welke modules al zijn gevolgd en wat dit heeft opgeleverd. Cliënten die in de wachttijd GGZ dezelfde modules krijgen aangeboden als eerder bij de POH-GGZ, haken af. Onderlinge afstemming en inzicht is dus nodig.
Professionals verwijzen pas door als ze vertrouwen hebben in wat ze aanbevelen. De betrouwbaarheid en herkenbaarheid van het aanbod is daarmee ook een randvoorwaarde voor samenwerking tussen domeinen. Welzijn is een volwaardige partner als fysieke schakel, niet als online behandelaar.

Uit gesprekken | Uit de werksessie

08 Nazorg en afsluiting

Afsluiting is voor veel cliënten een kwetsbaar moment. Dossiersluiting als harde grens werkt niet voor iedereen. Nazorg die pas bij afsluiting begint, komt te laat: de sociale omgeving van de cliënt moet al zijn ingericht tijdens de behandeling.
Afbouw is gefaseerd. Waarbij de herstelruimten en (online) peersupport een belangrijk vangnet bieden.Na afsluiting blijft toegang tot modules en een online community beschikbaar. Bij terugval binnen een jaar is versnelde toegang geborgd.

Uit gesprekken | Uit de werksessie

09 Privacy en fysieke veiligheid

Cliënten moeten kunnen vertrouwen op de vertrouwelijkheid van hun gegevens. De verwerking van persoonsgegevens voldoet aan de AVG. Cliënten hebben inzicht in én controle over hun eigen gegevens.

Privacy gaat bij blended care ook over de fysieke omgeving: ongestoord kunnen werken aan modules of videobellen is een voorwaarde voor effectief digitaal contact, geen detail.

Toegevoegd vanuit literatuur

10 Professionele randvoorwaarden

Blended care vraagt om een fundamenteel andere werkwijze. Adoptie staat of valt met veranderbereidheid, voldoende tijd, digitale vaardigheid en actieve ondersteuning vanuit het management. De literatuur (UT/VWS, Trimbos) maakt duidelijk dat een technische training alleen niet volstaat. Het gaat om een andere manier van werken, en dat vraagt blijvende aandacht ook na de beginfase.
Financiering van digitale terugkoppelingen en online behandelingen moet geregeld zijn. Onbetaalde extra's worden niet geaccepteerd en werken opschaling tegen.
Ervaringsdeskundigen krijgen een formele rol in het zorgpad, niet alleen als klankbord.

Uit gesprekken | Bevestigd en aangescherpt uit literatuur

11 Gedeeld kader en menukaart

Een keurslijf, van bovenaf gedicteerd werkt niet. De voorkeur is een ingrediëntenlijst waaruit organisaties kiezen wat past bij hun context en doelgroep. Maar die vrijheid heeft grenzen: er is een gedeeld kader nodig met minimumvereisten waaraan elke aanpak voldoet - een Drentse Norm.

Management commitment is onmisbaar voor opschaling. Niet alleen bij de start maar ook na de eerste fase en de borging. Per domein wordt er voorbeeld blended care pad uitgewerkt als concreet voorbeeld. Na elke startfase wordt expliciet besloten hoe verder opgeschaald wordt.

Uit gesprekken | Aangescherpt door literatuur

Capaciteit vrijspelen is geen bijzaak, maar een doel

Het signaal "ehealth gaat over tijdsbesparing in plaats van kwaliteitsverbetering" is terecht als waarschuwing tegen ehealth die alleen het gemak van de professional dient. Tegelijkertijd is het ook geen vrijbrief om kwaliteit als enige doel te zien.

Wij zien blended care wel degelijk als kans om de benodigde capaciteit vrij te spelen. Modules die enkel bovenop bestaande zorg komen, zonder effect op zorggebruik of personeelsinzet, zijn niet voldoende.

Toegankelijkheid is daarom een leidend doel naast kwaliteit. Net als bij de transformatiemiddelen, die alleen worden toegekend aan plannen met impact op zorggebruik en personeelsinzet. Blended care moet dus op beide presteren: betere zorg én minder druk op capaciteit.

12 Gebruikte literatuur

Digizo & MIND (april 2025)
Literatuuronderzoek naar randvoorwaarden voor digitale zorg vanuit cliëntenperspectief. Kernbevinding: samen beslissen, cliëntregie en toegankelijkheid zijn de meest onderschatte randvoorwaarden. Platforms die cliënten actief betrekken bij de ontwikkeling laten significant hogere tevredenheid en therapietrouw zien. Relevant voor Drenthe: de nadruk op kwetsbare groepen en niet-digitaalvaardige cliënten sluit direct aan op de Drentse populatie.

Trimbos Instituut (2016)
Evaluatie van blended e-mental health in de huisartsenpraktijk (~500.000 patiënten). Kernbevinding: de POH-GGZ is de spil; ook lager opgeleiden worden goed bereikt mits er professionele begeleiding is. Financieringshelderheid voor online begeleidingstijd blijft een structureel knelpunt. Relevant voor Drenthe: bevestigt de centrale rol van de POH-GGZ en de noodzaak van blijvende implementatieondersteuning.

Universiteit Twente / VWS (2023)
Kwalitatief onderzoek bij drie GGZ-instellingen naar blended care implementatie. Kernbevinding: urgentie alleen is onvoldoende voor duurzame implementatie. De bekostiging (p×q) werkt blended care actief tegen. Aanbeveling: maak de business case concreet en organiseer structurele financiering voor online begeleidingstijd. Relevant voor Drenthe: de bekostigingsproblematiek is een van de grootste systemische belemmeringen en vraagt bestuurlijke aandacht.

13 Randvoorwaarden per fase cliëntreis

Dit hoofdstuk legt per fase van de cliëntreis de randvoorwaarden vast voor blended care en online zelfhulp. Het is bedoeld als beknopte onderlegger naast de visuele cliëntreis.

Zelfhulp

Voorzorg / Zelf aan de slag

De cliënt is nog niet in zorg. Zelfhulp is het uitgangspunt.

Randvoorwaarden online zelfhulp:

- Betrouwbaar en vindbaar aanbod op plekken waar mensen al komen, zoals bibliotheek, wachtkamer en buurthuis, zonder verplichte registratie
- Alle domeinen verwijzen naar dezelfde betrouwbare bronnen
- Modules en apps zijn getoetst op kwaliteit. Per aanbod is helder voor wie het bedoeld is, in welke fase het past en op basis van welke evidentie
- Zelfhulp is expliciet onderscheiden van blended care: de cliënt werkt zelfstandig, zonder professional

Randvoorwaarden blended care:

- Niet van toepassing in deze fase.

Zelfhulp

Vroegsignalering

Signalering door naasten, opbouwwerkers, buurtteams, vrijwilligers of herstelinitiatieven. De cliënt is nog niet in beeld bij een professional.

Randvoorwaarden online zelfhulp:

- Naasten, opbouwwerkers en ervaringsdeskundigen kennen het lokale betrouwbare aanbod en kunnen gericht doorverwijzen
- Peersupport en herstelcentra zijn zichtbaar als laagdrempelige instap
- Aanbod is toegankelijk zonder registratie of indicatie

Randvoorwaarden blended care:

- Nog niet van toepassing, wel relevant als voorbereiding op het gesprek met de huisarts of POH-GGZ.

Overkoepelend:

- Vroegtijdige aandacht voor zelfinzicht en veerkracht via onderwijs en buurtwerk vermindert latere instroom

Blended

Triage

Eerste contact met de professionele keten via huisarts of POH-GGZ. De juiste plek wordt bepaald. Dit is het moment van indicatiestelling.

Randvoorwaarden blended care:

- Systematische beoordeling bij aanvang op ernstniveau, complexiteit, motivatie, digitale zelfredzaamheid, thuissituatie en eerdere behandelervaringen
- Lichte tot matig-complexe problematiek is doorgaans beter geschikt voor digitale inzet
- Digitale inzet wordt vermeden bij onveilige thuissituaties of wanneer persoonlijk contact een behandelvereiste is
- Indicatiestelling is geen eenmalig moment maar een doorlopend gesprek
- Digitale vaardigheid én praktische toegang zoals apparatuur en internet worden bij aanvang in kaart gebracht
- De keuze voor blended care wordt expliciet besproken

Randvoorwaarden online zelfhulp:

- POH-GGZ en huisarts kennen het betrouwbare zelfhulpaanbod en kunnen er gericht naar verwijzen
- Eerste contact is warm en persoonlijk. Geen vragenlijst als eerste stap: mensen willen eerst gehoord worden
- Cliënt weet of hij zelfstandig werkt of begeleiding krijgt

Blended

1e Lijns behandeling

POH-GGZ begeleidt de cliënt. Blended care is hier concreet inzetbaar. Overgang naar 2e lijn of GGZ is mogelijk.

Randvoorwaarden blended care:

- Elke module heeft een gekoppelde behandelaar die actief terugkoppelt. Begeleide e-health werkt significant beter dan onbegeleide zelfhulp
- Behandelaar plant vaste tijd in voor digitale terugkoppelingen
- Wat de cliënt in modules doet komt terug in het fysieke gesprek
- Cliënt heeft regie over tempo en volgorde
- Modules zijn zorgvuldig geselecteerd
- Samen beslissen is de norm en de keuze voor blended care wordt periodiek geëvalueerd

Randvoorwaarden online zelfhulp:

- Welzijn is volwaardige partner als fysieke schakel, niet als online behandelaar
- Peersupport en herstelcentra zijn zichtbaar en bereikbaar naast de professionele lijn

Overkoepelend:

- Er is altijd een niet-digitale alternatieve route
- Taalbarrières en culturele factoren worden meegenomen bij de keuze van module
- Motivatie fluctueert en wordt regelmatig besproken

Blended

Wachtfase voor intake 2e lijn

Cliënt staat op de wachtlijst voor GGZ-intake. Er is een hoog risico op verslechtering en afhaken. Dit is de meest urgente fase voor het inzetten van laagdrempelig aanbod.

Randvoorwaarden online zelfhulp:

- De wachtfase is een actieve fase
- Aanbod is licht, niet-behandelend en ondersteunend, gericht op psycho-educatie, leefstijlmodules, peersupport en maatjeskoppeling
- Aanbod wordt niet gepresenteerd als therapie, dat wekt verkeerde verwachtingen
- Instapdrempel is laag. Modules worden actief geïntroduceerd door een medewerker of ervaringsdeskundige
- Bij aanmelding wordt ook verwezen naar herstelinitiatieven, buurthuizen en peersupport
- Er is altijd een contactpersoon beschikbaar: geen module zonder back-up

Randvoorwaarden blended care:

- Aanbod in de wachtfase is géén behandeling
- Modules die al zijn gedaan bij de POH-GGZ worden niet opnieuw aangeboden. Bij elke overdracht is gedocumenteerd wat al is gedaan
- Vroege screening na verwijzing en contact met de cliënt om de juiste plek te bepalen en de cliënt gezien te laten voelen
- Telefonisch of chat contact vindt plaats vóórdat modules worden aangeboden

Blended

Intake 2e lijn

Eerste contact met de GGZ-behandelaar. Afstemming over behandelplan en inzet van blended care.

Randvoorwaarden blended care:

- Warme overdracht: behandelaar weet welke modules al zijn gedaan en wat het heeft opgeleverd
- Samen beslissen over het vervolg. Keuze voor blended care is expliciet en geïnformeerd
- Cliënt wordt geïnformeerd over mogelijkheden én beperkingen van de tool
- Vaste afspraken over reactietijden worden gecommuniceerd
- Privacy wordt besproken. Kan iemand ongestoord werken aan modules? Thuissituatie wordt actief uitgevraagd

Randvoorwaarden online zelfhulp:

- Cliënt houdt toegang tot zelfhulpaanbod en community dat in de wachtfase is gestart
- Overdracht naar welzijn of peersupport wordt niet abrupt afgebroken

Wachtfase voor 2e lijns behandeling

Blended

Intake is geweest, behandeling start nog niet. Vergelijkbaar risico als wachtfase intake, maar nu met behandelaar in beeld.

Randvoorwaarden blended care:

- Behandelaar is al in beeld. Er is actief online contact in afwachting van behandelstart
- Modules die worden aangeboden sluiten aan op wat in de intake is besproken
- Cliënt weet wat komen gaat en voelt zich niet opnieuw losgelaten

Randvoorwaarden online zelfhulp:

- Zelfde als wachtfase intake: licht, ondersteunend, altijd met backup
- Geen overlappend aanbod met wat al eerder is gedaan

2e lijns behandeling

Blended

GGZ-behandeling is gestart. Blended care is hier volwaardig onderdeel van het behandelproces.

Randvoorwaarden blended care:

- De behandelrelatie is de basis. Zonder actieve opvolging werkt geen enkele module
- Behandelaar reageert actief op wat de cliënt doet en spreekt vaste terugkoppelmomenten af
- Modules zijn geen verplichting maar middelen. Cliënt heeft regie over tempo en volgorde
- Cliënt wordt vooraf geïnformeerd over mogelijke bijwerkingen van modules
- Ongewenste effecten worden gesignaleerd, besproken en niet genegeerd
- Digitale activiteit kan de frequentie van fysieke gesprekken beïnvloeden

Randvoorwaarden online zelfhulp:

- Welzijn, peersupport en herstelcentra zijn zichtbaar naast de behandeling
- Cliënt maakt al tijdens de behandeling kennis met welzijnsaanbod en herstelruimtes, niet pas bij afsluiting

Overkoepelend:

- Bij wissel van behandelaar of domein weet de ontvangende partij wat al is gedaan
- Er is een heldere afbakening over wie wanneer verantwoordelijk is
- AVG-compliance en privacy zijn geborgd

Zelfhulp Blended

Nazorg / Terugvalpreventie

Behandeling wordt afgebouwd of afgesloten. Dit is een kwetsbaar moment met risico op terugval en nieuwe instroom. Overgang naar zelfstandig functioneren.

Randvoorwaarden blended care:

- Nazorg is onderdeel van het behandelplan en niet een sluitstuk
- Afsluiting is pas mogelijk als de sociale omgeving van de cliënt is ingericht
- Afbouw is gefaseerd, van frequenter naar minder frequent, niet van 'aan' naar 'uit'
- Cliënt is al tijdens de behandeling voorbereid op afsluiting
- Na afsluiting blijft toegang tot modules en/of online community beschikbaar
- Bij terugval binnen een jaar is versnelde toegang geborgd

Randvoorwaarden online zelfhulp:

- Welzijn en herstelruimtes zijn bekende en vertrouwde plekken voor de cliënt
- Peersupport en community zijn toegankelijk als laagdrempelig vangnet
- Zelfhulpmodules blijven beschikbaar na afsluiting behandeling

Zelfhulp Blended

Randvoorwaarden voor de gehele cliëntreis

Deze randvoorwaarden zijn niet fase-specifiek maar gelden voor elk moment in de reis.

Voor de cliënt

- Cliëntregie. De cliënt bepaalt tempo, volgorde en vorm, tenzij er professionele redenen zijn om daarvan af te wijken
- Samen beslissen. De keuze voor blended care is geen eenmalig besluit maar een terugkerend gesprek
- Niet-digitale route. Er is altijd een alternatief voor wie online niet kan of wil
- Toegankelijkheid. Digitale vaardigheid, taalbarrières, apparatuur en kosten zijn geen onzichtbare drempel
- Privacy. Cliënt weet welke gegevens worden verzameld, door wie en met welk doel, en heeft hierop controle

Voor de professional

- Behandelrelatie eerst. Blended care zonder actieve opvolging werkt niet
- Vaste tijd. Digitale terugkoppeling is geen sluitpost maar een gepland onderdeel van het werk
- Bijwerkingen. Modules kunnen ontregelen. Net als medicatie worden ze zorgvuldig gedoseerd
- Motivatie bewaken. Vroegtijdig stoppen is een structureel kenmerk van digitale zorg, geen falen van de cliënt

Voor de organisatie

- Tijd en training. Blended care vraagt een andere werkwijze en dat gaat niet vanzelf
- Financiering geregeld. Online begeleidingstijd is betaalde werktijd, geen onbetaald extra
- Management stuurt actief. Blended care als norm, niet als keuze voor enthousiastelingen
- Integratie. Geen extra laag bovenop bestaande werkprocessen



COLOFON

Projectgroep
Ervaringsdeskundigheid Marcel Niezen, Inbegrepen
GGZ Rob Mijnheer, GGZ Drenthe
Huisartsen Gerda Kleefstra en Annemieke Boer, Dokter Drenthe
Psychologen Rosanne Timmer, NL-Psy
VNN Thomas Middel
Welzijn Dylan van Hulst, Vaart Welzijn

Feedbackgroep: Cosis, Ilona Zwanenburg; Zorgbelang Drenthe, Suzan Riemsma; Gemeente, Liesbeth Koster en Dirfien Leggedoor; Zilveren Kruis, Leonie Thijssing, St. Effect, Lotte de Jong

Projectleider Michel Dijkman, Renske Trul (projectondersteuner)
Bouwsteencoördinator Esther Arends, Gezonde Marke