



Signaal Digitaal

Significant voor de
professionele hulpverlener

2025 - nummer 3

Verschenen op 26 november 2025

Signaal Digitaal is het digitale tijdschrift van Sig vzw.
Meer info op www.sig-net.be > Signaal Digitaal

Redactie

Geert Andries
Dieter Baeyens
Henri De Vroey
Greetje Desnerck
Hilde Roeyers
Herman Van Hove
Petra Warreyn
Inge Zink



INCLUSIE IN-ZICHT

De werking van Sig wordt ondersteund door het Wetenschappelijk Netwerk, bestaande uit meer dan 40 leden verbonden aan universiteiten en hogescholen. De volledige namenlijst vindt u op www.sig-net.be > Wetenschap

Redactiesecretariaat

Tijdschrift Signaal Digitaal > signaaldigitaal@sig-net.be
p/a Sig vzw, Pachthofstraat 1, 9308 Gijzegem (Aalst) (B)

Blended aan de slag bij kinderen en jongeren met ADHD of autisme

Het combineren van digitale tools met face-to-face gesprekken: mogelijkheden en uitdagingen

Elke Baten⁽¹⁾, Annelien Mees⁽²⁾ en Elia Wyverkens⁽³⁾

(1) Howest, lector Bachelor Toegepaste psychologie en onderzoeker Mensenmaat

(2) Howest, lector Bachelor Toegepaste psychologie en onderzoeker Mensenmaat, Psylodie, cliëntgericht-experimenteel psychotherapeut, Wetteren

(3) Howest, onderzoekscoördinator Mensenmaat

Dit artikel neemt je mee in de wereld van blended hulpverlening. Digitale tools zijn niet langer “extra’s” in de begeleiding. Ze kunnen een echte meerwaarde betekenen voor kinderen en jongeren én hun ouders. Maar hoe combineer je online en face-to-face begeleiding op een manier die werkt in de praktijk? Blended hulpverlening biedt talrijke mogelijkheden, maar brengt ook uitdagingen met zich mee. Hulpverleners ervaren drempels zoals tijdsgebrek, angst voor het onbekende, onzekerheid over de impact op de therapeutische relatie, enz.

Het artikel biedt een overzicht van bestaande wetenschappelijke inzichten over de meerwaarde en uitdagingen van blended hulpverlening in de begeleiding van kinderen en jongeren met ADHD of autisme. We bespreken de randvoorwaarden voor succesvolle implementatie en illustreren dit met heel wat praktijkvoorbeelden. Verder staan we ook stil bij de vraag voor wie blended hulpverlening al dan niet geschikt is. Tot slot geven we ook een inspirerend overzicht van digitale tools (apps, websites, enz.) waarmee je blended aan de slag kunt.

1. Inleiding: wat is blended hulpverlening?

“Omdat het even duurde voor we met de begeleiding konden starten, gaf ik de ouders al meteen toegang tot de online module ‘Emotie-coach’ van QIT Online. Zo konden ze tijdens de wachttijd al aan de slag met psycho-educatie en inzichten over het emotionele functioneren van hun zoon. Toen de gesprekken begonnen, hadden ze al een stevige basis, waardoor we sneller tot de kern kwamen. Ik gebruikte de online inhoud ook tijdens sessies zelf, om samen te kijken naar een video of om oefenmateriaal te bespreken. Die combinatie werkt echt versterkend.

Wat ook hielp, is dat het online materiaal beschikbaar blijft. Ouders konden na onze gesprekken dingen opnieuw bekijken of herhalen op een moment dat het voor hen past. Ze voelden zich daardoor meer in controle en actiever betrokken. Voor deze jongen werkte het goed dat de ouders het traject mee konden ondersteunen zonder alles zelf te moeten uitzoeken.

We gebruiken intussen ook andere tools, zoals het GGG-schema in Online Dagboek om piekmomenten of sterke emoties in kaart te brengen. En de ouders kregen tips via OPLA om thuis op een rustige manier met hun zoon in interactie te gaan. Daardoor verloopt het traject niet alleen efficiënter, maar ook meer gedragen, omdat er thuis op eigen tempo bijgestuurd kan worden.”

Hierboven getuigt een klinisch psycholoog over hoe ze blended aan de slag gaat met een cognitief sterke jongen van 10 jaar met autisme. Voor haar biedt de combinatie van online modules en fysieke gesprekken veel voordelen, zowel voor het kind als voor de ouders.

De afgelopen decennia is technologie een integraal onderdeel van ons leven geworden (De Marez e.a., 2025). Ook in de geestelijke gezondheidszorg zien we een duidelijke evolutie richting digitalisering, een trend die verder versneld werd door de noodzaak om alternatieven te vinden voor face-to-face consultaties tijdens de coronapandemie (Ganesan & Tong, 2025; WHO, 2021).

De Wereldgezondheidsorganisatie omschrijft digital health als het gebruik van digitale technologie ter bevordering van de gezondheid (WHO, 2021). Binnen deze brede noemer valt digital mental health, waarbij technologische hulpmiddelen ingezet worden in de geestelijke gezondheidszorg. Deze snel evoluerende technologieën - zoals apps, websites, sociale media, extended of virtual reality en artificiële intelligentie - kunnen ingezet worden in uiteenlopende fasen van het hulpverleningsproces, zoals zelfhulp, tijdens de wachttijd, in de diagnostische fase, tijdens begeleiding of als nazorg (Hoge Gezondheidsraad, 2024).

In de praktijk worden zowel synchrone als asynchrone vormen van digitale hulpverlening toegepast. Bij synchrone begeleiding vindt communicatie gelijktijdig plaats, zoals via beeldbellen of telefoon. Bij asynchrone begeleiding verloopt de communicatie niet-gelijktijdig, zoals bijvoorbeeld via e-mail of chat (Villarreal-Zegarra e.a., 2022). Wanneer digitale tools de enige vorm van contact vormen, spreken we van online hulpverlening. Worden ze gecombineerd met face-to-face contacten, dan spreken we van blended hulpverlening (Bocklandt & Claeys, 2024). Zo kan een jongere met autisme bijvoorbeeld wekelijks face-to-face gezien worden door een hulpverlener, aangevuld met digitale psycho-educatie via een app en oefeningen tussen de sessies door.

Blended hulpverlening biedt talrijke mogelijkheden, maar brengt ook uitdagingen met zich mee (Smith e.a., 2023). Hulpverleners zien de potentiële meerwaarde, maar ervaren ook drempels zoals tijdsgebrek, angst voor het onbekende, onzekerheid over de impact op de therapeutische relatie, gebrek aan kennis over kwalitatieve digitale tools, onvoldoende digitale vaardigheden bij henzelf en hun cliënten, en bezorgdheden over privacy (Stinckens e.a., 2020).

Rekening houdend met deze gemengde gevoelens biedt dit artikel een overzicht van bestaande wetenschappelijke inzichten over de meerwaarde en uitdagingen van blended hulpverlening in de begeleiding van kinderen en jongeren met ADHD of autisme. We bespreken de uitdagingen en randvoorwaarden voor succesvolle implementatie en illustreren dit met praktijkvoorbeelden.

2. Meerwaarde en werkzaamheid van blended hulpverlening

2.1 Voordelen

Het combineren van traditionele hulpverlening met digitale tools biedt tal van voordelen, zowel voor cliënten als voor hulpverleners. Zo geven digitale toepassingen 24/7 toegang tot ondersteuning, verlagen ze de drempel naar fysieke hulpverlening en helpen ze bij het sneller herkennen van patronen in klachten, bijvoorbeeld via dagboekmetingen (Dao e.a., 2021). Apps voor symptoommonitoring geven doorgaans een accuratere en minder vertekende weergave van emoties, gedachten en gedragingen, dan traditionele retrospectieve metingen (McDevitt-Murphy e.a., 2018).

Deze aanpak, bekend als *Ecological Momentary Assessment* (EMA), maakt het eenvoudiger om voortgang en effectiviteit van begeleiding te monitoren. In sommige gevallen wordt EMA gecombineerd met *Ecological Momentary Intervention* (EMI), waarbij gepersonaliseerde interventies via de smartphone aangeboden worden, op momenten dat ze relevant zijn. Denk bijvoorbeeld aan een jongere die op vaste tijdstippen een korte ademhalingsoefening krijgt,

of die tijdens stressvolle momenten een herinnering ontvangt aan helpende copingstrategieën die eerder in de therapie besproken zijn. Zo worden therapeutische technieken niet alleen tijdens de sessies geoefend, maar ook in het dagelijks leven geïntegreerd, waardoor ze deel kunnen gaan uitmaken van de routine van de cliënt.

Onderzoek suggereert dat dit type interventie, zeker wanneer het gepersonaliseerd is en gecombineerd wordt met face-to-face contact, de generalisatie van therapeutische effecten bevordert (McDevitt-Murphy e.a., 2018).

“Een 13-jarige jongen werd aangemeld met ADHD, gecombineerd beeld. Hij had moeite met aandacht en organisatie, en ontwikkelde faalangst rond schooltaken. Thuis leidde huiswerk vaak tot spanningen en conflicten. We kozen voor een blended aanpak, met individuele sessies en oudergesprekken, ondersteund door digitale tools. Via Headspace en Calm oefende hij ademhalings- en ontspanningstechnieken om beter met spanning om te gaan. Met het spel Silver werkten we rond zelfcontrole en motivatie, wat in de gesprekken verder uitgewerkt werd. In M-path registreerden de jongen en ouders stemmingen en stressmomenten, wat houvast gaf voor reflectie tijdens de sessies. De digitale gegevens hielpen om patronen zichtbaar te maken en om gericht te bespreken wat werkte in de thuissituatie. Na enkele weken rapporteerden de ouders minder escalaties en meer rust tijdens het huiswerk. Blended werken bood zo een structuur waarin zowel het kind als de ouders actief konden oefenen en opvolgen, ook buiten de sessies om.”

Een ander voordeel van blended hulpverlening is de bevordering van de continuïteit van zorg. Digitale tools maken het mogelijk om het aantal contactmomenten tussen cliënten en hulpverleners te verhogen, wat de duur en effectiviteit van de behandeling ten goede kan komen. Hulpverleners kunnen ook meer beschikbaar zijn wanneer fysieke aanwezigheid niet mogelijk is, bijvoorbeeld bij ziekte of moeilijkheden bij verplaatsing. Daarnaast kunnen meldingen en herinneringen in apps bijdragen aan therapietrouw (Van Daele & Van Assche, 2019).

“S. is een meisje van 17 jaar met autisme. Gedurende een periode van twee jaar kreeg ze mobiele begeleiding vanuit vzw Victor. In het traject heeft S. enkele zware momenten gehad, waarbij ze ook even in dagopname was in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De begeleidster van vzw Victor stelde voor om gebruik te maken van de Autisme Chat. Daar kan S. ook terecht op momenten dat ze er het meest nood aan heeft, en de begeleidster of psycholoog niet meteen beschikbaar is, zoals bijvoorbeeld op avonden of op een woensdagnamiddag. Bij het afsluiten van de begeleiding zei S. dat ze naast de mobiele begeleiding ook veel gehad heeft aan de Autisme Chat. Zo zag ze het op een avond niet zitten om de volgende dag naar school te gaan en durfde dit niet verwoorden naar haar ouders. Ze nam contact op met de Autisme Chat en kreeg concrete tips om die avond toch nog in gesprek te gaan met hen. De Autisme Chat heeft haar op dat moment heel goed ondersteund en kon haar verder helpen op het moment dat ze hulp nodig had.”

Verder kunnen cliënten dankzij blended hulpverlening een actievere rol spelen in hun eigen herstelproces. Het personaliseren van de zorgervaring wordt hierbij vaak als een duidelijke meerwaarde ervaren. Zo laten sommige apps cliënten zelf kiezen welke interventies voorgesteld worden tijdens moeilijke momenten. Onderzoek wijst erop dat de mogelijkheid tot dergelijke personalisatie de betrokkenheid en motivatie van cliënten vergroot (Borghouts e.a., 2021). Dit sluit aan bij het brede onderzoek naar de positieve effecten van autonomieondersteuning binnen de zelfdeterminatietheorie (Reeve, 2009, 2016; Ryan & Deci, 2017).

“N., een jongen van 13 jaar met autisme, doet aan automutilatie. Bij het verkennen van situaties waarin dit gebeurt, komt telkens naar voor dat hij wel een andere coping wil hantieren, maar dat het op die momenten niet lukt om iets te bedenken. De psycholoog stelt voor om de app ‘Calm Harm’ samen te verkennen. Dit is een Engelstalige app, maar doordat de jongen veel gamet, geeft hij aan dat Engels geen probleem is. De app ‘Calm Harm’ heeft verschillende functionaliteiten, en biedt onder andere een hele waslijst aan activiteiten die je

kan doen op het moment dat de drang tot zelfverwonding er is. Aanvankelijk komt de app nogal overspoelend over voor N., maar nadat de psycholoog toonde hoe de app gepersonaliseerd kon worden, werd hij toch wat enthousiaster.

Als eerste vond N. het fijn dat hij zelf kon bepalen welke kleurthema's en illustraties er gebruikt werden. Hij koos voor de sobere versie, zodat er niet te veel prikkels binnenkwamen. Daarnaast waardeerde N. de privacy in de app, aangezien deze beveiligd kon worden met een wachtwoord. Zo moest hij niet bezorgd zijn als zijn gsm eens ergens rondslingerde: wat in de app stond, was enkel voor hem zichtbaar.

Ook vond hij het fijn dat hij uit de lijst met activiteiten zelf kon kiezen welk 'soort' activiteit voor hem helpend zou zijn (vb. creatieve activiteiten, ademhalingsoefeningen, afleiding, enz.). Hij kon hieraan 'hartjes' geven, waardoor hij de activiteiten makkelijk kon vinden op momenten van crisis. De psycholoog ging met hem aan de slag tijdens de sessie om op die manier de lijst te doorlopen.

Ten slotte vond N. het ook handig dat je bij het krijgen van een suggestie snel kan aanduiden of je die wil proberen, of toch liever een andere suggestie te zien wil krijgen. Deze functie leek hem extra handig op momenten waarop het denken moeilijk loopt. In de daaropvolgende weken vertelde N. trots welke activiteiten hij allemaal geprobeerd had en welke geholpen hadden. Via de app kon hij ook makkelijk via 'streaks' bijhouden hoeveel dagen hij niet aan zelfverwonding had gedaan, wat hem erg motiveerde."

Met de opkomst van artificiële intelligentie ontstaan er nieuwe mogelijkheden voor gepersonaliseerde begeleiding. Zo worden *Large Language Models* ingezet om psycho-educatief materiaal op maat te creëren, aangepast aan de specifieke behoeften en het taalgebruik van cliënten. Deze vorm van personalisatie verhoogt de betrokkenheid en het begrip, doordat de informatie beter aansluit bij de leefwereld van het individu, al is meer wetenschappelijke onderbouwing om het op een goede manier in de klinische praktijk in te zetten, noodzakelijk (Thakkar e.a., 2024).

2.2 Uitdagingen

De voordelen van blended hulpverlening gaan gepaard met een aantal belangrijke uitdagingen. Zo kunnen er iatrogene effecten optreden, die voortkomen uit de behandeling zelf. De constante monitoring kan bij sommige cliënten bijvoorbeeld leiden tot verhoogde stress of spanning door het voortdurend bekijken van gegevens, statistieken en vergelijkingen met normen. Voor stemming (Bos e.a., 2023) en slaap (Arnardottir e.a., 2021), bijvoorbeeld, is al aangetoond dat het monitoren van dergelijke parameters via apps bij sommige gebruikers net tot een verslechtering kan leiden, onder meer doordat het piekeren over scores of afwijkingen versterkt wordt.

Het gebruik van digitale toepassingen veronderstelt bovendien een zekere digitale geletterdheid en vaardigheden, zowel bij cliënten als bij professionals. Niet elke cliënt beschikt over de nodige kennis, toegang tot technologie of een veilige en rustige omgeving om digitale hulpmiddelen effectief te gebruiken (De Marez e.a., 2025). Voor hulpverleners geldt hetzelfde: een gebrek aan vertrouwdsheid met digitale tools kan leiden tot terughoudendheid in gebruik, zeker wanneer men zich onvoldoende ondersteund voelt of weinig autonomie ervaart in de keuze van technologieën. Daarnaast vereist het gebruik van digitale tools - zeker in het begin - vaak extra tijdsinvestering, zowel qua voorbereiding als qua opvolging, wat als extra belastend ervaren kan worden in een reeds drukke werkcontext (De Witte e.a., 2021). Tegelijkertijd blijft de potentiële tijdswinst die digitale toepassingen kunnen opleveren tijdens face-to-face-contact – bijvoorbeeld doordat cliënten beter voorbereid aan een gesprek beginnen, of doordat monitoring al inzicht biedt in belangrijke thema's (Erbe e.a., 2017), vaak onderbelicht in deze beleving van belasting.

Blended hulpverlening kan ook gevolgen hebben voor de werkbeleving van hulpverleners. Vooral bij synchrone beeldbelconsulten wijst onderzoek op een negatieve invloed op de ervaren werkbevoldoening. Factoren zoals schermmoeheid, verhoogde afleiding, vervaging van de grens tussen werk en privé, en het gemis aan

menselijk contact (Békés e.a., 2021; Peeters, 2022) worden hierbij als verklaringen naar voor geschoven.

Een ander veelgenoemd aandachtspunt is de impact van digitale hulpverlening op de therapeutische relatie. Hoewel sommige studies wijzen op gelijkaardige of zelfs verhoogde cliëntbetrokkenheid in digitale contexten (Andersson e.a., 2019), ervaren andere hulpverleners een verminderde emotionele nabijheid of een beperkte mogelijkheid tot het lezen van non-verbale signalen. Dit is zeker een belangrijk aandachtspunt in het werken met kinderen en jongeren (Goldstein & Glueck, 2016), in het bijzonder voor wie al moeilijkheden vertoont met sociale communicatie en interactie, zoals het geval is bij kinderen met autisme (Klebanoff e.a., 2019).

Tot slot vormen ethische en juridische vragen rond privacy en gegevensbescherming soms een drempel om met blended hulpverlening van start te gaan. Er is dan onzekerheid over wie toegang heeft tot de gegevens en hoe deze verwerkt worden. Niet alle apps of websites zijn even transparant over het wel of niet voldoen aan bepaalde wetgeving zoals de GDPR (Fan e.a., 2020).

Om de mogelijke nadelen van blended hulpverlening te beperken, kunnen een aantal strategieën ingebouwd worden. Bij overmonitoring kan het helpen om de frequentie van metingen af te stemmen op de draagkracht van de cliënt en om data vooral als gespreksinstrument te gebruiken, niet als beoordelingsmiddel. Digitale geletterdheid kan versterkt worden door korte instructiemomenten, en het gezamenlijk kiezen van gebruiksvriendelijke tools. Wanneer de therapeutische relatie onder druk staat, is het cruciaal om expliciet tijd te nemen voor contactopbouw, bijvoorbeeld door regelmatig face-to-face- of beeldbelmomenten in te plannen waarin de relatie en beleving centraal staan. Ten slotte vraagt het gebruik van digitale toepassingen om transparante communicatie over privacy en gegevensbeheer, zodat cliënten weten wat er met hun informatie gebeurt en ze zich veilig voelen bij het gebruik ervan.

2.3 Blended hulpverlening: is het effectief?

Internationaal onderzoek suggereert dat blended hulpverlening - mits een aantal voorwaarden - minstens even effectief kan zijn als traditionele therapievormen, soms zelfs met een kortere behandelduur, dankzij frequentere contactmomenten.

De wetenschappelijke evidentie is echter nog beperkt en heterogeen, onder meer omdat blended hulpverlening veel variatie kent en pas relatief recent ingang vindt in de klinische praktijk. Ook de kwaliteit van het digitale aanbod varieert sterk, wat mee de effectiviteit beïnvloedt (Van Daele & Van Assche, 2019).

Het merendeel van het beschikbare onderzoek focust op angst- en stemmingsstoornissen, voornamelijk bij (jong)volwassenen. Reviewstudies tonen vooral positieve effecten van digitale vormen van cognitieve gedragstherapie. Over andere therapeutische kaders is de evidentie minder duidelijk. Wat wél consequent naar voren komt, is dat menselijke betrokkenheid (bijvoorbeeld van een hulpverlener, een ouder of een peer) de effectiviteit van blended hulpverlening aanzienlijk versterkt. Louter zelfhulp, of volledig geautomatiseerde interventies lijken doorgaans minder werkzaam (Lehtimäki e.a., 2021).

Onderzoek naar het gebruik van mental health apps ondersteunt dit: minder dan 10 procent van de gebruikers blijft zo'n app actief gebruiken na slechts één week, en na 30 dagen ligt dat cijfer ruim onder de 5 procent (Baumel e.a., 2019). Gebruikers die slechts eenmalig instructies krijgen van de hulpverlener, blijken sneller af te haken dan wie herhaaldelijke herinneringen of begeleiding krijgt. Zelfs minimale ondersteuning blijkt al een positief effect te hebben, met stijgende effectiviteit naarmate er meer menselijke betrokkenheid is (Renfrew e.a., 2020).

Hoewel blended hulpverlening minder onderzocht is bij ontwikkelingsstoornissen, groeit de wetenschappelijke interesse voor online en blended hulpverlening bij onder andere autisme, ADHD, taalontwikkelingsstoornissen en

leerstoornissen (Khan e.a., 2019; Valentine e.a., 2021). Zowel diagnostiek als begeleiding wordt steeds vaker digitaal ondersteund, bijvoorbeeld via beeldbellen of apps.

Voor diagnostiek bij autisme tonen studies aan dat digitale afnames van instrumenten zoals de ADOS-2 en ADI-R, een hoge diagnostische overeenstemming vertonen met face-to-face versies. Zowel professionals als gezinnen reageren overwegend positief op deze aanpak (Alfuraydan e.a., 2020; Katakis e.a., 2023; Stavropoulos e.a., 2022).

Wat begeleiding betreft, suggereren sommige studies dat blended of online vormen van therapieprogramma's voor ouders (zoals JASPER en het ImPACT-programma) succesvol bijdragen aan kennis, copingstrategieën en opvoedingsvaardigheden (Bearss e.a., 2018; Li e.a., 2022), met betere resultaten wanneer er ook persoonlijke ondersteuning is van een therapeut (Corona e.a., 2021; De Nocker & Toolan, 2023; Ingersoll & Berger, 2015).

Een recente Vlaamse studie bevestigt bovendien dat chathulpverlening effectief kan zijn. Bontinck en collega's (2025) evalueerden de *Autisme Chat* via een bevraging bij gebruikers, onmiddellijk na het chatten. De motieven om de chat te gebruiken verschilden: autistische personen deden dit vooral voor emotionele steun, terwijl ouders vaker informatie of hulp bij praktische problemen zochten. In beide groepen werd een hoge tevredenheid gerapporteerd, én een duidelijke verbetering van het welbevinden na het gesprek. Gebruikers noemden voordelen zoals het makkelijker kunnen verwoorden van emoties via chat, de anonimiteit, het snel verkrijgen van informatie en het ontbreken van wachttijd om met een hulpverlener in contact te komen. Nadelen zoals technische problemen of zorgen rond privacy werden wel genoemd, maar wogen niet op tegen de gerapporteerde voordelen.

Deze resultaten zijn veelbelovend, maar moeten wel geplaatst worden binnen de bredere beperkingen van het huidige onderzoek naar blended hulpverlening bij deze doelgroep.

Kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen vormen een heel heterogene groep, met uiteenlopende noden, voorkeuren en contexten. Wat voor het ene kind werkt, werkt niet automatisch voor het andere.

Digitale tools worden vaak goed aanvaard wanneer ze gepersonaliseerd en in combinatie met face-to-face therapie ingezet worden, maar methodologisch sterk en grootschalig onderzoek dat klinische uitkomsten onderzoekt, ontbreekt vaak.

De meeste studies beperken zich tot tevredenheid en haalbaarheid als uitkomstmaten. De schaarse studies die ook klinische uitkomsten nagaan, rapporteren grotere effecten op sociaal-emotionele vaardigheden dan op bijvoorbeeld communicatieve vaardigheden, maar gezien de vele methodologische beperkingen moet dit met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden (De Nocker & Toolan, 2023; Ferguson e.a., 2019; Sandgreen e.a., 2021; Xu e.a., 2024).

Blended hulpverlening biedt dus duidelijke kansen, maar is niet universeel effectief. De effectiviteit hangt af van talrijke factoren zoals de aard van de problematiek, de leeftijd en capaciteiten van de cliënt, de kwaliteit van het digitale aanbod en vooral de mate van menselijke begeleiding.

Door deze variatie is het voorlopig nog onduidelijk wat precies werkt, voor wie, en in welke omstandigheden. Daarom blijft het essentieel dat hulpverleners digitale tools zorgvuldig en doelgericht inzetten, de effectiviteit ervan blijvend evalueren, en hun aanpak afstemmen op de noden, mogelijkheden en voorkeuren van de individuele cliënt.

Naast voordelen, uitdagingen en effectiviteit is het minstens even belangrijk om stil te staan bij de vraag voor wie blended hulpverlening al dan niet geschikt is. Hieronder bespreken we enkele belangrijke afwegingen die hulpverleners daarbij kunnen maken, op het niveau van de cliënt, de problematiek en de hulpverlener zelf.

3. Blended hulpverlening: geschikt voor iedereen?

Blended hulpverlening is geen doel op zich, maar een middel om therapeutische doelen te bereiken. Het gebruik van digitale tools moet daarom steeds weloverwogen gebeuren. Enkel wanneer het een meerwaarde betekent voor een specifieke cliënt in een specifieke context, is het opportuun om blended werken in te zetten.

Idealiter ontwikkelt elke hulpverlener een automatische reflex om per cliënt expliciet af te wegen of digitale ondersteuning kan bijdragen aan de doelen. Die afweging kan gebeuren op drie niveaus: in relatie tot de cliënt zelf, de problematiek waarvoor hulp gezocht wordt, en de rol en mogelijkheden van de hulpverlener.

Door hierbij stil te staan kan het inzetten van blended hulpverlening een dynamisch, afgestemd proces zijn dat telkens opnieuw bijgestuurd kan worden. Bovendien kunnen deze afwegingen een concrete manier zijn om met enkele eerder besproken uitdagingen om te gaan (zoals motivatie, betrokkenheid of digitale ongelijkheid). In wat volgt gaan we dieper in op hoe je deze drie niveaus kan meenemen in je beslissingsproces.

Een eerste belangrijke afweging is de mate waarin blended werken aansluit bij de **voorkeuren en digitale geletterdheid van de cliënt**. Digitale tools mogen nooit een eenzijdige keuze van de hulpverlener zijn, maar moeten altijd besproken en afgestemd worden. Niet elke cliënt voelt zich comfortabel bij beeldbellen of het digitaal registreren van symptomen. Wie bijvoorbeeld liever met pen en papier werkt, moet die mogelijkheid kunnen krijgen.

Het is dan ook zinvol om tijdens de anamnese aandacht te besteden aan de digitale leefwereld van cliënten. Wat is hun ervaring met apps of online toepassingen? Beschikken ze over een geschikt toestel, internettoegang en voldoende digitale vaardigheden? En vooral: staan ze open voor het gebruik ervan in een hulpverleningscontext? Soms verandert die houding doorheen

het traject, wat geïllustreerd wordt in de onderstaande casus.

“Cliënte L. (15 jaar) heeft last van stemmingswisselingen en heeft daarbij een diagnose van ADHD. In de therapie wordt opgemerkt dat haar herinneringen over de afgelopen periode vaak gekleurd zijn door hoe ze er op dat moment bij zit. Er wordt voorgesteld om te werken met een emotiedagboek, om een genuanceerder beeld te krijgen van hoe de weken verlopen. L. wil dit graag in een schriftje bijhouden, ze verkiest dit boven een app, omdat ze graag met kleurtjes wil werken.

Na enkele weken valt telkens hetzelfde patroon op: twee à drie dagen na de therapiesessie lukt het L. goed om dit schriftje in te vullen, nadien is het veel sporadischer ingevuld. Bij de bespreking hiervan komt naar voor dat ze het schriftje vergeet mee te nemen naar school of er niet aan denkt om het in te vullen.

L. komt zelf met het idee om toch eens “die app” te proberen. Er wordt gezocht naar een app die ook met kleurtjes werkt, en samen worden herinneringen (via meldingen) toegevoegd. In het gesprek nadien is er een beter overzicht van de hele week. L. is zelf onder de indruk van hoe goed het haar lukte en nog belangrijker: dat er ook veel periodes zijn waarin ze zich goed voelde. Een inzicht dat ze eerder nog niet had, en waarnaar de psycholoog op zoek was met deze opdracht.”

Een tweede belangrijke afweging is het afstemmen op de **problematiek van de cliënt**. Niet elke hulpvraag leent zich tot blended hulpverlening. Wanneer blended wel mogelijk is, kan het probleem waarmee de cliënt vastloopt richting geven bij het kiezen van geschikte tools. Het is daarbij ook belangrijk rekening te houden met diagnosespecifieke richtlijnen, als die er zijn. Zo benadrukt de European ADHD Guidelines Group (EAGG; Coghill e.a., 2023) dat blended interventies bij ADHD altijd ingebed moeten zijn in een multimodale aanpak, waarin digitale ondersteuning hand in hand gaat met oudercoaching, schoolafstemming en, indien geïndiceerd, medicatie.

Wat betreft concrete tools is het verder niet nodig om enkel te zoeken naar apps “voor kinderen met autisme” of “voor kinderen met ADHD”. Soms zijn juist algemene toepassingen bruikbaar, zolang ze aansluiten bij de noden van het kind (bv. een dagplanner-app die structuur biedt, of een timer-app die helpt om de aandacht bij een taak te houden).

Omgekeerd geldt dat een app die specifiek ontwikkeld is voor een bepaalde doelgroep, niet altijd geschikt is voor elk kind met die diagnose. Zo kan een ADHD-app met veel meldingen net extra afleiden, of kan een dyslexie-app die vooral werkt met auditieve ondersteuning minder bruikbaar zijn voor kinderen met bijkomende aandachtsproblemen.

Het is daarom zinvol om je bij de keuze van een tool niet (alleen) te laten leiden door de diagnose, of door algemene aandachtspunten die belangrijk zijn voor een bepaalde doelgroep, maar vooral door de individuele noden van het kind. Zo kan het voor veel kinderen met autisme helpend zijn dat een app voldoende structuur biedt en niet overprikkelend is, maar uiteindelijk blijft het de afstemming op unieke voorkeuren en mogelijkheden van de cliënt die bepaalt of een tool echt aantrekkelijk is voor een cliënt. Dat blijkt ook uit de volgende getuigenis van een psycholoog.

“Om de keuze voor een blended traject te bepalen moeten we soms durven loskomen van de idee dat het kind een ontwikkelingsstoornis heeft. Heel veel digitale tools kunnen breed ingezet worden, ongeacht de diagnose. Een eenvoudig voorbeeld is de standaard dagboek-app op iPhone. Deze kan door het minimalistische ontwerp met weinig visuele afleiding en weinig prikkels zeer geschikt zijn voor kinderen met autisme of ADHD, terwijl deze niet voor deze doelgroep ontworpen werd, zelfs niet voor hulpverlening in het algemeen. Ook relaxatieapps zoals Headspace bijvoorbeeld zijn vaak gericht op een breed publiek, maar kunnen zeer toegankelijk zijn voor kinderen en jongeren met autisme. Allerhande apps die geluiden combineren met visuals, gebruik maken van mindfulness of steunen op sensorische stimulatie kunnen zinvol zijn. Omgekeerd kan

het ook zijn dat apps of websites die wel specifiek voor de doelgroep zijn ontworpen, toch niet werken bij een specifieke cliënt. Hét kind met autisme of hét kind met ADHD bestaat niet. Het is belangrijk altijd per cliënt te gaan bekijken wat aanslaat en wat niet, en bovendien kritisch te zijn over de kwaliteit van de digitale tools. Wanneer je regelmatig op de tool terugkomt en deze tijdens de sessies bespreekt, zal je snel genoeg feedback krijgen over hoe fijn de cliënt het vindt om te werken met de tool. Eenzelfde tool kan door de één als rustgevend ervaren worden en door een ander als overprikkelend. Je kunt dat niet altijd op voorhand inschatten, maar als het een meerwaarde zou kunnen zijn is het altijd de moeite waard om het gewoon te proberen. Een belangrijke leidraad om een tool te kiezen kan zijn om gericht op zoek te gaan naar wat een specifieke cliënt nodig heeft en daar een geschikte tool voor te zoeken, in plaats van te vertrekken vanuit diens diagnose.”

Bij kinderen en jongeren spelen ouders een belangrijke rol in de inzet van blended werken. Ze kunnen ondersteunen bij de opstart van een digitale tool, hun kind stimuleren om ermee aan de slag te gaan, of samen bepaalde opdrachten verkennen. Tegelijkertijd is het belangrijk om de autonomie van de cliënt over het zorgtraject te bewaken, zeker bij adolescenten. In die situaties kunnen apps met ingebouwde herinneringsfuncties een alternatief of aanvulling bieden, zodat jongeren meer zelf de regie houden.

Ook voor ouders zelf bestaan er tal van apps en websites rond thema's waarover zij vaak vragen hebben, zoals rond het bieden van structuur en routine, of het omgaan met emoties en stress. Veel van deze tools richten zich op zulke bredere, praktische vragen en zijn dus niet per se gebonden aan een specifieke diagnose. In de volgende getuigenis illustreert een klinisch psycholoog hoe ouders in de praktijk kunnen bijdragen aan blended werken.

“Wanneer je blended wil gaan werken is het altijd belangrijk in te schatten of het voor de cliënt haalbaar is. Dit kan je enerzijds doen door rekening te houden met de (ontwikkelings)leeftijd van het kind of de cognitieve

vaardigheden. Anderzijds kan je ook de ouders betrekken. We moeten niet altijd verwachten dat kinderen alleen met apps aan de slag zullen gaan. Ouders kunnen altijd helpen bij de vertaalslag. Dit kan eenvoudige ondersteuning zijn om de app op te starten, maar het kan ook verder gaan, bijvoorbeeld ouders die samen met hun kind een digitale vragenlijst invullen. Een ander voorbeeld zijn apps rond dagplanning en routines. Veel van deze apps werken op een visuele manier met pictogrammen. Toch moeten dergelijke apps dikwijls geconfigureerd worden, zodat alleen het visuele aspect overblijft. Voor dit soort zaken kan je de ouders mee inschakelen. Ook wanneer taal een drempel vormt kan dit handig zijn. Het na-deel van heel veel goede apps is dat ze Engels-talig zijn. Dit is sowieso moeilijker voor de jongere leeftijdsgroepen, zeker als er bijvoorbeeld ook sprake is van een taalstoornis. Ook daar kunnen ouders bij helpen. We mogen niet te snel een tool uitsluiten als we voelen dat er potentieel in zit. Door het netwerk erbij te betrekken kom je vaak al ver.”

Tot slot zijn ook de afwegingen omtrent onze **eigen rol als hulpverlener** van belang. Blended werken veronderstelt een minimale digitale vaardigheid, maar ook motivatie en een open houding. Sommige van de eerder genoemde uitdagingen, zoals werkdruk of beperkte kennis van het digitale aanbod, kunnen hier belemmerend werken (zie 2.2).

Om hulpverleners te ondersteunen bij het maken van een bewuste keuze, werd aan de Universiteit Twente het instrument *Fit for blended care* ontwikkeld (Wentzel e.a., 2016). Deze tool bestaat uit drie onderdelen.

In het eerste onderdeel kan de hulpverlener de cognitieve mogelijkheden van de cliënt inschatten om de inhoud van bijvoorbeeld de app of de website te begrijpen. In een tweede onderdeel worden een aantal aspecten bij de cliënt bevraagd, zoals bijvoorbeeld of deze beschikt over een computer, internet, digitale vaardigheden, een rustige en veilige omgeving. In het derde onderdeel worden een aantal vragen gesteld die besproken kunnen worden tussen hulpverlener en cliënt. Het gaat dan bijvoorbeeld om vragen

zoals of de cliënt gemotiveerd is om met digitale tools aan de slag te gaan, of er een veilige basis is (of kan komen) voor wat betreft de therapeutische relatie, of de cliënt beschikt over een ondersteunend netwerk, enz. De onderzoekers stimuleren het gebruik van deze tool in de praktijk om op zoek te gaan naar de ‘perfecte blend’ wanneer je met je cliënt en/of de context wil starten met blended hulpverlening.

Door het maken van deze afwegingen, wordt het al dan niet blended aan de slag gaan met een cliënt een weloverwogen keuze. Het is aangewezen om die keuze continu te blijven evalueren. Wat op een bepaald moment werkt, kan later niet meer passend zijn. Het is dus van groot belang om regelmatig stil te staan bij het effect van de gekozen aanpak en de digitale tools een dynamisch onderdeel te laten zijn van de manier waarop je aan de slag gaat.

Als blended werken onvoldoende effect heeft, moet dit bespreekbaar gemaakt worden. Soms is een andere tool passender, soms is het beter om het digitale volledig los te laten. De centrale boodschap blijft dan ook dat blended hulpverlening en de vormgeving van een blended traject maatwerk vergt en dat de kosten hierbij afgewogen moeten worden tegenover de opbrengsten. Goed opgeleide medewerkers en een weloverwogen visie op blended hulpverlening binnen de organisatie kunnen hierbij ondersteunend zijn.

4. Online tools: niet alles is geschikt of net wel?

Het aanbod aan beschikbare apps en websites wordt steeds groter. Welke tools zijn kwalitatief en welke gebruik je beter niet? Vanuit Onlinehulp Vlaanderen werd hiervoor de appstore *onlinehulp-apps.be* ontwikkeld, die een overzicht biedt van op kwaliteit gescreende tools (Onlinehulp Vlaanderen, 2022).

De appstore omvat zowel apps, websites als wearables (bijvoorbeeld voor VR of smartwatches) en deze werden gescreend op drie grote clusters van criteria: helderheid, toegankelijkheid en betrouwbaarheid (Bocklandt e.a., 2020).

Apps en sites die op www.onlinehulp-apps.be staan, kunnen dus veilig gebruikt worden in de hulpverleningspraktijk. Om zelf een app of website te beoordelen, kan je gebruikmaken van de handvatten die het screeningskader (Bocklandt e.a., 2020) biedt.

Onder de cluster ‘helderheid’ is het goed om te bekijken of het doel en de doelgroep van de app duidelijk gecommuniceerd worden en om te bekijken of en welke contactmogelijkheden er zijn, bijvoorbeeld met hulpverleners, naasten of lotgenoten. Wil je de ‘toegankelijkheid’ van een app bekijken, dan kan je de gebruiksvriendelijkheid onder de loep nemen: is de app intuïtief bruikbaar en vind je makkelijk de belangrijke functies terug? Daarnaast kan je de kostprijs bekijken (gratis of niet; en is daarover transparante info te vinden) en uittesten of alles technisch wel naar behoren werkt.

In de cluster ‘betrouwbaarheid’ is het goed om te onderzoeken welke aanbieder er achter de app zit: lijkt dit een betrouwbare partner, zoals een kennisinstelling, een organisatie uit het werkveld, een overheid, enz. Ook commerciële spelers kunnen betrouwbare apps op de markt brengen, maar dan is het extra belangrijk om ook te bekijken of en hoe ze de inhoud van de app onderbouwd hebben. Baseren zij zich bijvoorbeeld op (bestaand) onderzoek of op methodieken die vanuit de praktijk gevalideerd zijn?

Ten slotte is een kritische blik op de privacy en data-veiligheid van de gegevens van de gebruikers noodzakelijk. Een privacy policy lezen biedt daar een eerste zicht op. Wil je echter kunnen berusten op betrouwbare apps, maak dan gebruik van het gescreende aanbod op onlinehulp-apps.be.

Een psychologisch consultant en gedragsconsulent in een psychologenpraktijk getuigt:

“Ik gebruik onlinehulp-apps.be om geïnspireerd te geraken en een goed overzicht te hebben van alle apps die bestaan. Ik merk dat er al heel wat apps bestaan en ontwikkeld worden, en daarom helpt het om deze op te zoeken

via onlinehulp-apps.be. Als ik op zoek ben naar een nieuwe app, dan vraag ik dit op een teamoverleg aan mijn collega’s welke ervaringen zij hebben of dan zoek ik dit op via onlinehulp-apps.be. Ik gebruik daarvoor de trefwoorden en de zoekfunctie. Ik vind het vlot werken via de site en ik heb elke keer een nieuwe app gevonden. Het is ook fijn om op die manier nieuwe apps te ontdekken.”

Naast de vele apps en websites, zijn er tegenwoordig ook tal van kwalitatieve podcasts en video’s op platforms zoals YouTube. Het kan evengoed een vorm van blended hulpverlening zijn om samen met je cliënt naar zulke video’s te kijken tijdens de sessie, of interessante podcasts te vermelden voor tussen de sessies door. Ook bij dit soort materiaal is het als hulpverlener belangrijk het kwaliteitskader in je achterhoofd te houden, want er is helaas ook heel wat minder kwalitatief aanbod te vinden.

In Tabel 1 (zie volgende bladzijden) geven we ter illustratie een aantal inspirerende apps, websites en toepassingen mee. We haalden ze uit gesprekken met hulpverleners die in hun praktijk kinderen en jongeren met ADHD of autisme begeleiden.

We geven telkens een korte beschrijving en een voorbeeld van hoe deze tool ingezet kan worden in het hulpverleningsproces. De vermelde tools zijn niet altijd voorzien van wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit ervan. Dergelijk onderzoek is voor ontwikkelaars vaak niet haalbaar vanwege de hoge kosten en praktische beperkingen. Daarom wordt een bredere benadering gehanteerd van de betrouwbaarheidsindicator in het screeningskader van onlinehulp-apps.be. Hierbij wordt ook gekeken naar de inhoudelijke onderbouwing op basis van erkende therapeutische stromingen en praktijkervaring.

Let op: niet alle tools uit de onderstaande tabel zijn vrij toegankelijk; soms is er enkel toegang als de hulpverlener geabonneerd is op een bepaald platform, soms kunnen cliënten enkel toegang krijgen via een hulpverlener, enz.

Tabel 1: Overzicht van tools voor blended hulpverlening bij kinderen en jongeren met ADHD of autisme

Tool (ontwikkelaar)	Beschrijving	Voorbeeld inzetbaarheid in de praktijk
Autisme Chat https://www.ligaautismevlaanderen.be/autismechat/ (Liga Autisme Vlaanderen)	De Autisme Chat is er voor kinderen, jongeren en volwassenen met (een vermoeden van) autisme en hun ouders, broers en zussen, grootouders, partner, zoon/dochter, kinderen, enz. Je kan er anoniem en gratis terecht voor een chatgesprek met professionele begeleiders van de thuisbegeleidingsdiensten van de Liga Autisme Vlaanderen. Je krijgt er een luisterend oor, info, advies en ondersteuning. Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit wijst op hoge tevredenheid bij gebruikers én een duidelijke verbetering van hun welbevinden na het gesprek (Bontinck e.a., 2025).	Tijdens de wachttijd Parallel aan begeleiding: jongeren kunnen ervaringen delen, vragen stellen, enz. Als nazorg
AutiWijzer (app) (Liga Autisme Vlaanderen)	Digitaal begeleidingsplatform voor ouders van kinderen met autisme (6-12 jaar). Het platform bevat psycho-educatie, praktische oefeningen en concrete handvatten en is opgebouwd in verschillende deelthema's. Er wordt gebruikgemaakt van illustraties, filmpjes, oefeningen, getuigenissen, voorbeelden en concrete tips. Er is steeds de mogelijkheid om te beeldbellen met een begeleider voor hulp bij de oefeningen of extra uitleg over een thema.	Tijdens de wachttijd: ouders kunnen zelfstandig online aan de slag gaan. Psycho-educatie bij start van begeleiding Als nazorg
Stress Autism Mate (SAM) Junior (app) (GGZ Centraal Nederland)	De app helpt jongeren met autisme (12-18 jaar) om beter inzicht te krijgen in hun ervaren stress, te begrijpen wat goed of minder verloopt en biedt handvatten om ermee om te gaan. De app ondersteunt jongeren bij het doorkomen van stressvolle momenten en bereidt hen voor op toekomstige stressvolle gebeurtenissen. Er wordt gebruikgemaakt van dagelijkse korte vragenlijsten over je activiteiten en gevoelens. Er wordt een dagboek bijgehouden met je gevoelens en stresservaringen en op basis van overzichten kan zo je inzicht verhoogd worden. Er worden tips gegeven om met stress om te gaan, zowel thuis als onderweg. Een pilootstudie naar effectiviteit van deze app wijst op positieve effecten op stress, coping en algemene levenskwaliteit (Van Asselt e.a., 2025).	Tijdens de begeleiding: de ingevulde informatie kan tijdens de sessies besproken worden. Als nazorg
Wegwijzer Ontwikkelingszorgen https://www.wegwijzerontwikkelingszorgen.be/ (Radar Crosslink i.s.m. UGent en experts in diagnostiek ontwikkelingsstoornissen)	Online tool voor professionals die bij de zorg voor jonge kinderen betrokken zijn (huisartsen, kinderartsen, medewerkers kinderopvang, verpleegkundigen Kind & Gezin, enz.). De Wegwijzer is een online tool die je kan inzetten wanneer je je zorgen maakt over de ontwikkeling van een kind, jonger dan 7 jaar. In de tool kan je aanduiden welke signalen worden opgemerkt bij het kind in drie domeinen van ontwikkeling: grove en fijne motoriek; taal en communicatie; sociale vaardigheden, spel en ander opvallend gedrag. Op basis van die gegevens volgt een advies, gaande van ontwikkelingsstimulatie, tot doorverwijzing naar meer gespecialiseerde zorg.	Voor professionals, te gebruiken tijdens de diagnostische fase

Tool (ontwikkelaar)	Beschrijving	Voorbeeld inzetbaarheid in de praktijk
Emotiecoach https://modules.qitonline.com/course/emotiecoach (QIT Online)	Deze zelfhulpmodule is bedoeld voor ouders en zorgfiguren die de emoties van hun kind beter willen begrijpen en zoeken naar manieren om er beter mee om te gaan. Er wordt gewerkt met video's, teksten, opdrachten, vragenlijsten, enz.	Tijdens de wachttijd: ouders kunnen thuis al psycho-educatie volgen en vaardigheden ontwikkelen vóór het traject start. Tijdens de begeleiding: In een blended traject, waarbij de opdrachten tijdens fysieke sessies besproken worden en toegepast worden op het kind.
Game(L)over https://www.game-lover.be/ (Game(L)over)	Online module gericht op jonge gamers en hun ouders (twee aparte zones). De tool helpt jongeren om vroegtijdig in te grijpen bij riskant en problematisch gamen. Aan de hand van informatie en oefeningen krijgen jongeren inzicht in hun gamegedrag, leren ze stilstaan bij de voor- en nadelen van hun gamegedrag en wordt er gewerkt aan verandering en terugwinnen van controle. Ouders worden door de tool ondersteund op verschillende manieren. De app helpt ouders inzicht te krijgen in het gamegedrag van hun kind, helpt inzien waarom hun kind graag gamet, geeft tips om op een positieve manier het gesprek over gamen aan te gaan, spoort hen aan om duidelijke grenzen te stellen en informeert hen over waar ze terecht kunnen als er meer hulp nodig is.	Tijdens de wachttijd Tijdens de begeleiding
M-path https://m-path.io/landing/ voor cliënten een app (KU Leuven)	App voor real-time monitoring (EMA) van emoties en symptomen in het dagelijks leven, voor cliënten vanaf 12 jaar. Via een online dashboard stelt de hulpverlener vragenlijsten, opdrachten en herinneringen op maat in, die de cliënt ontvangt in de app. De professional krijgt via het dashboard duidelijk inzicht in resultaten en voortgang, wat tijdens sessies besproken kan worden.	Tijdens de diagnostische fase of beeldvorming Tijdens de begeleiding
OPLA https://opla.website (CKG De Schommel)	Online OpvoedingsPLAtform dat ondersteuning biedt aan ouders bij uitdagingen in de opvoeding. OPLA bevat verschillende opvoedingsthema's zoals driftbuien en huilen, moeilijk gedrag, liefdevolle grenzen en emotieregulatie. Een combinatie van informatie, interactieve oefeningen, podcasts, video's, enz. Er is ook de mogelijkheid tot het bijhouden van een agenda, 'stoefboek' en online dagboek.	Tijdens de wachttijd: ouders kunnen zelfstandig online aan de slag gaan, na aanmelding bij één van de organisaties. Tijdens de begeleiding: de hulpverlener krijgt toegang tot de account en kan de fysieke begeleiding combineren met het gericht aanreiken van bepaalde thema's en oefeningen in OPLA.

Tool (ontwikkelaar)	Beschrijving	Voorbeeld inzetbaarheid in de praktijk
Flowborne VR VR-toepassing voor o.a. Meta Quest (Infinity Speaks Lmd i.s.m. psychologische wetenschappers)	VR-toepassing waarmee je met behulp van ademhaling en real-time biofeedback via je VR-controller meditatieve ademhalingssessies beleeft terwijl je door een magisch VR-landschap wandelt. Je ademt langzaam diep in en uit, en ziet je ademhaling direct invloed hebben op de serene, visuele en auditieve omgevingen, wat helpt bij ontspanning, stressvermindering én verbetering van de ademvaardigheid.	Tijdens de begeleiding Als nazorg
➔ Op zoek naar meer apps en websites? Bekijk www.onlinehulp-apps.be		

5. Besluit

Blended werken kan een waardevolle rol spelen in de hulpverlening voor kinderen en jongeren met ADHD of autisme, en hun netwerk. Het combineren van digitale tools met face-to-face gesprekken kan concrete kansen bieden om krachtiger en flexibeler vorm te geven aan het begeleidingstraject.

De wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van online en blended hulpverlening (ook bij kinderen en jongeren met een ontwikkelingsstoornis) groeit, al is het door de grote heterogeniteit in onderzoek, met daarbovenop vaak methodologische beperkingen, voorlopig nog onduidelijk wat precies werkt voor wie en in welke omstandigheden. Het beschikbare onderzoek benadrukt wel sterk het belang van persoonlijke ondersteuning voor een grotere effectiviteit.

Daarnaast moet de inbedding van digitale tools altijd doordacht en afgestemd gebeuren en moet er blijvend geëvalueerd worden. Blended werken vraagt om maatwerk. Het is belangrijk om stil te staan bij de mogelijke meerwaarde van digitale tools als aanvulling op de bestaande begeleiding. Er is een variatie aan mogelijkheden, maar niet alles is even geschikt of even kwalitatief. De website www.onlinehulp-apps.be kan helpen het bos door de bomen te zien.

Door doordacht blended aan de slag te gaan kunnen technologie en persoonlijke begeleiding elkaar versterken, om nog beter zorg te kunnen bieden aan kinderen en jongeren met een ontwikkelingsstoornis en hun netwerk.

Dankbetuiging

De auteurs wensen hun hartelijke dank uit te spreken aan Delphine Van Lierde, klinisch psycholoog bij praktijk De Paradijsvogel, en Michiel Tyncke, coördinator van de Autisme Chat en projectcoördinator van de Liga Autisme Vlaanderen voor hun waardevolle input bij de praktijkvoorbeelden in dit artikel.

Contact

Elke Baten
elke.baten@howest.be

Referenties

- Alfuraydan, M., Croxall, J., Hurt, L., Kerr, M., & Brophy, S. (2020). Use of telehealth for facilitating the diagnostic assessment of Autism Spectrum Disorder (ASD): A scoping review. *PLOS ONE*, 15(7), e0236415. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236415>
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B.F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: From innovation to implementation. *World Psychiatry*, 18(1), 20-28. <https://doi.org/10.1002/wps.20610>
- Arnardottir, E.S., Islind, A.S., & Óskarsdóttir, M. (2021). The future of sleep measurements. *Sleep Medicine Clinics*, 16(3), 447-464. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2021.05.004>
- Baumel, A., Muench, F., Edan, S., & Kane, J.M. (2019). Objective user engagement with mental health apps: Systematic search and panel-based usage analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9), e14567. <https://doi.org/10.2196/14567>
- Bearss, K., Burrell, T.L., Challa, S.A., Postorino, V., Gillespie, S.E., Crooks, C., & Scahill, L. (2018). Feasibility of parent training via telehealth for children with Autism Spectrum Disorder and disruptive behavior: A demonstration pilot. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1020-1030. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3363-2>
- Békés, V., Aafjes-van Doorn, K., Luo, X., Prout, T.A., & Hoffman, L. (2021). Psychotherapists' challenges with online therapy during COVID-19: Concerns about connectedness predict therapists' negative view of online therapy and its perceived efficacy over time. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705699>
- Bocklandt, P., & Claeys, H. (2024). Starten met duurzaam blended werken aan welzijn en geestelijke gezondheid.
- Bontinck, C., Baeyens, D., De Schryver, M., Renty, J., & Roeyers, H. (2025). Evaluating online chat counselling as a synchronous, digital and text-based mental health support service for autistic individuals and their parents. *Research in Autism*, 126, 202650. <https://doi.org/10.1016/j.reia.2025.202650>
- Borghouts, J., Eikey, E., Mark, G., De Leon, C., Schueller, S.M., Schneider, M., Stadnick, N., Zheng, K., Mukamel, D., & Sorkin, D.H. (2021). Barriers to and facilitators of user engagement with digital mental health interventions: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), e24387. <https://doi.org/10.2196/24387>
- Bos, F.M., van der Krieke, L., Wichers, M., Bruggeman, R., & Snippe, E. (2023). Dagboekmetingen als hulpmiddel in de psychiatrische zorg: Beloften, valkuilen en mogelijkheden. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 65(1), 54-59.
- Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S., Asherson, P., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Paramala, S., Sonuga-Barke, E., Soutullo, C., Steinhausen, H.-C., Van der Oord, S., Wong, I. C. K., (...) Simonoff, E. (2023). The management of ADHD in children and adolescents: Bringing evidence to the clinic. Perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(8), 1337-1361. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01871-x>
- Corona, L.L., Stainbrook, J.A., Simcoe, K., Wagner, L., Fowler, B., Weitlauf, A.S., Juárez, A. P., & Warren, Z. (2021). Utilization of telemedicine to support caregivers of young children with ASD and their Part C service providers: A comparison of intervention outcomes across three models of service delivery. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 13(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s11689-021-09387-w>
- Dao, K.P., De Cocker, K., Tong, H.L., Kocaballi, A.B., Chow, C., & Laranjo, L. (2021). Smartphone-delivered ecological momentary interventions based on ecological momentary assessments to promote health behaviors: Systematic review and adapted Checklist for Reporting Ecological Momentary Assessment and Intervention Studies. *JMIR MHealth and UHealth*, 9(11), e22890. <https://doi.org/10.2196/22890>
- De Marez, L., Georges, A., Sevenhant, R., & Devos, E. (2025). Digitale trends in Vlaanderen. *Imec.digimeter*. 2024.
- De Nocker, Y.L., & Toolan, C.K. (2023). Using telehealth to provide interventions for children with ASD: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10(1), 82-112. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00278-3>
- De Witte, N.A.J., Carlbring, P., Etzelmueller, A., Nordgreen, T., Karekla, M., Haddouk, L., Belmont, A., Øverland, S., Abi-Habib, R., Bernaerts, S., Brugnera, A., Compare, A., Duque, A., Ebert, D. D., Eimontas, J., Kasianos, A.P., Salgado, J., Schwerdtfeger, A., Tohme, P., ... Van Daele, T. (2021). Online consultations in mental healthcare during the COVID-19 outbreak: An international survey study on professionals' motivations and perceived barriers. *Internet Interventions*, 25, 100405. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100405>
- Erbe, D., Eichert, H.-C., Riper, H., & Ebert, D.D. (2017). Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), e306. <https://doi.org/10.2196/jmir.6588>
- Fan, M., Yu, L., Chen, S., Zhou, H., Luo, X., Li, S., Liu, Y., Liu, J., & Liu, T. (2020). An empirical evaluation of GDPR compliance violations in android mHealth apps. *2020 IEEE 31st International Symposium on Software Reliability Engineering (ISSRE)*, 253-264. <https://doi.org/10.1109/ISSRE5003.2020.00032>
- Ferguson, J., Craig, E.A., & Dounavi, K. (2019). Telehealth as a model for providing behaviour analytic interventions to individuals with Autism Spectrum Disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(2), 582-616. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3724-5>
- Ganesan, B., & Tong, R.K.Y. (2025). Historical overview and the evolution of digital health. *Digital Technology in Public Health and Rehabilitation Care*, 3-18. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-22270-2.00001-0>

- Goldstein, F., & Glueck, D. (2016). Developing rapport and therapeutic alliance during telemental health sessions with children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(3), 204-211. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0022>
- Hoge Gezondheidsraad. (2024). *Digitale interventies en apps voor geestelijke gezondheid*. Advies nr. 9745.
- Ingersoll, B., & Berger, N.I. (2015). Parent Engagement with a telehealth-based parent-mediated intervention program for children with Autism Spectrum Disorders: Predictors of program use and parent outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 17(10), e227. <https://doi.org/10.2196/jmir.4913>
- Katakis, P., Estrin, G.L., Wolstencroft, J., Sayani, S., Buckley, E., Mirzaei, V., Heys, M., & Skuse, D. (2023). Diagnostic assessment of autism in children using telehealth in a global context: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40489-023-00408-z>
- Khan, K., Hall, C.L., Davies, E.B., Hollis, C., & Glazebrook, C. (2019). The effectiveness of web-based interventions delivered to children and young people with neurodevelopmental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e13478. <https://doi.org/10.2196/13478>
- Klebanoff, S.M., Rosenau, K.A., & Wood, J.J. (2019). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy for school-aged children with autism and clinical anxiety. *Autism*, 23(8), 2031-2042. <https://doi.org/10.1177/1362361319841197>
- Lehtimäki, S., Martic, J., Wahl, B., Foster, K.T., & Schwalbe, N. (2021). Evidence on digital mental health interventions for adolescents and young people: Systematic overview. *JMIR Mental Health*, 8(4), e25847. <https://doi.org/10.2196/25847>
- Li, F., Wu, D., Ren, F., Shen, L., Xue, M., Yu, J., Zhang, L., Tang, Y., Liu, X., Tao, M., Zhou, L., Jiang, L., Xu, M., & Li, F. (2022). Effectiveness of online-delivered Project ImPACT for Children with ASD and their parents: A pilot study during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.806149>
- McDevitt-Murphy, M.E., Luciano, M.T., & Zakarian, R.J. (2018). Use of ecological momentary assessment and intervention in treatment with adults. *Focus*, 16(4), 370-375. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180017>
- Onlinehulp Vlaanderen. (2022). <https://www.onlinehulp-apps.be/>
- Peeters, H. (2022). *Mijn scherm en ik. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaring van therapeuten met online therapie*. Universiteit Gent.
- Reeve, J. (2009). Why teachers adopt a controlling motivating style toward students and how they can become more autonomy supportive. *Educational Psychologist*, 44(3), 159-175. <https://doi.org/10.1080/00461520903028990>
- Reeve, J. (2016). Autonomy-supportive teaching: What it is, how to do it. *Building Autonomous Learners*, 129-152. Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-630-0_7
- Renfrew, M.E., Morton, D.P., Morton, J.K., Hinze, J.S., Przybylko, G., & Craig, B.A. (2020). The influence of three modes of human support on attrition and adherence to a web- and mobile app-based mental health promotion intervention in a nonclinical cohort: Randomized comparative study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e19945. <https://doi.org/10.2196/19945>
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2017). *Self-Determination Theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Sandgreen, H., Frederiksen, L.H., & Bilenberg, N. (2021). Digital interventions for Autism Spectrum Disorder: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(9), 3138-3152. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04778-9>
- Smith, K.A., Blease, C., Faurholt-Jepsen, M., Firth, J., Van Daele, T., Moreno, C., Carlbring, P., Ebner-Priemer, U.W., Koutsouleris, N., Riper, H., Mouchabac, S., Torous, J., & Cipriani, A. (2023). Digital mental health: Challenges and next steps. *BMJ Mental Health*, 26(1), e300670. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300670>
- Stavropoulos, K.K.M., Heyman, M., Salinas, G., Baker, E., & Blacher, J. (2022). Exploring telehealth during COVID for assessing Autism Spectrum Disorder in a diverse sample. *Psychology in the Schools*, 59(7), 1319-1334. <https://doi.org/10.1002/pits.22672>
- Stinckens, N., Missiaen, C., & Van Daele, T. (2020). Digitale tools in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg: Kansen en uitdagingen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 3(50), 179-189.
- Thakkar, A., Gupta, A., & De Sousa, A. (2024). Artificial intelligence in positive mental health: A narrative review. *Frontiers in Digital Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2024.1280235>
- Valentine, A.Z., Hall, S.S., Young, E., Brown, B.J., Groom, M.J., Hollis, C., & Hall, C.L. (2021). Implementation of telehealth services to assess, monitor, and treat neurodevelopmental disorders: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e22619. <https://doi.org/10.2196/22619>
- Van Asselt, A., Hoeberichts, K., Demirel, S., Scheeren, A., & Roke, Y. (2025). Effectiveness of the mobile Stress Autism Mate Junior application in reducing stress and improving quality of life in adolescents with autism: A pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1469257>
- Van Daele, T., & Van Assche, E. (2019). Blended therapie: een basis voor betere zorg? *GZ-Psychologie*, 11(1), 24-29. <https://doi.org/10.1007/s41480-019-0002-x>
- Villarreal-Zegarra, D., Alarcon-Ruiz, C.A., Melendez-Torres, G., Torres-Puente, R., Navarro-Flores, A., Cavaero, V., Ambrosio-Melgarejo, J., Rojas-Vargas, J., Almeida, G., Albitres-Flores, L., Romero-Cabrera, A.B., & Huarcaya-Victoria, J. (2022). Development of a framework for the implementation of synchronous digital mental health: Realist synthesis of systematic reviews. *JMIR Mental Health*, 9(3), e34760. <https://doi.org/10.2196/34760>

Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E.T., & van Gemert-Pijnen, J.E. (2016). Mixing online and face-to-face therapy: How to benefit from blended care in mental health care. *JMIR Ment Health*, 3(1), e9.

WHO. (2021). *The European Health Report 2021*. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind.

Xu, F., Gage, N., Zeng, S., Zhang, M., Iun, A., O'Riordan, M., & Kim, E. (2024). The use of digital interventions for children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06563-4>