



De voorspellers van therapietrouw en
behandelsucces bij de internetbehandeling
Alcoholdebaas.nl

Charlotte Veenvliet (s1013394)
Enschede, januari 2013

Begeleidingscommissie:
Dr. Marloes Postel
Dr. Marcel Pieterse



UNIVERSITEIT TWENTE.



Doel Het internet biedt een brede variëteit aan online behandelingsprogramma's voor verslavingsproblemen. Een voorbeeld hiervan is het online behandelingsprogramma Alcoholdebaas.nl. Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de therapietrouw en behandelsucces binnen deze internetbehandeling. Hierbij zal gekeken worden of er baselinevoorspellers bestaan die de afronding van behandeling en het hebben van behandelsucces kunnen voorspellen.

Methoden De baselinekenmerken van de cliëntenpopulatie die zich in de periode 2009-2011 hebben aangemeld bij Alcoholdebaas.nl zijn onderzocht. Daarnaast is door middel van logistische regressieanalyses gekeken of er baselinevoorspellers voor therapietrouw en behandelsucces bestaan.

Resultaten Uit dit onderzoek is gebleken dat de kans op therapietrouw hoger is bij vrouwen, cliënten met een hoger opleidingsniveau, een hogere leeftijd en een hogere leeftijd waarop het alcoholgebruik als probleem erkend wordt. Ook blijkt dat cliënten die niet roken en een laag weektotaal alcoholische eenheden hebben bij intake een grotere kans hebben om de internetbehandeling af te ronden. Uit het logistisch regressiemodel met alle voorspellers ($R^2 = 0.104$) blijkt dat roken kan worden gezien als de sterkste voorspeller voor therapietrouw binnen dit onderzoek. Daarnaast is uit dit onderzoek gebleken dat de kans op behandelsucces hoger is bij mannen en cliënten met een lager opleidingsniveau. Ook blijkt dat cliënten die over een dagritme beschikken, geen drugs gebruiken, niet gokken en over een lager weektotaal aan alcoholische eenheden bij intake beschikken, vaker behandelsucces hebben. Uit het logistisch regressiemodel met alle voorspellers ($R^2 = 0.198$) blijkt dat het weektotaal alcoholische eenheden bij intake kan worden gezien als de sterkste voorspeller voor behandelsucces binnen dit onderzoek.

Conclusie Therapietrouw en behandelsucces dienen groot te zijn, wil de cliënt profijt hebben van de internetbehandeling. Dit onderzoek naar de voorspellers voor therapietrouw en behandelsucces is relevant omdat het heeft bijgedragen te bepalen welke cliënten het risico lopen voortijdig uit te vallen en welke voorspellers hierbij een rol spelen. Daarnaast heeft het onderzoek inzicht geboden in de voorspellers die een rol spelen bij behandelsucces. Het bleek dat bij therapietrouw en behandelsucces de variabelen geslacht, opleiding, alcoholgebruik bij intake en dagritme een voorspellende waarde hadden. Geslacht en opleiding waren hierbij tegengesteld aan elkaar.

Discussie Voor het verbeteren van de therapietrouw en behandelsucces zijn specifieke determinanten van belang. Voor vervolgonderzoek is het dan ook interessant om te kijken naar andere voorspellers die eventueel een rol kunnen spelen bij het voorspellen van therapietrouw en behandelsucces en die niet mee zijn genomen in dit onderzoek. Een dergelijke voorspeller is de rol van de therapeut.

Inhoudsopgave

1. INLEIDING.....	4
1.1 ALCOHOL EN ALCOHOLPROBLEMATIEK	4
1.1.1 FACTOREN ALCOHOLPROBLEMATIEK	4
1.2 BEHANDELING ALCOHOLPROBLEMATIEK.....	5
1.2.1 Internetbehandeling Alcoholdebaas.nl	5
1.3 THERAPIETROUW	6
1.3.1 Voorspellers therapietrouw	6
1.4 BEHANDELSUCCES.....	7
1.4.1 Voorspellers behandelsucces	8
1.5 HET ONDERZOEK.....	8
2. METHODEN.....	9
2.1 RESPONDENTEN.....	9
2.2 INTERVENTIE	9
2.3 MEETINSTRUMENTEN.....	10
2.3.1 Vragenlijst 1: Intake.....	10
2.3.2 Vragenlijst 2: Tussenmeting	11
2.3.3 Vragenlijst 3: Motivatie	11
2.3.4 Vragenlijst 4: Nameting.....	11
2.3.5 Vragenlijst 5: Follow Up 6 weken & Vragenlijst 6: Follow Up 6 maanden	11
2.4 STATISTISCHE ANALYSES.....	13
2.5 DEFINIËRING BEGRIPPEN.....	14
3. RESULTATEN.....	16
3.1 BASELINEGEGEVENS	16
3.2 THERAPIETROUW.....	17
3.2.1 Voorspellers therapietrouw	20
3.3 BEHANDELSUCCES	21
3.3.1 Voorspellers behandelsucces.....	23
4. DISCUSSIE.....	25
4.1 THERAPIETROUW EN BEHANDELSUCCES	25
4.2 STERKE EN ZWAKKE PUNTEN ONDERZOEK	27
4.3 AANBEVELINGEN	28
5. LITERATUURLIJST	29

1. Inleiding

1.1 Alcohol en alcoholproblematiek

Het drinken van alcohol is een vanzelfsprekend onderdeel van het huidige sociale leven. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 84% van de Nederlanders van 15 jaar en ouder regelmatig een glaasje drinkt. Consumenten kunnen alcohol ervaren als ontspannend en bevorderlijk voor een goede stemming. Alcohol kan echter ook tot verschillende problemen leiden. Zo kan overmatig gebruik een agressieve stemming versterken en leiden tot ongevallen op het werk, thuis en in het verkeer. Alcohol is een verslavende stof. Bij regelmatig gebruik kan gewenning en zelfs tolerantie optreden. Bovenmatig gebruik van alcohol kan bovendien leiden tot verschillende ziekten, waaronder hart- en vaatziekten, leverziekten, kanker en blijvende hersenschade (van Laar, Cruts, van Ooyen-Houben, Meijer, Croes & Ketelaars, 2012).

Alcoholproblematiek kan worden gezien als een proces waarbij de problemen voor de persoon steeds groter kunnen worden. Zo kan iemand zich bijvoorbeeld ontwikkelen van zware drinker, hierbij drinkt iemand op minstens één dag per week zes standaardglazen of meer, tot probleemdrinker. Iemand is een probleemdrinker als diegene boven een bepaalde drempelwaarde drinkt en problemen ondervindt van zijn/haar alcoholgebruik (van Dijck & Knibbe, 2005). De drempelwaarde waaraan een probleemdrinker moet voldoen ligt op een consumptie van vier of vijf alcoholische eenheden op minimaal 21 dagen per maand en/of minimaal één keer per week zes of meer glazen. Gezondheidsproblemen, familieproblemen of slechte werkprestaties zijn voorbeelden van problemen die deze drinkers ervaren. De alcoholproblematiek kan verder verergeren wanneer iemand alcoholafhankelijk wordt. Iemand is alcoholafhankelijk wanneer hij/zij controle over het alcoholgebruik is verloren, tolerant is geworden en/of onthoudingsverschijnselen vertoont (Schrijvers, Snoek & van den Ende, 2010). Binnen dit onderzoek zal vooral gekeken worden naar een cliëntenpopulatie waarbij de cliënten kunnen vallen onder zware of probleemdrinkers.

1.1.1 Factoren alcoholproblematiek

Verschiedende factoren zijn van belang bij het verkennen en voorspellen van het proces van de alcoholproblematiek. Zo is bijvoorbeeld de beginleeftijd waarop een persoon begint met het drinken van alcohol een belangrijke factor die het alcoholgebruik kan beïnvloeden. Hoe jonger kinderen en jongvolwassenen beginnen met het drinken van alcohol, hoe groter het risico op het ontwikkelen van probleemgebruik en alcoholafhankelijkheid op latere leeftijd (Carpenter-Hyland & Chandler, 2007).

Naast de beginleeftijd is de leeftijd waarop de cliënt het gebruik van alcohol als een probleem erkent, een belangrijke factor die de alcoholproblematiek kan voorspellen. Om het ontstaan van alcoholproblematiek te verklaren hebben verschillende theoretische modellen voorgesteld om alcoholproblematiek in overeenkomende subtypen te classificeren met behulp van verschillende criteria (Chen, Prescott, Walsh, Patterson, Riley, Kendler & Kuo, 2011). Een dergelijk tweedelig model is het Cloninger model, hierbij worden Early Onset Alcoholism (≤ 25 jaar=EOA) en Late Onset Alcoholism (>25 jaar=LOA) van elkaar onderscheiden. Volgens dit model kan de classificatie van de leeftijd (≤ 25 jaar versus >25 jaar) voor een individu gemaakt worden op

een van te voren gestelde basis. Deze basis is gebaseerd op een nauwkeurige weergave van zelf gerapporteerde problemen die gerelateerd zijn aan het drinkgedrag (Cloninger, Sigvardsson & Bohman, 1996).

Daarnaast hebben mensen met een psychische stoornis een risicofactor voor alcoholproblematiek. Zo is uit onderzoek gebleken dat mensen met depressie en stemmingsstoornissen een hoger risico hebben om alcoholafhankelijkheid te ontwikkelen, en andersom geldt hetzelfde (Anderson & Baumberg, 2006).

1.2 Behandeling alcoholproblematiek

Hoe langer de alcoholproblematiek voortduurt, hoe moeilijker de behandeling is. De belangrijkste voorwaarde voor een geslaagde behandeling is de eigen wens om het gebruik te veranderen (Wijdeveld, 1998). Mensen waarbij sprake is van alcoholproblematiek houden echter vaak informatie achter vanwege de schaamte of angst voor stigmatisatie (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004). Hierdoor komen zij niet altijd bij de verslavingszorg voor behandeling: de verslavingszorg ziet slechts 9% van de mensen waarbij sprake is van alcoholmisbruik en slechts 44% van de mensen die een afhankelijkheidsprobleem hebben. Probleemdrinkers komen vrijwel niet bij de hulpverlening terecht: slechts 3% van de 1,2 miljoen probleemdrinkers is bekend bij de hulpverlening (LADIS, 2010).

De drempel naar een reguliere behandeling van een alcoholverslaving, waarbij men oog in oog staat met een therapeut, is voor veel mensen met alcoholproblematiek hoog. Internetbehandeling voor alcoholproblematiek kan daarom uitkomst bieden. Het internet biedt een brede variëteit aan online behandelingsprogramma's voor alcoholproblematiek. Enerzijds biedt het internet een mogelijkheid tot zelfhulp door middel van lotgenotencontact via forums of chatboxen; hier zoeken de personen zelf actief naar mogelijke manieren om van hun alcoholprobleem af te komen. Anderzijds bestaan er ook internetbehandelingen waarbij er een intensieve betrokkenheid van een therapeut mogelijk is. Hierbij kan de vorming van een voortdurende, helpende relatie tussen therapeuten en patiënten enkel plaatsvinden door communicatie via het internet. Dit gebeurt terwijl de patiënt en therapeut op verschillende plaatsen zijn (Andersson, Bergstrom, Carlbring & Lindefors, 2005).

1.2.1 Internetbehandeling Alcoholdebaas.nl

Een voorbeeld van een behandeling die via het internet wordt aangeboden is het in 2005 opgezette Alcoholdebaas.nl. Alcoholdebaas.nl is een informatieve website die een online behandeling aanbiedt, gericht op mensen die problemen hebben met overmatig alcoholgebruik. De ontwikkelde internetbehandeling is een gestructureerd tweedelig behandelprogramma waarin de cliënt en de hulpverlener een persoonlijk contact aangaan via het internet. De cliënt en de hulpverlener zijn hierbij op verschillende locaties en de communicatie over en weer gebeurt met enig tijdsverloop tussen de antwoorden. Het doel van de internetbehandeling is het motiveren tot verandering van drinkgedrag en voor behandeling. Het uiteindelijke doel is het stoppen of matigen met het gebruik van alcohol.

Uit onderzoek is gebleken dat de internetbehandeling een nieuwe populatie probleemdrinkers bereikt. Vooral de tot nu toe zeer moeilijk bereikbare groep volgt de behandeling: mensen die werken, vrouwen, nieuwkomers en hoog opgeleiden (Postel et al., 2005). Daarbij is uit de resultaten gebleken dat de internetbehandeling effectief is in het stoppen

en verminderen van het alcoholgebruik. 70% van de deelnemers drinkt drie maanden na afloop succesvol binnen de richtlijn van laag risico drinken (Postel, de Haan, ter Huurne, Becker & de Jong, 2010). Deze richtlijn betekent dat vrouwen maximaal 14 glazen per week drinken en mannen maximaal 21 glazen. Daarnaast verbeterde de gezondheid van deelnemers aan de internetbehandeling significant meer dan van de deelnemers in de wachtlijstgroep.

Daarnaast is gebleken dat vrouwen, mensen met een hoger opleidingsniveau, een hogere leeftijd, een lagere consumptie bij aanvang, meer bereidheid tot verandering en mensen die zich klaar voelen voor de behandeling vaker de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl afronden. De belangrijkste redenen voor het niet afronden van de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl waren persoonlijke redenen (andere prioriteiten bijvoorbeeld werk of een ziek familielid), ontevredenheid over de behandeling (te intensief en/of tijdrovend) en tevredenheid met de bereikte verbetering (Postel, 2011).

1.3 Therapietrouw

Behandeling via het internet kan leiden tot zeer goede resultaten. Therapietrouw van een cliënt is daarom van groot belang. Therapietrouw is het blijven volgen van de voorgeschreven behandeling. Dit is belangrijk omdat het de kans dat een behandeling werkt zo groot mogelijk maakt. Ondanks de veelbelovende resultaten van online interventies worden ze echter vaak gekenmerkt door een hoog uitvalpercentage (Eysenbach, 2005). Eysenbach (2005) noemt dit de 'law of attrition'. In bijna elke e-health applicatie is er een bepaald aantal patiënten te zien dat stopt met het gebruiken van de applicatie.

Om zo veel mogelijk mensen uit de doelgroep te bereiken en om te zorgen dat de uitval minder wordt is kennis van en over de patiënt nodig (Nieuwenhuis, 2011). Het nagaan van de variabelen waardoor individuen kwetsbaarder zijn voor het niet afmaken van de behandeling, kan namelijk helpen om doelgroepen te identificeren en strategieën te ontwikkelen die toeschrijven aan het uitvalprobleem (Postel, 2011).

1.3.1 Voorspellers therapietrouw

Het niet trouw zijn aan de therapie is een probleem. Het is dan ook belangrijk om te achterhalen waarom cliënten uitvallen. Onderzoek naar de voorspellers voor uitval is relevant omdat het kan helpen bepalen welke cliënten het risico lopen voortijdig uit te vallen en daardoor een slechtere prognose hebben (Pellegrin et al., 2010). Uit de literatuur komt echter geen eenduidig risicoprofiel van de therapieontrouwe patiënt naar voren. Hoewel de literatuur geen consistent beeld laat zien, zijn er echter wel een aantal factoren die samenhangen met therapietrouw (Sabaté, 2003).

Zo is uit onderzoek van Menckeberg et al. (2008) naar voren gekomen dat het niet trouw zijn aan de therapie wordt bepaald door een samenspel van onder meer sociale en economische factoren, de aandoening(en), de behandeling en patiëntgerelateerde factoren zoals beschikbare kennis en hulpbronnen. Zo is gebleken dat uitval vooral sterk samenhangt met vaststaande kenmerken van de cliënten, zoals een lage sociale economische status, het vrouwelijke geslacht, een lagere leeftijd en een laag niveau van angst- en depressieklachten. Het blijkt dat jongere cliënten vaker uitvallen tijdens de behandeling, dan oudere cliënten (Beakeland & Lundwall, 1975).

Therapietrouw bij online hulpverlening laten minder goede resultaten zien dan bij face-to-face interventies. Een factor wat hiermee een rol speelt is de vrijblijvendheid van het online aanbod. Online is laagdrempelig, maar daarmee ook vrijblijvender dan het reguliere aanbod, zeker

als de hulpvrager anoniem kan blijven (Bennet & Glasgow, 2009). Een andere factor wat een rol kan spelen is veiligheid. Veiligheid kan een reden zijn om geen gebruik te maken van online hulpverlening of om er voortijdig mee te stoppen. Internet is een open medium. Het risico dat vertrouwelijke informatie naar buiten komt is daardoor groter dan bij face-to-face hulpverlening. Als mensen een gebrek aan privacy en beveiliging ervaren kan dit ertoe leiden dat zij voortijdig stoppen met de internetbehandeling (Schalken et al., 2010).

Daarnaast wordt therapietrouw beïnvloed door de aard en de duur van de ziekte en behandeling. Cliënten met een langere verslavingsduur ronden minder vaak de behandeling af. Ook zijn patiëntkenmerken, zoals motivatie en cognitie, van invloed op de therapietrouw van de patiënt. Zo lopen cliënten die niet voldoende gemotiveerd zijn of niet klaar zijn voor de behandeling een groot risico om vroegtijdig met de behandeling te stoppen (Schroder, Sellman, Frampton & Deering, 2009). Daarnaast wordt de therapietrouw beïnvloed door het bewustzijn dat er iets moet gaan gebeuren. Dit besef moet vanuit de cliënt zelf komen (Stoel, 2012). Uit onderzoek is echter gebleken dat therapieontrouw voor patiënten vaak een bewuste keuze is, die vanuit het gezichtspunt van de cliënt volstrekt logisch is (Bodenheimer, Lorig, Holman, Grumbach, 2002).

Andere onderzoeken vonden daarbij dat verschillende socio-demografische variabelen positief geassocieerd waren met het afmaken van de behandeling. Zo waren variabelen als geslacht (vrouw), getrouwd of het leven met een partner en zonder kinderen positief geassocieerd met de afronding van de online internetbehandeling. Cliënten die deze online behandeling afmaakten lieten daarnaast minder risico voor alcoholafhankelijkheid zien en consumeerden minder eenheden per week en per gelegenheid (Linke, Murray, Butler & Wallace, 2007). Daarbij bleek dat cliënten, die binnen een web gebaseerde zelfhulpinterventie zonder therapeutische sturing zaten en de behandeling niet afronden, boven de mediaanleeftijd van 47 zaten (Riper, Kramer, Conijn, Smit, Schippers & Cuijpers, 2009).

Tevens is uit onderzoek gebleken dat interactie, dialoog en het regelmatig updaten van informatie bijdraagt aan meer betrokken deelnemers en betere therapietrouw in een online behandeling. Ook is uit dit onderzoek gebleken dat er geen eenduidige persoonlijkheidskenmerken zijn, die in iedere interventie afhaken kunnen voorspellen. De afstemming tussen de deelnemers en de behandeling blijkt hierbij erg belangrijk te zijn (Kelders, 2012).

Onderzoek laat daarnaast zien dat een gebrekkige therapietrouw veroorzaakt kan worden door kenmerken van de interventie zelf. Onder meer kenmerken als een slechte vormgeving van de website, moeilijke navigatiestructuren, slechte leesbaarheid en weinig afstemming op de behoeften van de gebruiker kunnen ervoor zorgen dat er sprake is van een gebrekkige therapietrouw. Tevens is het belangrijk dat online interventies met hun tijd meegaan. De ontwikkelingen op internet gaan heel snel, terwijl het ontwikkelen, implementeren en onderzoeken van een online interventie veel tijd in beslag neemt. Dit kan met elkaar botsen (Nijland, Van Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder & Seydel, 2008)

1.4 Behandelsucces

Een cliënt kan de behandeling afronden, maar dit wil niet per definitie zeggen dat de behandeling succesvol is geweest. Binnen de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl is er sprake van behandelingsucces als degene die de behandeling compleet heeft afgerond, drinkt binnen de

richtlijn 'Laag Risicodrinken', afgeleid van de World Health Organization (WHO, 2009): maximaal 14 glazen per week voor vrouwen en maximaal 21 glazen per week voor mannen.

1.4.1 Voorspellers behandelsucces

Uit de literatuur zijn enkele factoren naar voren gekomen die kunnen bijdragen aan eventueel behandelsucces. Zo is de therapeut een zeer belangrijke factor voor een succesvolle behandeling. Eerder onderzoek toont aan dat de effecten van therapeuten in de behandeling van verslavingen aanzienlijk kunnen zijn. Zo speelt de therapeut binnen een internetbehandeling een grote rol in het verhogen van de motivatie, het verbeteren van de zelfmanagementpraktijken van de cliënt en de betrokkenheid bij de behandeling (Abbott, Klein, Ciechomski, 2008). Het is daarbij gebleken dat het mogelijk is om een goede therapeutische relatie te vormen tussen patiënt en therapeut in zowel face-to-face als online behandelingen in de verslavingszorg. De therapeutische relatie in beide behandelingen zijn goed en van vergelijkbaar niveau (Postel et al., 2011). Therapeuten voor internetbehandeling moeten adequaat zijn opgeleid en moeten in staat zijn om hun kennis te communiceren via het internet naar hun cliënten. Therapeutische vaardigheden bij het verstrekken van behandeling via het internet omvatten dus de vaardigheid om empathisch te communiceren en aan te moedigen via digitale teksten. Het is echter nog steeds onbekend hoe veel assistentie daadwerkelijk nodig is voor positieve uitkomsten en wat de voorspellers van afronding of uitval van de behandeling zijn (Abbott et al., 2008).

Belangrijke voorspellers van behandelsucces zijn blijvende veranderingen in de persoonlijkheid. Voorbeelden hiervan zijn het beschikken over betere sociale vaardigheden, de verantwoordelijkheid bij zichzelf kunnen leggen en/of een grotere zelfbewustheid. Mensen die klaar zijn voor de behandeling en zich willen laten motiveren om aan deze behandeling deel te nemen hebben een betere kans op behandelsucces en daardoor een verkleinde kans op een terugval, dan mensen die zich therapieontrouw opstellen (Oei & Groenhuisen, 2000).

Aangezien uit de literatuur weinig bekend is over de voorspellers van behandelsucces binnen een internetbehandeling voor alcoholproblematiek, lijkt het noodzakelijk om hier onderzoek naar te doen. Dit is relevant aangezien het kan helpen bepalen welke cliënten geen succes hebben. Daarnaast kan het inzicht geven in de (praktische) aanpassingen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat er wel sprake is van behandelsucces bij deze cliënten.

1.5 Het onderzoek

In dit onderzoek zal, met behulp van gegevens vanuit de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl, allereerst een beeld van de cliëntenpopulatie worden gevormd. Vervolgens zal de therapietrouw van de cliënten binnen deze internetbehandeling worden onderzocht. Hierbij zal gekeken worden of er baselinevoorspellers bestaan die de afronding van behandeling kunnen voorspellen. Tevens zal het behandelsucces bij diegenen die de internetbehandeling volledig hebben afgerond worden onderzocht. Ook hier zal er gekeken worden of er eventuele baselinevoorspellers bestaan die het behandelsucces kunnen voorspellen.

De hoofdvraag binnen dit onderzoek is: *Welke (baseline) kenmerken voorspellen therapietrouw en behandelsucces bij de internetbehandeling Alcohol de Baas?*

2. Methoden

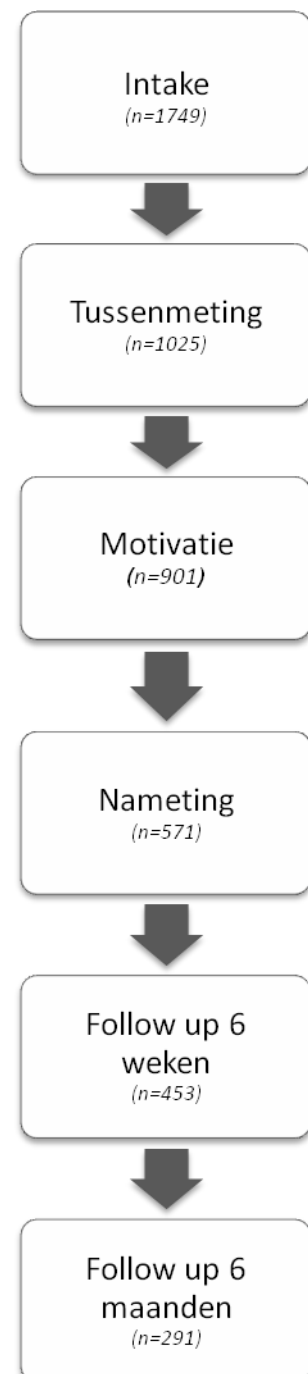
2.1 Respondenten

De respondenten binnen dit onderzoek zijn de cliënten die deel hebben genomen aan de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl. Deze internetbehandeling is toegankelijk voor alle mensen die bezorgd zijn over hun eigen drinkpatroon, mits zij tenminste achttien jaar oud zijn en bezitten over een goede beheersing van de Nederlandse taal. Binnen dit onderzoek zal worden gekeken naar de gegevens van 1749 cliënten die zich tussen 1 januari 2009 en 31 december 2011 hebben aangemeld voor de internetbehandeling.

2.2 Interventie

Via de informatieve website Alcoholdebaas.nl wordt een online behandeling aanboden, gericht op mensen die problemen hebben met overmatig alcoholgebruik. Het doel van de internetbehandeling is om mensen te motiveren hun drankgewoonten te veranderen, met het uiteindelijke doel om te minderen of geheel te stoppen met het drinken van alcohol. De gemiddelde duur van de totale internetbehandeling is drie maanden, waarbij de therapeut de cliënt helpt met elke stap in het programma en altijd binnen drie dagen antwoordt.

De internetbehandeling begint met het (online) invullen van een intakevragenlijst waarin de baselinegegevens van de cliënt in beeld worden gebracht. Vervolgens wordt de behandeling gestart. De internetbehandeling bestaat uit een tweedelig behandelprogramma waarin de cliënt en de hulpverlener enkel en alleen communiceren via een beveiligde webgebaseerde applicatie. Het eerste deel van het programma focust zich op de analyse van de drinkgewoonten van de cliënt. De therapeut stuurt vier opdrachten aan de cliënt, legt ze uit en verstrekt feedback over de gemaakte opdrachten. Deze opdrachten focussen zich op de (1) voordelen en nadelen, (2) een drinkdagboek, (3) een beschrijving van momenten en (4) een vragenlijst over drinksituaties. Aan het eind van deel 1 wordt persoonlijk advies gegeven en kan de cliënt ervoor kiezen om door te gaan met de behandeling in deel 2 of om te stoppen. Het tweede deel van het programma is de behandelingsfase en focust zich op gedragsverandering. De therapeut stuurt in deze fase vijf opdrachten naar de cliënt. Deze opdrachten focussen zich op (1) het stellen van een doel, (2) anders denken, (3) anders doen, (4) beslismomenten en (5) het maken van een actieplan. Het actieplan is de laatste behandelingsstap en helpt de cliënten hun verandering in drinkgedrag te behouden en te voorkomen dat ze zullen terugvallen. Na deze laatste opdracht is de behandeling afgerond. Na afronding van de internetbehandeling volgen er nog twee zogenoemde Follow Up momenten. Deze momenten vinden 6 weken en 6 maanden na



afronding van de internetbehandeling plaats. De cliënt krijgt hierbij een vragenlijst om vast te stellen hoe het met hem/haar is gegaan in de periode na de internetbehandeling en hoe de huidige situatie eruit ziet.

2.3 Meetinstrumenten

Parallel aan de internetbehandeling loopt een wetenschappelijk onderzoekstraject, waarbij cliënten binnen de internetbehandeling worden verzocht om zes vragenlijsten in te vullen. Deze vragenlijsten geven inzicht in de situatie van de cliënt en zijn/haar motieven, gewoonten en doelen. In de vragenlijsten wordt gebruik gemaakt van (onderdelen van) diverse bestaande vragenlijsten. In tabel 2.1 staat per vragenlijst aangegeven welke constructen er precies worden gemeten en van welke vragenlijst (bron) enkele van deze constructen afkomstig zijn. Hoewel alle vragenlijsten hieronder besproken zullen worden, zal in dit onderzoek alleen gekeken worden naar de gegevens vanuit de eerste, tweede, derde en vierde vragenlijst.

2.3.1 Vragenlijst 1: Intake

De eerste vragenlijst, de intake vragenlijst, levert informatie op ten behoeve van de diagnostiek en de baseline situatie. Aan de hand van dertig vragen wordt allereerst meer inzicht gegeven in de demografische gegevens van de cliënt, zoals geslacht, leeftijd, woonsituatie, opleiding en dagbesteding. Daarnaast wordt gekeken naar het alcoholgebruik van de cliënt. Naast de weekregistratie van de alcoholconsumptie, wordt hierbij gekeken naar DSM-scores voor afhankelijkheid, fysiologische afhankelijkheid en misbruik. Deze vragen maken onderdeel uit van de Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module (CIDI-SAM). De CIDI-SAM is een gestructureerd en gedetailleerd interview, ontwikkeld om specifieke diagnoses met betrekking tot middelenmisbruik en -afhankelijkheid vast te stellen (WHO, 1990). Daarnaast wordt in de eerste vragenlijst gekeken naar de gezondheid van de cliënt. Allereerst wordt hierbij gekeken naar het medicatiegebruik en eventueel bijgebruik in de vorm van roken, drugsgebruik, gokken of een oncontroleerbare drang tot eten. Daarnaast worden lichamelijke klachten uiteengezet aan de hand van twaalf gezondheidsklachten die aan alcoholconsumptie gerelateerd kunnen worden, zoals vermoeidheid of geheugenproblemen, waarbij cliënten verzocht worden om hun huidige situatie met betrekking tot deze klachten te beoordelen. Hiervoor wordt de Maudsley Addiction Profile-Health Symptom Scale gebruikt (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell & Lehmann, 1998). De MAP-HSS wordt gebruikt voor het vaststellen van de lichamelijke gezondheidstoestand. Vervolgens wordt in de vragenlijst gekeken naar de (eventuele) behandelgeschiedenis van de cliënt. Er wordt gekeken of de cliënt ooit (professionele) hulp heeft gehad voor zijn/haar overmatig drinken en/of voor andere psychische of emotionele problemen. Ook wordt in de eerste vragenlijst gekeken naar de motivatie van de cliënt met betrekking tot de deelname aan de internetbehandeling en de eventuele doelen hiervan. Deze motivatie wordt gemeten met behulp van vragen uit de TCU Motivation for Treatment (MfT). De MfT wordt gebruikt om de eigenlijke behandelingsmotivatie in mensen met alcoholafhankelijkheid te meten. De schaal bevat vier subschalen: herkennen van algemene problemen, herkennen van specifieke problemen, wens voor hulp en bereidheid voor behandeling (Simpson & Joe, 1993). Tenslotte wordt in de eerste vragenlijst gekeken naar de mening van de cliënt over zijn/haar alcoholgebruik en de bereidheid om dit gebruik te veranderen, met behulp van de Readiness to Change Questionnaire (RCQ). De RCQ wordt gebruikt om het stadium van verandering waarin de

excessieve drinker zich bevindt te bepalen. Dit is gebaseerd op de stadia waar een persoon door heen gaat in een poging om zijn verslavingsprobleem op te lossen: van precontemplatie, naar contemplatie tot actie (Heather, Gold & Rollnick, 1991).

2.3.2 Vragenlijst 2: Tussenmeting

Het eerste deel van de internetbehandeling is gericht op het motiveren van de cliënt voor verandering. Aan het eind van deel 1 van de internetbehandeling wordt daarom in de tweede vragenlijst opnieuw gebruik gemaakt van de vragen uit de RCQ om de veranderingsbereid van de cliënt te beoordelen en het stadium van gedragsverandering waarin de cliënt zich bevindt, vast te stellen: pre-contemplatie, contemplatie en actie (Heather et al., 1991). Daarnaast wordt aan de cliënt gevraagd om zijn/haar mening te geven over het eerste deel van het programma, aan de hand van een aantal evaluatievragen.

2.3.3 Vragenlijst 3: Motivatie

In de derde vragenlijst wordt opnieuw gebruik gemaakt van vragen uit de Motivation for Treatment (MfT). Er wordt hierbij gevraagd wat het doel van de behandeling voor de cliënt is en welke mening hij/zij heeft over de behandeling. Een voorbeeld van een item in deze vragenlijst is: "Dit behandelprogramma kan me echt helpen". Cliënten moeten hierbij op een 5-punt Likertschaal (helemaal niet mee eens ... helemaal mee eens) aangeven in hoeverre de gegeven stelling op hem/haar van toepassing is.

2.3.4 Vragenlijst 4: Nameting

Direct na afloop van de behandeling wordt de cliënt in de vierde vragenlijst gevraagd naar het medicatie- en bijgebruik en de (eventuele) verandering hierin tijdens de behandeling. Daarnaast wordt opnieuw gevraagd naar vrijwel alle onderdelen die ook op de baseline zijn gemeten, namelijk gezondheid, alcoholconsumptie, bijgebruik, motivatie en veranderingsbereidheid. Tevens wordt in deze vragenlijst gekeken naar de mening over het tweede deel van de internetbehandeling. Wanneer de cliënt deze vragenlijst heeft ingevuld, dan heeft hij/zij de internetbehandeling afgerond (=completer).

2.3.5 Vragenlijst 5: Follow Up 6 weken & Vragenlijst 6: Follow Up 6 maanden

Als standaardonderdeel van de behandeling neemt de hulpverlener 6 weken en 6 maanden na afloop van de internetbehandeling nogmaals contact op met de cliënt. Deze follow-up contacten zijn bedoeld als vorm van nazorg en als meetmomenten voor het onderzoek. Aan de hand van de vragenlijst wordt de cliënt gevraagd terug te kijken op de leermomenten en het resultaat van de internetbehandeling. Daarnaast worden er vragen gesteld over de huidige situatie van de cliënt, met betrekking tot bijgebruik, gezondheid, alcoholconsumptie en veranderingsbereidheid.

Tabel 2.1. Vragenlijsten met bijbehorende constructen

	Doel	Moment	Constructen	Bron
Vragenlijst 1	Intake	Voor aanvang van de behandeling	Demografische gegevens DSM-scores Lichamelijke klachten Veranderingsbereidheid Motivatie Alcoholconsumptie Bijgebruik Behandelgeschiedenis	CIDI-SAM ¹ MAP-HSS ² RCQ ³ MfT ⁴ Weekregistratie
Vragenlijst 2	Tussenmeting	Na deel 1 van de behandeling	Veranderingsbereidheid Evaluatie van programma	RCQ
Vragenlijst 3	Motivatie	Tijdens deel 2 van de behandeling	Motivatie	MfT
Vragenlijst 4	Nameting	Na deel 2 van de behandeling	Evaluatie DSM -scores Lichamelijke klachten Veranderingsbereidheid Motivatie Alcoholconsumptie Bijgebruik	CIDI-SAM MAP-HSS RCQ MfT Weekregistratie
Vragenlijst 5	Follow Up (6 weken)	6 weken na de behandeling	Lichamelijke klachten Veranderingsbereidheid Alcoholconsumptie Bijgebruik	MAP-HSS RCQ Weekregistratie
Vragenlijst 6	Follow Up (6 maanden)	6 maanden na de behandeling	Lichamelijke klachten Veranderingsbereidheid Alcoholconsumptie Bijgebruik	MAP-HSS RCQ Weekregistratie

¹ Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module (WHO, 1990).

² Maudsley Addiction Profile-Health Symptom Scale (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell & Lehmann, 1998).

³ Readiness to Change Questionnaire (Heather, Gold & Rollnick, 1991).

⁴ Motivation to Treatment (Simpson & Joe, 1993).

2.4. Statistische analyses

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens die verkregen zijn uit vier vragenlijsten, de eerste (intake), de tweede (intake), de derde (motivatie) en de vierde vragenlijst (nameting). Deze data werden vervolgens in het statistische softwareprogramma SPSS versie 20 ingevoerd en geanalyseerd.

Allereerst werden de baselinegegevens van alle cliënten binnen de internetbehandeling uiteengezet en geanalyseerd. Om te kijken naar therapietrouw binnen de internetbehandeling werden vervolgens chikwadraattoetsen en ANOVA's uitgevoerd om te bepalen of er baseline verschillen bestaan tussen de cliënten die de behandeling afronden en diegenen die de behandeling niet afronden. Vervolgens werd met een logistische regressiemodel gekeken of er enige onafhankelijke variabelen binnen het onderzoek een voorspellende waarde zouden hebben met betrekking tot het afronden van de behandeling. Logistische regressieanalyses werden uitgevoerd met 'afronding van de behandeling' als afhankelijke variabele in een model. Deze analysemethode werd toegepast omdat bij de afhankelijke variabele sprake is van een dichotome variabele: wel of niet de behandeling afgerond. De onafhankelijke variabelen, die mee werden genomen in het model, werden bepaald op basis van voorgaande univariate toetsen. Wanneer bleek dat er significante verschillen waren tussen de twee groepen (wel/niet behandeling afgerond) op één van de gemeten baseline variabelen, dan werd deze onafhankelijke variabele opgenomen in het model. Hierbij werden voor enkele categorische variabelen, waaronder opleiding en weektotaal bij intake, dummyvariabelen gemaakt zodat deze uitsluitend de waarden 0 en 1 konden aannemen. Het laatste niveau van de variabele werd hierbij als referentiecategorie genomen. Exp(B) gaf vervolgens telkens de impact van het niveau van de variabele weer ten opzichte van dit referentieniveau. Bij de regressieanalyses werd significantie aangenomen bij een overschrijdingskans kleiner dan 0.10. In de verkregen uitkomsten van de regressieanalyses werd daarnaast gekeken naar de odds ratio's. De odds ratio kan geïnterpreteerd worden als de verandering in de kansverhouding als de waarde van de bijbehorende verklarende variabele met één eenheid toeneemt, en de overige verklarende variabelen constant gehouden worden. Als de odds ratio gelijk is aan 1, dan kan de bijbehorende variabele uit het model verwijderd worden; de twee kansverhoudingen zijn dan gelijk en de variabele heeft dus geen invloed op de voorspelling. Als de waarde van de odds hoger is dan 1, dan houdt dit in dat naarmate de waarde van de onafhankelijke waarde hoger wordt, de kans groter wordt dat een bepaalde uitkomst zal plaatsvinden. Daarnaast zal gekeken worden naar de hiërarchie in welke voorspellers nu het belangrijkste zijn. Hierbij zal, door middel van de Wald-statistic en Odds ratio, in het model gekeken worden welke variabele het sterkst therapietrouw voorspelt.

Tevens werden chikwadraattoetsen en ANOVA uitgevoerd om te bepalen of er baseline verschillen bestaan tussen de cliënten die behandelingsucces hebben en diegenen die geen behandelingsucces hebben. Behandelingsucces werd aangenomen wanneer diegene die de behandeling compleet heeft afgerond (=completer), drinkt binnen de richtlijn 'Laag Risicodrinken' van de World Health Organization. Dit betekent dat vrouwen maximaal 14 glazen per week drinken en mannen maximaal 21 glazen. Per geslacht werd deze waarde per individu met betrekking tot het weektotaal bekeken en werd bepaald of er sprake was van behandelingsucces of niet. Vervolgens werd met logistische regressiemodellen gekeken of enige onafhankelijke variabelen binnen het onderzoek een voorspellende waarde hadden met betrekking tot het hebben van behandelingsucces. Logistische regressieanalyses werden toegepast omdat bij de afhankelijke

variabele sprake is van een dichotome variabele: wel of geen behandelsucces. De onafhankelijke variabelen werden bepaald op basis van voorgaande univariate toetsen. Wanneer bleek dat er significante verschillen waren tussen de twee groepen (wel/geen behandelsucces) op één van de gemeten baseline variabelen, dan werd deze onafhankelijke variabele opgenomen in het model. Bij de regressieanalyses werd significantie aangenomen bij een overschrijdingskans kleiner dan 0.10. In de verkregen uitkomsten van de regressieanalyses zal eveneens gekeken worden naar de odds ratio's en naar de hiërarchie in welke voorspellers nu het belangrijkste zijn en behandelsucces het sterkst kunnen voorspellen.

2.5 Definiëring begrippen

Om een inzicht te krijgen in de gebruikte begrippen binnen dit onderzoek, zullen deze hieronder kort worden toegelicht.

- Therapietrouw: Bij de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl is er sprake van therapietrouw als de cliënt de twee delen van de internetbehandeling volledig heeft afgerond: Hierbij heeft de cliënt de vier opdrachten uit het eerste deel, de vijf opdrachten uit het tweede deel en de vragenlijsten (ten behoeve van het wetenschappelijke onderzoek) tot en met de nametingsvragenlijst ingevuld.
- Behandelsucces: Bij de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl is er sprake van behandelsucces als diegene die de behandeling compleet heeft afgerond, drinkt binnen de richtlijn 'Laag Risicodrinken': maximaal 14 glazen per week voor vrouwen en maximaal 21 glazen per week voor mannen. Hierbij zal alleen worden gekeken naar de gegevens van de completers (de cliënten die de internetbehandeling volledig hebben afgerond).
- Leeftijd probleemerkenning: Leeftijd waarop een persoon het gebruik van alcohol als een probleem ervaart.
- Cloninger: Binnen dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen Early Onset Alcoholism (<25 jaar=EOA) en Late Onset Alcoholism (>25 jaar=LOA). Deze variabele is gevormd door het aantal jaren dat men (volgens zichzelf) problematisch drinkt af te trekken van de leeftijd van de cliënt.
- Woonsituatie: Toestand waarin mensen wonen. Binnen dit onderzoek wordt gekeken naar het onderscheid tussen alleen en niet alleen wonen (bv. met partner, kind, ...).
- Opleiding: Vorm van onderwijs. Binnen dit onderzoek wordt gekeken naar het onderscheid tussen laag (basisschool en LBO/MAVO), midden (HAVO/VWO en MBO) en hoog (HBO en WO).
- Dagritme: Hiervan is sprake als men over een vaste dagindeling beschikt.
- Bijgebruik: Middelen die worden gebruikt naast het gebruik van alcohol. Te denken valt hierbij aan medicijnen of drugs.
- DSM scores: Worden binnen dit onderzoek gebruikt om na te gaan of men volgens de DSM geclassificeerd kan worden op één van de volgende stoornissen:
 - o Misbruik: Mensen ervaren problematisch gebruik, maar er is (nog) geen sprake van afhankelijkheid. Volgens de DSM-IV is er sprake is misbruik wanneer er sprake is van een positief antwoord op een van de laatste vier items van de CIDI-SAM⁵. Volgens de DSM-IV is sprake is van misbruik vanaf drempelwaarde 1 (American Psychiatric Association, 1994).

⁵ Composite International Diagnostic Interview Substance Abuse Module (WHO, 1990).

- Afhankelijkheid: Iemand is de controle over het middel verloren of er is sprake van tolerantie of onthoudingsverschijnselen. Voor de diagnose afhankelijkheid ten aanzien van alcohol wordt een somscore bepaald van de eerste zeven items van de CIDI-SAM. Volgens de DSM-IV is er sprake van afhankelijkheid vanaf drempelwaarde 3 (American Psychiatric Association, 1994).
- Weektotaal (alcoholgebruik): Het aantal alcoholische eenheden, uitgedrukt in standaardglazen, dat in één week genuttigd is.

3. Resultaten

3.1 Baselinegegevens

De onderzoeksgroep die gebruikt is in de analyses bestaat in totaal uit 1749 cliënten, waarvan 877 mannen en 872 vrouwen. Tabel 3.1 geeft de baselinegegevens van de gehele populatie weer. Uit de resultaten komt naar voren dat het merendeel van de populatie (79.9%) ouder dan 25 jaar (=LOA) het drinken van alcohol als een probleem ervaart. Daarnaast woont een groot deel (68.0%) van de cliënten niet alleen. Tevens is gebleken dat er binnen de populatie meer cliënten met een hoge opleiding zijn (46.3%), dan met een lage opleiding (16.3%). Met betrekking tot de werksituatie is gebleken dat het grootste deel van de populatie (66.7%) werk heeft. Daarnaast beschikt een groot deel van de populatie (72.3%) over een dagritme.

Met betrekking tot het bijgebruik blijkt dat het gebruik van medicijnen (55.3%) en roken (58.6%) het meeste voorkomt in de populatie. Het gebruik van drugs en gokken komt in veel mindere mate voor. Het is gebleken dat een groot deel van de populatie (67.9%) nooit eerder professionele hulp heeft gehad. Daarnaast blijkt dat bij meer cliënten de DSM diagnose afhankelijkheid (87.4%) kan worden gesteld, dan de DSM diagnose alcoholmisbruik (77.9%).

Met betrekking tot het gemiddelde alcoholgebruik blijkt dat deze afneemt gedurende de behandeling. Tijdens de intake is er sprake van een hoger gemiddeld alcoholgebruik (41.6), dan tijdens de nameting (10.7). Daarnaast blijkt dat de lichamelijke klachten afnemen gedurende de behandeling. De lichamelijke klachten zijn groter tijdens de intake (26.5) dan tijdens de nameting (22.4). Hierbij moet bij beide variabelen opgemerkt worden, dat er bij de nameting alleen gegevens beschikbaar zijn van de cliënten die de internetbehandeling compleet hebben afgerond (n=571).

Tabel 3.1. Baselinegegevens cliënten Alcohol de Baas 2009-2011

Demografische kenmerken cliënten (n=1749)		Populatie (n=1749)
Geslacht	Man	877 (50.1%)
	Vrouw	872 (49.9%)
Leeftijd	Mean, (SD)	45.5 ± 10.9
	Range	17-83
Leeftijd probleemerkenning	Mean, (SD)	36.0 ± 11.3
	Range	11-82
Cloninger ⁶	EOA	352 (20.1%)
	LOA	1295 (74.1%)
	Onbekend	102 (5.8%)
Woonsituatie	Alleen	560 (32.0%)
	Niet alleen	1189 (68.0%)
Opleiding	Laag	294 (16.8%)

⁶ Het model van Cloninger, hierbij worden Early Onset Alcoholism (≤ 25 jaar=EOA) en Late Onset Alcoholism (>25 jaar=LOA) van elkaar worden onderscheiden.

	Midden Hoog	645 (36.9%) 810 (46.3%)
Werk situatie	Werk Geen werk	1167 (66.7%) 582 (33.3%)
Dagritme	Ja Nee	1264 (72.3%) 485 (27.7%)
Medicijnen	Ja Nee	968 (55.3%) 781 (44.7%)
Roken	Ja Nee	1025 (58.6%) 724 (41.4%)
Drugs	Ja Nee	210 (12.0%) 1539 (88.0%)
Gokken	Ja Nee	69 (3.9%) 1680 (96.1%)
Eerder professionele hulp gehad	Ja Nee	561 (32.1%) 1188 (67.9%)
DSM-IV ⁷ -diagnose alcoholafhankelijkheid	Ja Nee	1528 (87.4%) 221 (12.6%)
DSM-IV-diagnose alcoholmisbruik	Ja Nee	1363 (77.9%) 386 (22.1%)
Lichamelijke klachten intake	Mean, (SD) Range	26.5 ± 6.5 12-46
Lichamelijke klachten nameting	Mean, (SD) Range	22.4 ± 5.7 6-41
Weektotaal intake	Mean, (SD) Range	41.6 ± 28.5 0-217
Weektotaal nameting	Mean, (SD) Range	10.7 ± 12.8 0-102

3.2 Therapietrouw

De therapietrouw is onderzocht door cliënten die de internetbehandeling hebben afgerond (n=571, 32.6%) te vergelijken met cliënten die de internetbehandeling niet hebben afgerond (n=1178, 67.4%). Tabel 3.2 geeft de baseline kenmerken van deze twee groepen weer. Beide groepen verschillen significant op de variabelen geslacht, leeftijd, leeftijd probleemerkenning, Cloninger, opleiding, dagritme, drugsgebruik, roken, gokken, weektotaal bij intake en lichamelijke klachten bij intake.

⁷ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e versie.

Het blijkt dat binnen dit onderzoek significant meer vrouwen (55.5%) dan mannen (44.5%) de behandeling afronden ($p < 0.001$). Ook blijkt dat cliënten die de behandeling afronden significant ouder zijn ($M = 47.6$) dan cliënten die de behandeling niet afronden ($M = 44.4$; $p < 0.008$). De cliënten die trouw zijn aan de behandeling blijken daarbij een significant oudere leeftijd te hebben ($M = 37.2$), waarop zij het drinken als probleem ervaren, dan de cliënten die therapieontrouw zijn. Therapieontrouwe cliënten hebben een significant jongere leeftijd waarop zij het drinken als een probleem ervaren ($M = 35.3$; $p < 0.033$). Ook blijkt dat cliënten die het drinken van alcohol later ($LOA = > 25$ jaar) als een probleem ervaren significant ($p < 0.074$) meer de behandeling afronden (75.5%), dan cliënten die het drinken van alcohol eerder ($EOA = < 25$ jaar) als een probleem ervaren. Daarnaast blijkt dat cliënten met een hogere opleiding eerder de behandeling afronden dan cliënten met een lagere opleiding. Tevens blijkt dat therapietrouwe cliënten meer over een dagritme beschikken (78.6%), in vergelijking met therapieontrouwe cliënten (69.2%).

Daarnaast komt naar voren dat het merendeel van diegenen die drugs gebruiken ($n = 210$) de behandeling niet afrondt (78.1%). Ook blijkt dat cliënten die roken vaker therapieontrouw zijn dan cliënten die niet roken ($p < 0.000$). Tevens laten de resultaten zien dat bij de cliënten die gokken ($n = 69$) het grootste deel de behandeling niet afrondt (76.8%). Ook komt naar voren dat therapietrouwe cliënten een significant ($p < 0.000$) lager weektotaal ($M = 36.4$) hebben, dan therapieontrouwe cliënten ($M = 44.1$). Te constateren is ook dat er een significant verschil is tussen de lichamelijke klachten bij intake binnen beide groepen (wel/niet afgerond).

Tabel 3.2. Baseline kenmerken therapietrouwe cliënten versus therapieontrouwe cliënten Alcohol de Baas

Behandeling		Wel afgerond ($n = 571$)	Niet afgerond ($n = 1178$)	$\chi^2(df)$	F(df)	p
Geslacht	Man	254 (44.5%)	623 (52.9%)	10.9(1)		0.001
	Vrouw	317 (55.5%)	555 (47.1%)			
Leeftijd (jaren)	Mean, (SD)	47.6, (10.7)	44.4, (11.0)		1.516 (59)	0.008
	Range	19-75	17-83			
Leeftijd probleemerkenning	Mean, (SD)	37.2, (11.3)	35.3, (11.2)		1.378 (58)	0.033
	Range	15-71	11-82			
Cloning	EOA	100 (17.5%)	252 (21.4%)	3.2(1)		0.074
	LOA	433 (75.8%)	862 (73.2%)			
Opleiding	Laag/Midden	254 (44.5%)	685 (58.1%)	28.9(1)		0.000
	Hoog	317 (55.5%)	493 (41.9%)			
Werk situatie	Werk	394 (69.0%)	773 (65.6%)	1.9(1)		0.159

	Geen werk	177 (31.0%)	405 (34.4%)		
Dagritme	Ja Nee	449 (78.6%) 122 (21.4%)	815 (69.2%) 363 (30.8%)	17.1	0.000
Woonsituatie	Alleen Niet alleen	174 (30.5%) 397 (69.5%)	386 (32.8%) 792 (67.2%)	0.93(1)	0.335
Medicijngebruik	Ja Nee	311 (54.5%) 260 (45.5%)	657 (55.8%) 521 (44.2%)	0.27(1)	0.606
Drugsgebruik	Ja Nee	46 (8.0%) 525 (92.0%)	164 (13.9%) 1014 (86.1%)	12.5(1)	0.000
Roken	Ja Nee	255 (44.7%) 316 (55.3%)	770 (65.4%) 408 (34.6%)	67.9(1)	0.000
Gokken	Ja Nee	16 (2.8%) 555 (97.2%)	53 (4.5%) 1125 (95.5%)	2.92(1)	0.087
RCQ ⁸ intake	Precontemplatie Contemplatie Actie	14 (2.4%) 404 (70.8%) 153 (26.8%)	42 (3.6%) 866 (73.5%) 270 (22.9%)	4.28(2)	0.118
Weektotaal intake	0-30 31-50 >50	260 (45.5%) 182 (31.9%) 129 (22.6%)	404 (34.3%) 393 (33.4%) 381 (32.3%)	25.6(2)	0.000
				F(df)	p
Lichamelijke klachten	Intake	26.8	26.1	3.94(1)	0.047

3.2.1 Voorspellers therapietrouw

⁸ Readiness to Change Questionnaire (Heather, Gold & Rollnick, 1991).

Om te kijken naar de voorspellers voor therapietrouw worden alleen de onafhankelijke variabelen die significant verschillen meegenomen in een logistische regressieanalyse. Zie tabel 3.3 voor een overzicht in de statistische resultaten.

Na toetsing blijkt dat de variabelen Cloninger, drugsgebruik, gokken en lichamelijke klachten bij intake geen voorspellende waarde toevoegen met betrekking tot de afronding van de internetbehandeling. Er blijkt geen significant verband te zijn ($p > 0.10$). Het blijkt echter wel dat de variabelen geslacht, leeftijd, leeftijd probleemerkenning, opleiding, dagritme, roken, het weektotaal bij de intake en de lichamelijke klachten bij de intake enige voorspellende waarde toevoegen ($p < 0.10$) met betrekking tot het afronden van de internetbehandeling.

Allereerst blijkt na toetsing dat er sprake is van een significant voorspellend verband tussen geslacht en therapietrouw ($p < 0.029$). Daarnaast blijkt dat de variabele leeftijd significant bijdraagt aan het voorspellen van het wel of niet afronden van de internetbehandeling ($p < 0.001$). Leeftijd heeft als Odds Ratio 1.029: de kans op het afronden van de behandeling van een cliënt die één jaar ouder is, is 1.029 keer zo hoog als de kans van een persoon die één jaar jonger is. Anders gezegd, ieder jaar neemt de odds om de behandeling af te ronden met 2.9% toe. Daarnaast blijkt dat er een significant verband bestaat tussen de leeftijd waarop het alcoholgebruik als probleem wordt ervaren en het afronden van de internetbehandeling ($p < 0.024$). Leeftijd waarop men het alcoholgebruik als een probleem ervaart heeft als Odds Ratio 0.977: de odds op het afronden van de internetbehandeling van een cliënt die één jaar langer het alcoholgebruik als een probleem ervaart, is 0.977 keer zo hoog als de odds van een persoon die één jaar korter het alcoholgebruik als een probleem ervaart. Anders gezegd, ieder jaar neemt de odds om de behandeling af te ronden met 2.3% af. Ook blijkt dat de variabele opleiding significant bijdraagt aan het afronden van de internetbehandeling ($p < 0.001$). Tevens is uit het onderzoek gebleken dat dagritme significant ($p < 0.007$) bijdraagt aan de voorspelling voor het afronden van de behandeling.

Daarnaast blijkt dat er sprake is van een significant verband tussen roken en het wel of niet afronden van de internetbehandeling ($p < 0.000$). Roken heeft als odds ratio 0.520: De kans dat men de behandeling afmaakt is dus kleiner wanneer men rookt. Tot slot blijkt dat het weektotaal bij intake ook een significante voorspeller is voor het afronden van de internetbehandeling. Binnen deze categorische variabele kan de groep '>50' worden gezien als de referentiecategorie. De odds ratio bij de groep 0-30 eenheden per week is 1.634: de odds op het afronden van de internetbehandeling voor een cliënt die tussen de 0-30 eenheden per week drinkt is significant hoger dan voor een cliënt die meer dan 50 eenheden in de week drinkt. Daarnaast geldt ook dat de groep 0-30 eenheden per week significant bijdraagt aan het voorspellen van de afronding van de internetbehandeling. Voor de groep 31-50 ($p > 0.426$) is dit niet het geval.

Als naar de hiërarchie in welke voorspellers nu het belangrijkste zijn wordt gekeken, blijkt dat de variabele roken binnen dit model kan worden gezien als de sterkste voorspeller. Vervolgens blijken, in aflopende volgorde, weektotaal bij intake, leeftijd, opleiding, dagritme, leeftijd probleemerkenning en geslacht van voorspellend belang.

Tabel 3.3. Logistische regressieanalyse voor het afronden van de internetbehandeling

$R^2 = 0.104$ $X^2 = 135.1(12); p = 0.000$					
	Wald	Exp(B)	p	95% BI	

Geslacht		4.796	1.286	0.029	1.027-1.610
Leeftijd		12.052	1.029	0.001	1.012-1.045
Leeftijd probleemerkenning		5.080	0.977	0.024	0.958-0.997
Cloninger		0.667	1.169	0.414	0.803-1.702
Opleiding		11.337	1.447	0.001	1.167-1.794
Dagritme		7.205	0.709	0.007	0.551-0.911
Drugsgebruik		0.632	1.165	0.427	0.799-1.699
Roken		26.017	0.520	0.000	0.417-0.648
Gokken		1.234	1.425	0.267	0.763-2.664
Weektotaal intake	>50	14.691		0.001	
	0-30	11.932	1.634	0.001	1.237-2.158
	31-50	0.635	1.122	0.426	0.846-1.488
Lichamelijke klachten intake		0.559	1.007	0.455	0.989-1.025

3.3 Behandelsucces

Bij behandelsucces wordt gekeken naar de gegevens van de cliënten die de internetbehandeling volledig hebben afgerond (n=571). Van deze cliënten heeft het overgrote deel (76%) de internetbehandeling met succes afgerond. Tabel 3.5 geeft een overzicht in de baseline kenmerken van de cliënten die de behandeling succesvol versus niet succesvol hebben afgerond.

Na toetsing is gebleken dat beide groepen significant verschillen op de variabelen geslacht, opleiding, dagritme, drugsgebruik, gokken, weektotaal alcoholische eenheden bij intake en lichamelijke klachten. Met betrekking tot de variabele geslacht blijkt dat, hoewel meer vrouwen dan mannen de behandeling hebben afgerond, mannen (80.7%) verhoudingsgewijs meer succes hebben dan vrouwen (72.2%). Uit de resultaten komt eveneens naar voren dat, hoewel

cliënten met een hoge opleiding vaker de behandeling afronden (55.5%) dan cliënten met een lage of midden opleiding (44.5%), cliënten met een lage en midden opleiding meer succes hebben (81.1%) dan cliënten met een hoge opleiding (71.9%). Tevens blijkt dat cliënten met een dagritme significant ($p < 0.048$) meer behandelsucces hebben (76.7%) dan cliënten zonder een dagritme (23.3%).

Met betrekking tot het gebruik van drugs blijkt dat cliënten die geen drugs gebruiken significant ($p < 0.074$) meer behandelsucces hebben (77.0%) dan cliënten die drugs gebruiken (65.2%). Daarnaast blijkt uit de resultaten dat cliënten die gokken significant ($p < 0.061$) minder behandelsucces (56.3%) hebben dan cliënten die niet gokken (76.6%).

Daarnaast blijkt dat er significante verschillen zijn tussen de cliënten die wel versus geen behandelsucces hebben op de variabele weektotaal bij intake. Zo blijkt dat significant ($p < 0.000$) minder cliënten behandelsucces hebben (63.6%) als zij bij intake meer dan 40 alcoholische eenheden drinken in de week, dan cliënten die tussen de 0 en 20 alcoholische eenheden drinken in de week (93.3%). Tot slot is te constateren dat er een significant verschil is tussen de lichamelijke klachten bij intake binnen beide groepen (wel/niet succes).

Tabel 3.4. Baseline kenmerken wel versus geen behandelsucces cliënten Alcohol de Baas

Behandeling		Wel succes (n=434)	Geen succes (n=137)	$\chi^2(df)$	F(df)	p
Geslacht	Man	205 (47.2%)	49 (35.8%)	5.55(1)		0.019
	Vrouw	229 (52.8%)	88 (64.2%)			
Leeftijd (jaren)	Gemiddelde	48.1 ± 10.3 20-75	46.0 ± 11.6 19-71		0.959 (52)	0.558
Beginleeftijd alcoholprobleem	Gemiddelde	37.9 ± 11.3 16-71	35.6 ± 11.2 15-64		0.773 (51)	0.872
Cloninger	EOA	67 (15.4%)	28 (20.4%)	2.01(1)		0.157
	LOA	335 (77.2%)	98 (71.5%)			
Opleiding	Laag/Midden	206 (47.5%)	48 (35.0%)	6.51(1)		0.011
	Hoog	228 (52.5%)	89 (65.0%)			
Werksituatie	Werk	297 (68.4%)	97 (70.8%)	0.273(1)		0.601
	Geen werk	137 (31.6%)	40 (29.2%)			
Dagritme	Ja	333 (76.7%)	116 (84.7%)	3.91(1)		0.048
	Nee	101 (23.3%)	21 (15.3%)			

Woonsituatie	Alleen Niet alleen	131 (30.2%) 303 (69.8%)	43 (31.4%) 94 (68.6%)	0.07(1)	0.790
Medicijngebruik	Ja Nee	233 (53.7%) 201 (46.3%)	78 (57.9%) 59 (43.1%)	0.44(1)	0.506
Drugsgebruik	Ja Nee	30 (6.9%) 404 (93.1%)	16 (11.7%) 121 (88.3%)	3.19(1)	0.074
Roken	Ja Nee	190 (43.8%) 244 (56.2%)	65 (47.4%) 72 (52.6%)	0.57(1)	0.452
Gokken	Ja Nee	9 (2.1%) 425 (97.9%)	7 (5.1%) 130 (94.9%)	3.52(1)	0.061
Weektotaal intake	0-20 21-40 >40	126 (29.0%) 177 (40.8%) 131 (30.2%)	9 (6.5%) 53 (38.7%) 75 (54.7%)	39.7(2)	0.000
				t(df)	p
Lichamelijke klachten	Intake	25.9	23.8	6.87	0.000

3.3.1 Voorspellers behandelsucces

Om te kijken naar de voorspellers voor behandelsucces worden alleen de onafhankelijke variabelen die significant verschillen meegenomen in een logistische regressieanalyse. Zie tabel 3.7 voor een overzicht in de statistische resultaten.

Allereerst blijkt na toetsing dat er sprake is van een significant voorspellend verband tussen geslacht en het hebben van behandelsucces ($p < 0.000$). Ook blijkt dat de variabele opleiding significant bijdraagt aan het voorspellen van behandelsucces. Daarnaast blijkt dat dagritme significant bijdraagt aan het voorspellen van behandelsucces. Dagritme heeft als odds ratio 0.450: de odds op het hebben van behandelsucces voor iemand met een dagritme blijkt af te nemen als deze variabele met één eenheid toeneemt. Anders gezegd, de overgang van wel naar geen dagritme zal de odds laten afnemen met een factor 0.450 (45%) voor de variabele dagritme.

Tevens blijkt dat de variabele drugs significant ($p < 0.025$) bijdraagt aan het voorspellen van behandelsucces. De odds voor de variabele drugs is 0.449: de odds op het hebben van

behandelsucces voor iemand die geen drugs gebruikt blijkt af te nemen als deze variabele met één eenheid toeneemt. Anders gezegd, de overgang van geen naar wel gebruik van drugs zal de odds op het hebben van behandelsucces laten afnemen met een factor 0.449 (44.9%) voor de variabele drugs. Daarbij komt uit de resultaten naar voren dat gokken significant bijdraagt aan het voorspellen van behandelsucces. Gokken heeft als odds ratio 0.278: de odds op het hebben van behandelsucces voor iemand die niet gokt blijkt af te nemen als deze variabele met één eenheid toeneemt. Anders gezegd, de overgang van niet naar wel gokken zal de odds op het hebben van behandelsucces laten afnemen met een factor 0.278 (27.8%) voor de variabele gokken.

Tevens blijkt dat de variabele weektotaal intake significant bijdraagt aan het voorspellen van behandelsucces. Wanneer hierbij naar de afzonderlijke categorieën wordt gekeken, blijkt dat de odds ratio's van alle categorieën negatief gerelateerd zijn aan de referentiecategorie, meer dan 40 alcoholische eenheden per week bij intake. De odds ratio neemt echter wel per categorie toe. Anders gezegd, de odds op het hebben van behandelsucces neemt af naarmate men meer alcoholische eenheden per week drinkt bij intake.

Als naar de hiërarchie in welke voorspellers nu het belangrijkste zijn wordt gekeken, blijkt dat de variabele weektotaal bij intake binnen dit model kan worden gezien als de sterkste voorspeller. Vervolgens blijken, in aflopende volgorde, geslacht, dagritme, opleiding, gokken en drugs van voorspellend belang.

Tabel 3.5. Logistische regressieanalyse voor het hebben van behandelsucces

R ² = 0.198 X ² = 81.0(8); p=0.000		Wald	Exp(B)	p	95% BI
Geslacht		16.136	2.591	0.000	1.628-4.124
Opleiding		6.109	1.731	0.013	1.120-2.675
Dagritme		7.301	0.450	0.007	0.253-0.803
Drugs		5.025	0.449	0.025	0.223-0.904
Gokken		5.216	0.278	0.022	0.093-0.834
Weektotaal intake	>40	42.567		0.000	
	0-20	35.944	0.090	0.000	0.041-0.198
	21-40	19.578	0.346	0.000	0.216-0.553
Lichamelijke klachten intake		0.005	1.001	0.942	0.965-1.039

4. Discussie

In dit onderzoek is, met behulp van gegevens vanuit de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl, gekeken naar therapietrouw en behandelsucces van de cliënten (n=1749) binnen deze internetbehandeling. Hierbij is gekeken of er bepaalde baselinevoorspellers bestaan die de therapietrouw en behandelsucces kunnen voorspellen en verklaren. Uit de resultaten van dit onderzoek komt onder meer naar voren dat het grootste deel van de cliënten ouder dan 25 jaar (=LOA) het drinken van alcohol als een probleem ervaart. Daarnaast is gebleken dat niet alleen de lichamelijke klachten afnemen gedurende behandeling, maar ook het gemiddelde alcoholgebruik.

4.1 Therapietrouw en behandelsucces

Binnen dit onderzoek is allereerst gekeken naar de therapietrouw van de cliënt. Hierbij is gebleken dat het trouw blijven aan de therapie moeilijk is voor een groot deel van de cliënten. Dit is niet verassend. Zo is uit eerder onderzoek van Eysenbach (2005) namelijk gebleken dat in bijna elke internetbehandeling er een bepaald aantal patiënten te zien is dat stopt met het gebruiken van de applicatie. Online interventies worden vaak gekenmerkt door een hoog uitvalpercentage. Binnen dit onderzoek heeft slechts 48.5% van de cliëntenpopulatie de internetbehandeling afgerond. Hoewel het hoge uitvalpercentage van 51.5% niet uitzonderlijk en in lijn is met uitvalpercentages die gevonden zijn in een aantal andere web gebaseerde alcoholinterventie onderzoeken (Bewick et al., 2010; Riper et al., 2009), variëren de cijfers bij vergelijkbare interventies over de mate van therapieontrouw variëren echter sterk: van 15% tot meer dan 90%. Dit kan voornamelijk verklaard worden door het feit dat er geen standaardmethode bestaat om therapietrouw te meten en dat daardoor grote verschillen worden waargenomen.

Er zijn vele factoren waar therapietrouw van afhankelijk is. Het is dan ook belangrijk dat er gekeken wordt naar de factoren die een rol kunnen spelen bij deze uitval en welke variabelen er bestaan die therapietrouw kunnen voorspellen. Uit dit onderzoek blijkt dat er enkele significante variabelen bestaan die therapietrouw kunnen voorspellen. Zo is gebleken dat roken kan worden gezien als de sterkste voorspeller voor therapietrouw. Uit de resultaten komt naar voren dat cliënten die roken vaker therapieontrouw zijn dan cliënten die niet roken. Het blijkt dat 75.2% van de cliënten die roken de behandeling niet afronden versus 56.5% van de cliënten die niet roken. Dit is in overeenstemming met eerder onderzoek, waaruit bleek dat mensen die rookten een slechtere therapietrouw hadden, dan mensen die niet rookten. Of het een rol speelt wanneer mensen hun rookgebruik aanpassen tijdens de internetbehandeling en in welke mate dit noodzakelijk is voor therapietrouw is niet verder onderzocht. Dit is voor vervolgonderzoek wel aan te bevelen.

Daarnaast is gebleken dat het weektotaal aan alcoholische eenheden bij intake een sterke voorspeller is. Zo is gebleken dat er een voorspellend verband bestaat tussen het weektotaal bij intake en het afronden van de internetbehandeling; hoe groter het aantal alcoholische eenheden bij het weektotaal bij intake, hoe groter de kans dat de cliënt therapieontrouw is. Met iedere alcoholische eenheid neemt de kans om de behandeling af te ronden af. Ook in eerder onderzoek werd dit geconcludeerd (Linke et al., 2007). Cliënten die deze online behandeling afmaakten lieten minder risico voor alcoholafhankelijkheid zien en consumeerden minder eenheden per week en per gelegenheid. Het feit dat cliënten met een lager weektotaal aan alcoholische eenheden vaker de behandeling afronden is te verklaren doordat zij wellicht minder

(alcohol)problemen hebben en hierdoor meer motivatie hebben voor het afronden van de behandeling.

Daarnaast is gebleken dat leeftijd significant bijdraagt aan het voorspellen van het afronden van de internetbehandeling; Hoe ouder iemand wordt, hoe groter de kans dat diegene de behandeling afrondt. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met eerder onderzoek dat is uitgevoerd naar deze internetbehandeling (Postel, 2011) en ander onderzoek. Zo is gebleken dat uitval vooral sterk samenhangt met vaststaande kenmerken van de cliënten, zoals een lagere leeftijd. Het blijkt dat jongere cliënten vaker uitvallen tijdens de behandeling, dan oudere cliënten (Beakeland & Lundwall, 1975). Dit is te verklaren door het feit dat oudere mensen wellicht meer levenservaring hebben en meer vastberaden zijn om hun leven te veranderen. Oudere mensen hebben wellicht meer verantwoordelijkheden (zoals kinderen of een baan) en hierdoor meer het besef dat ze iets aan hun (alcohol)probleem moeten veranderen.

Aangezien uit de literatuur weinig bekend is over de voorspellers van behandelsucces binnen een internetbehandeling voor alcoholproblematiek, leek het noodzakelijk om hier onderzoek naar te doen. Binnen dit onderzoek is dus ook gekeken naar het behandelsucces van de cliënt die de internetbehandeling compleet heeft afgerond (=completer). Hierbij is gebleken dat een groot deel van de cliënten (76.0%) die de behandeling heeft afgerond behandelsucces heeft. Als naar de hiërarchie in welke voorspellers nu het belangrijkste zijn wordt gekeken, blijkt dat weektotaal bij intake binnen dit onderzoek kan worden gezien als de sterkste voorspeller voor behandelsucces. Het is gebleken dat significant meer cliënten behandelsucces hebben als zij tussen de 0 en 20 eenheden drinken bij intake. Wanneer cliënten echter meer dan 20 eenheden drinken hebben zij steeds minder behandelsucces. Dus de kans dat men meer behandelsucces heeft is groter wanneer men minder alcoholische eenheden (<20) per week bij intake drinkt. Dit is te verklaren door het feit dat deze mensen misschien nog niet alcoholafhankelijk zijn en zodoende makkelijker (zonder ontwenningssverschijnselen) van hun alcoholprobleem af kunnen komen en meer behandelsucces laten zien.

Een interessante bevinding met betrekking tot het behandelsucces is dat mannen vaker behandelsucces hebben (80.7%) dan vrouwen (72.2%). Mannen drinken dus verhoudingsgewijs meer binnen de richtlijn 'laag risicodrinken' dan vrouwen. Dit is interessant omdat met betrekking tot therapietrouw juist is gebleken dat vrouwen de behandeling vaker afronden. Maar dit wil dus niet per definitie zeggen dat zij dan ook meer behandelsucces hebben, in vergelijking met mannen. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de richtlijn per geslacht verschilt: mannen kunnen binnen deze richtlijn een hoger aantal alcoholische eenheden nuttigen dan vrouwen. Of dit ook daadwerkelijk een rol speelt bij het wel of niet hebben van behandelsucces is niet verder onderzocht.

Een andere belangrijke voorspeller, voor zowel therapietrouw als behandelsucces, was de variabele dagritme. Met betrekking tot de therapietrouw is gebleken dat therapietrouwe cliënten meer over een dagritme beschikken (78.6%), in vergelijking met therapieontrouwe cliënten (69.2%). Ook voor behandelsucces is dit het geval: Mensen met een dagritme hebben significant meer behandelsucces dan mensen zonder een dagritme. Het feit waarom mensen met een dagritme een grotere therapietrouw en behandelsucces hebben is te verklaren doordat deze mensen een vast dagpatroon hebben en wellicht hierdoor meer ritme en regelmaat in hun leven hebben. Ze hebben meer structuur, waardoor ze zich beter aan de onderdelen van de behandeling kunnen houden en de behandeling als geheel beter kunnen volgen.

Een andere opmerkelijke bevinding met betrekking tot behandelsucces is dat cliënten met een lage opleiding vaker behandelsucces hebben dan mensen met een hoge opleiding. Dit is interessant aangezien cliënten met een hoge opleiding juist vaker de behandeling afronden (39.1%) dan cliënten met een lage of midden opleiding (27.1%), maar dit dus niet per definitie wil zeggen dat zij ook meer succes hebben tijdens de behandeling. Het zou kunnen dat cliënten met een lage opleiding een hoger weektotaal bij intake hebben en hierdoor relatief gezien meer succes hebben in verhouding tot de cliënten met een hogere opleiding. Binnen dit onderzoek is hier echter niet naar gekeken; vervolgonderzoek zal hier dieper op in moeten gaan.

Intrigerend binnen dit onderzoek is de rol van roken. Zoals de resultaten laten zien, blijkt dat roken de sterkste voorspeller is voor therapietrouw binnen dit onderzoek. Bij behandelsucces blijkt roken echter geen significante voorspeller te zijn. Dit is interessant aangezien het dus blijkt dat er wel een verschil is tussen mensen die roken en niet roken met betrekking tot de afronding van behandeling. Er is echter geen significant verschil tussen roken en het hebben van succes tijdens de behandeling. Als men niet rookt maakt men eerder de behandeling af, maar het maakt dus niet uit of men wel of niet rookt voor het hebben van behandelsucces.

Met behulp van bovenstaande gegevens en resultaten kan een antwoord gegeven worden op de hoofdvraag: *Welke (baseline) kenmerken voorspellen therapietrouw en behandelsucces bij de internetbehandeling Alcohol de Baas?* Uit dit onderzoek is gebleken dat de variabelen geslacht, leeftijd, beginleeftijd waarop het alcoholgebruik als problematisch wordt ervaren, opleiding, dagritme, roken en het weektotaal bij intake significante variabelen zijn voor het voorspellen van therapietrouw binnen deze internetbehandeling. Met betrekking tot behandelsucces blijkt dat geslacht, opleiding, dagritme, drugs, gokken en weektotaal bij intake significante voorspellers zijn voor het hebben van behandelsucces.

4.2 Sterke en zwakke punten onderzoek

Binnen dit onderzoek is gekeken naar de beginleeftijd waarop de cliënt zijn/haar alcoholgebruik als probleem ervaart. Hierbij moet opgemerkt worden dat in de intake-vragenlijst de vraag wordt gesteld over het aantal jaren dat men zijn/haar drinkgedrag als problematisch ervaart. Vanuit deze variabele wordt beginleeftijd alcoholprobleem van de cliënt berekend. De laatste antwoordmogelijkheid bij deze variabele is echter 'meer dan 25 jaar'. Wanneer cliënten voor deze optie kiezen is dus niet meer precies bekend hoeveel jaren of zij daadwerkelijk het drankgebruik als probleem ervaren. Wanneer cliënten 51 jaar of ouder zijn, dan zijn zij binnen dit onderzoek met betrekking tot deze variabele niet meegenomen in de analyses. Van de 1749 cliënten zijn dit in totaal 101 (5.8%) cliënten bij therapietrouw en 43 (2.5%) cliënten bij behandelsucces waarbij dit het geval is. Voor vervolgonderzoek zal hier beter op ingespeeld moeten worden, door bijvoorbeeld deze vraag in de intake-vragenlijst aan te passen en de antwoordmogelijkheden concreter te maken. Hierdoor kunnen met betrekking tot deze variabelen consistentere conclusies getrokken worden.

Daarnaast was binnen dit onderzoek niet bekend wat de precieze beginleeftijd is met betrekking tot het drinken van alcohol. Dit is mogelijk echter een belangrijke variabele in verhouding tot alcoholproblematiek. Zo is uit eerder onderzoek gebleken dat een vroege beginleeftijd van alcoholgebruik een risico-indicator is voor het ontstaan van alcoholproblematiek op volwassenleeftijd (Verdurmen, Abraham, Planije, Monshouwe, van Dorsselaer, Schulten, Bevers & Vollebergh, 2006).

Een andere beperking binnen dit onderzoek is dat er uitsluitend gekeken is naar de hoofdeffecten van voorspellers. Er kan echter ook interactie tussen de voorspellers zijn. In de logistische regressieanalyse wordt weliswaar voor overlap tussen voorspellers gecorrigeerd, maar de modererende effecten van voorspellers op andere voorspellers zijn daarmee nog niet in beeld gebracht. Vervolgonderzoek zal hier dieper op in moeten gaan.

Een goed aspect van dit onderzoek is het feit dat de cliëntenpopulatie uit een relatief evenredig aantal mannen (n=877) en vrouwen (n=872) bestond. Hierdoor konden voor deze variabele consistente en betrouwbare conclusies getrokken worden.

4.3 Aanbevelingen

Voor vervolgonderzoek naar deze internetbehandeling zal beter naar de beginleeftijd waarop men het alcoholgebruik als problematisch ervaart en de daadwerkelijke startleeftijd gekeken en ingespeeld moeten worden. Dit kan gebeuren door bijvoorbeeld vragen in de intake-vragenlijst aan te passen (de antwoordmogelijkheden concreter maken) en toe te voegen (hoe lang drinkt u alcohol?). Hierdoor kunnen met betrekking tot deze variabelen consistentere conclusies getrokken worden.

Daarnaast is het voor vervolgonderzoek interessant om verder in gaan op de redenen waarom mensen met een hoge opleiding de behandeling vaker afmaken, maar mensen met een lage opleiding juist meer behandelsucces hebben. Door verder in te spelen op de behoeften en redenen kunnen er wellicht aanknopingspunten ontstaan waardoor therapietrouw en behandelsucces voor alle opleidingsniveaus verbeterd kan worden.

Tevens is het voor vervolgonderzoek interessant om te kijken naar andere voorspellers die eventueel een rol kunnen spelen bij het voorspellen van therapietrouw en behandelsucces en die niet mee zijn genomen in dit onderzoek. Een dergelijke voorspeller is de rol van de therapeut. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de therapeut een belangrijke rol kan spelen bij behandelsucces. Zo speelt de therapeut binnen een internetbehandeling een grote rol in het verhogen van de motivatie, het verbeteren van de zelfmanagementpraktijken van de cliënt en de betrokkenheid bij de behandeling (Abbott, Klein, Ciechomski, 2008). Het is echter nog steeds onbekend hoe veel assistentie daadwerkelijk nodig is voor positieve uitkomsten en wat de voorspellers van afronding of uitval van de behandeling zijn. Voor vervolgonderzoek is het dus heel interessant om hier naar te kijken.

Ondanks enige tekortkomingen heeft dit onderzoek een interessante kijk geboden op de voorspellers van therapietrouw en behandelsucces bij de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl. Het onderzoek heeft doen laten inzien dat bepaalde baselinevariabelen een significante voorspellende waarde hebben en dat het van belang is hierop in te spelen bij vervolgotrajecten- en onderzoeken. Hierdoor kan in de toekomst wellicht nog meer aan de wensen en factoren die een rol spelen worden gedaan, zodat nog meer cliënten geholpen worden met hun alcoholprobleem.

*Ik adem in en kom tot rust
Ik adem uit en glimlach
Thuisgekomen in het nu
Wordt dit moment een wonder*

(Uitspraak cliënt op het forum van Alcoholdebaas.nl)

5. Literatuurlijst

- Abbott, J. M., Klein, B., & Ciechomski, L. (2008). Best Practices in Online Therapy. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 360-375.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: Author.
- Andersson, G., Bergstrom, J., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2005). The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current opinion in Psychiatry*, 18(1), 73-77.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe: a public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping Out of Treatment: A Critical Review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Bennett, G.G. & Glasgow, R.E. (2009). The delivery of public health interventions via the internet: Actualizing their potential. *Annual Review of Public Health*, 30, 273-292.
- Bewick, B.M, West, R., Gill, J., O'May, F., Mulhern, B., Barkham, M. & Hill, A.J. (2010). Providing Web-Based Feedback and Social Norms Information to Reduce Student Alcohol Intake: A Multisite Investigations. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5), 59.
- Bodenmeier, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19):2469-2475.
- Carpenter-Hyland E.P., Chandler J. (2007). Adaptive plasticity of NMDA receptors and dendritic spines: Implications for enhanced vulnerability of the adolescent brain to alcohol addiction. *Pharmacological Biochemical Behaviour*, 86, 200-208.
- Chen, Y.C., Prescott, C.A., Walsh, D., Patterson, D.G., Riley, B.P., Kendler, K.S. & Kuo, P.H. (2011). Different phenotypic and genotypic presentations in alcohol dependence: age at onset matters. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(5), 752-762.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7434), 265-268A.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. & Bohman, M. (1996). Type I and type II alcoholism: An update. *Alcohol Health & Research World*, 20, 18-23.
- Eysenbach, G. (2005). The Law of Attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1):11.
- Heather, N., Gold, R. & Rollnick, S. (1991). Readiness to Change Questionnaire: User's Manual. National Drug and Alcohol Research Center, Kensington, Australia: University of New South Wales
- Kelders, S. (2012). Charismatische technologie voor betere online therapietrouw. Verkregen op 10 Januari 2013, van Universiteit Twente. Website: http://www.utwente.nl/archief/2012/10/charismatische_technologie_voor_betere_online_therapietrouw.doc/
- LADIS. (2010). Kerncijfers Verslavingszorg 2010. Houten: Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem.

- Linke, S., Murray, E., Butler, C., & Wallace, P. (2007). Internet-based interactive health for intervention to the promotion of sensible drinking: Patterns of use and potential impact on members of the general public. *Journal of Medical Internet Research*, 9(2).
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M. & Lehmann, P. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93, 1857-1867
- Menckeberg, T., van Dijk, L., Bensing, J. & van Dulmen, S. (2008). Naar een solide basis voor therapietrouw; resultaten van een preprogrammeringsstudie naar draagvlak en contouren voor een onderzoeksprogramma. NIVEL. Verkregen op 22 December, 2012. Website: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-basis-voor-therapietrouw.pdf>
- Nieuwenhuis, D. A. M. (2011). Kwalitatief onderzoek naar redenen waarom patiënten na een online psycho-educatiemodule stoppen of doorgaan met online behandeling voor een depressieve stoornis. Verkregen op 15 Oktober, 2012, van Universiteit Twente. Website: [http://essay.utwente.nl/61228/1/Nieuwenhuis,_D.A.M._-_s0151548_\(verslag\).pdf](http://essay.utwente.nl/61228/1/Nieuwenhuis,_D.A.M._-_s0151548_(verslag).pdf)
- Nijland, N., Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C, Boer, H., Steehouder, M. & Seydel, E. (2008). Evaluation of Internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *Journal of Medical Internet Research*, 10(2), 13.
- Oei, T.I., & Groenhuijsen, M.S. (2000). Forensische psychiatrie anno 2000: Actuele ontwikkelingen in breed perspectief. Deventer: Gouda Quint.
- Pellegrin, K.A., Costa, N.M., Weems, C.F. & Dalton, R.F. (2010). An examination of Treatment Completer and Non-Completers at a Child and Adolescent Community Mental Health Clinic. *Community Mental Health J*, 46, 273-281.
- Postel, M. G. (2011). Well connected. Web-based treatment for problem drinkers. Oldenzaal, the Netherlands: Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction, Radboud University Nijmegen.
- Postel, M.G., de Jong, C.A.J., & de Haan, H.A. (2005). Internetbehandeling www.alcoholdebaas.nl. Een zoektocht naar literatuur. Amersfoort: GGZ Nederland, Resultaten Scoren.
- Postel, M. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & de Jong, C. A. J. (2011). Characteristics of problem drinkers in e-therapy versus face-to-face treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(6), 537-542.
- Postel, M. G., Joosten, E. A. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., de Jong, C. A. J. (submitted). Therapeutic alliance in e-therapy versus face-to-face addiction treatment.
- Postel, M.G., de Haan, H.A., ter Huurne, E.D., Becker, E., & de Jong, C.A.J. (2010). Effectiveness of a Web-based Intervention for Problem Drinkers and Reasons for Dropout: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4), e68.
- Riper, H., Kramer, J., Conijn, B., Smit, F., Schippers, G. & Cuijpers, P. (2009). Translating effective web-based self help for problem drinking into the real world. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(8), 1-8.
- Sabaté E. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneve, Zwitserland: WHO.
- Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., Gemert, M. van, Hoogenhuyze, C. van, Meijer, E., Kraefft, E., Brenninkmeijer, M. & Postel, M. (2010). *Handboek online hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. & Deering, D. (2009). Youth retention: Factors associated with treatment drop-out from youth alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Review*, 28, 663-668.
- Schrijvers, C., Snoek, A. & van den Ende, D. (2010). Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen. Rotterdam: IVO Addiction Research Institute.
- Stoel, F. (2012) De relaties tussen zelfmanagement, therapietrouw en satisfactie bij HelloFysio onderzocht. Verkregen op 22 December 2012, van Erasmus Universiteit. Website: <http://oaithesis.eur.nl/ir/repub/asset/12626/Stoel%20F%20312125.pdf>.
- Simpson, D.D. & Joe, G.W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drugs abuse treatment. *Psychotherapy* 30, 357-368.
- Van Dijk, D., & Knibbe, R. A. (2005). De prevalentie van probleemdrinken in Nederland. Een algemeen bevolkingsonderzoek. Verkregen op 15 Oktober, 2012, van Stap, Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid. Website: <http://www.stap.nl/content/bestanden/de-prevalentie-van-probleemdrinken-in-nederland.pdf>.
- Van Laar, Cruts, van Ooyen-Houben, Meijer, Croes & Ketelaars (2012). Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2011. Trimbos-instituut, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Verkregen op 15 Oktober, 2012, van http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten---cijfers---beleid/af/~media/files/inkijkexemplaren/af1154%20nationale%20drug%20monitor%20jaarbericht%202011_web%20lr.ashx.
- Verdurmen, J., Abraham, M., Planije, M., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., Schulten, I., Bevers, J. & Vollebergh, W. (2006). Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar. Utrecht: Trimbos instituut.
- World Health Organization. (1990) Composite International Diagnostic Interview. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2009). Evidence for the effectiveness and costeffectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Wijdeveld, A. G. M. (1998). In gesprek over: Verslaving. Verkregen op 15 Oktober, 2012, van GGZ Ingeest. Website: <http://www.ggzingeest.nl/dg-client-en-familie/praktische-informatie/nvvp-folders/2980422/Verslaving.pdf>.