

24-06-2014

UNIVERSITY OF
TWENTE

LANGE TERMIJN EVALUATIE VAN DE
INTERNETBEHANDELING ALCOHOLDEBAAS.NL

Jorieke Boensma, s1235893
Bachelorthesis Psychologie
Begeleiders: M.G Postel (1e)
S.D Bachoe (2e)



Samenvatting

Doel: Sinds de opkomst van internetbehandeling 'Alcoholdebaas.nl' is er veel onderzoek gedaan naar de effecten van de behandeling. Vooral nog zijn alleen de effecten op relatief korte termijn onderzocht. Doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de langetermijneffecten van de internetbehandeling, 3 tot vijf jaar na behandeling. Een ander doel was om te bepalen of terugval een voorspellende waarde had voor de langetermijneffecten.

Methoden: Met behulp van een online vragenlijst zijn het huidige alcoholgebruik, de lichamelijke en psychische klachten en kwaliteit van leven van de respondenten onderzocht. Respondenten waren 195 ex-deelnemers van Alcoholdebaas.nl, die tussen 2009 - 2011 hulp zochten voor hun alcoholprobleem. Resultaten zijn vergeleken met de resultaten van de intake en nameting met behulp van t-toetsen, Repeated Measures ANOVA toetsen, de Cochran's Q-toets en Chi-kwadraat toetsen. Om een beeld te krijgen van de verandering in psychische klachten is de Pearson Correlatie berekend tussen klachten en alcoholconsumptie. Ter verdieping is met 12 respondenten een telefonisch interview afgenomen.

Resultaten: Het is gebleken dat ex-deelnemers momenteel gemiddeld significant minder drinken dan bij de intake, maar meer drinken dan meteen na de behandeling. Ex-deelnemers dronken nu vaker boven de richtlijn van verantwoord alcoholgebruik dan meteen na de behandeling, namelijk 50,3% ten opzichte van 21,1%. Het percentage is vergeleken met de intake echter wel lager, maar niet significant. Terugval bleek voorspellend te zijn voor alcoholconsumptie, lichamelijke en psychische klachten en beoordeling van de algemene gezondheid. Mensen met een terugval dronken over het algemeen meer, hadden meer klachten en beoordeelden hun gezondheid als slechter. Respondenten gaven over het algemeen aan dat hun lichamelijke en psychische gezondheid op dit moment goed was. Het aantal lichamelijke klachten is momenteel afgenomen ten opzichte van de klachten bij de intake. Het is te verwachten dat het aantal psychische klachten is afgenomen, omdat dit correleerde met alcoholconsumptie. Over het algemeen hadden ex-deelnemers een goede kwaliteit van leven.

Conclusie: De internetbehandeling lijkt effectief te zijn in de reductie van alcoholconsumptie en lichamelijke klachten op de lange termijn. Meer onderzoek zou gedaan moeten worden naar terugval. Terugval blijkt voorspellend te zijn voor alcoholgebruik en lichamelijke en geestelijke klachten, waardoor inzicht in de redenen van belang is. Op die manier kan meer aandacht voor terugval tijdens de behandeling overwogen worden. Mogelijk kan de behandeling zich dan nog meer richten op het voorkomen van een terugval, zodat de behandeling op lange termijn nog effectiever is.

Abstract

Objective: Since the founding of the website for online treatment for problem drinkers 'Alcoholdebaas.nl', much research has been done about the effects of the treatment. For the time being, only the relatively short-term effects have been investigated. The objective of this study was to get insight into the long-term effects, three to five years after treatment, of Alcoholdebaas.nl. Another objective was to find out whether relapse had a predictive value on the long-term effects.

Method: An online survey was used to investigate current alcohol consumption, physical and mental health and quality of life of the respondents. Respondents were 195 ex-participants of Alcoholdebaas.nl, who searched help for their alcohol problem during the period of 2009 to 2011. Results were compared to the pre- and post treatment results by using T-tests, Repeated Measures ANOVA tests, a Cochran's Q test, and Chi-square tests. To get an idea of the changes in mental complaints in time, the Pearson Correlation has been calculated between complaints and alcohol consumption. For elaboration, 12 respondents were chosen for a telephone interview.

Results: On average, ex-participants now consume less alcohol than before the start of the treatment, but more than right after treatment. Ex-participants drank more often above the guidelines for low-risk drinking now (50,3%) than right after treatment (21,1%). This percentage was, however, lower than compared to the intake, although not significant. It was found that relapse is predictive for alcohol consumption, physical and mental health, and assessment of general health. Ex-participants who have had a relapse, consumed in general more alcohol, had more complaints and assessed their health as being worse. Ex-participants considered their physical and mental health to be good. The amount of physical complaints decreased when compared to before the start of treatment. It is to be expected that the amount of mental complaints has been reduced, due to its correlation with alcohol consumption. Overall, the quality of life of the ex-participants was good.

Conclusion: The internet treatment seems to be effective in the reduction of alcohol consumption and physical and mental complaints in the long-term. Further research should be carried out into relapse. Relapse is predictive for alcohol consumption and physical and mental complaints, which makes obtaining insight into the reasons for relapse important. Once there is more insight, it can be considered to focus more on the prevention of relapse during the treatment. This could make the treatment even more effective.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
<i>Alcoholprobleem</i>	5
<i>Behoeft alternatieve behandelingsmethoden</i>	5
<i>E-mental Health</i>	5
<i>Alcoholdebaas.nl</i>	6
<i>Langetermijneffecten Alcoholdebaas.nl</i>	6
<i>Doel van het onderzoek</i>	8
<i>Onderzoeksvraag en hypothesen</i>	8
Methode	9
<i>Respondenten</i>	10
<i>Interventie</i>	10
<i>Procedure en Design</i>	11
<i>Variabelen en meetinstrumenten</i>	11
<i>Statistische analyse</i>	13
Resultaten	15
<i>Karakteristieken van de respondenten</i>	15
<i>Alcoholgebruik</i>	16
<i>Effect van andere behandelingen</i>	19
<i>Terugval</i>	19
<i>Welzijn</i>	21
<i>Kwaliteit van leven</i>	23
<i>Evaluatie internetbehandeling</i>	23
<i>Telefonische interviews</i>	24
<i>Alcoholconsumptie</i>	25
<i>Terugval</i>	26
<i>Kwaliteit van leven</i>	27
<i>Evaluatie internetbehandeling</i>	27
Discussie	30
<i>Belangrijkste bevindingen</i>	30
<i>Alcoholgebruik</i>	30
<i>Terugval</i>	30
<i>Welzijn</i>	30
<i>Evaluatie internetbehandeling</i>	31
<i>Sterke en zwakke punten</i>	31
<i>Aanbevelingen</i>	32
<i>Conclusie</i>	33
Referentielijst	34
Bijlage A: Online vragenlijst	39
Bijlage B: Telefonische interview	53

Inleiding

Alcoholprobleem

Een alcoholverslaving is een probleem dat mensen vaak proberen te verbergen. Wanneer anderen hen wijzen op het probleem, wordt het vaak gebagatelliseerd en niet erkend als een probleem. Echter is het wel een groot probleem: een overmatige alcoholconsumptie heeft mogelijk grote gevolgen voor de gezondheid. Er is een causaal verband gevonden tussen overmatig alcoholgebruik en meer dan 60 soorten ziektes en verwondingen. Hiermee is het wereldwijd één van de belangrijkste risicofactoren voor ziekte. Jaarlijks zorgt het voor ongeveer 2,5 miljoen sterfgevallen (WHO, 2011).

Volgens de DSM-IV criteria (American Psychiatric Association, 2000) wordt van alcoholafhankelijkheid- of verslaving gesproken wanneer de persoon de controle over het gebruik van alcohol verloren heeft of wanneer er sprake is van tolerantie of onthoudingsverschijnselen. Het lukt niet om te stoppen of te minderen en wanneer er sprake is van tolerantie heeft de persoon steeds meer alcohol nodig om hetzelfde effect te verkrijgen. Volgens de DSM-IV wordt onder alcoholmisbruik het gebruik van alcohol verstaan waarbij het drinken van alcohol gevolgen heeft in onder andere werk- of schoolsituaties, of in bijvoorbeeld sociale situaties. Uit cijfers blijkt dat 12,9 procent van de Nederlandse bevolking gedefinieerd wordt als 'zware drinker'. Voor een man geldt de definitie zware drinker als hij minstens één keer per week zes of meer glazen alcohol op een dag drinkt. Voor een vrouw geldt dit voor vier glazen of meer. 8,3% werd in 2012 als overmatige drinker beschouwd en drinkt daarmee buiten de richtlijnen voor verantwoorde alcoholconsumptie. Voor mannen geldt dit als ze 21 standaardglazen of meer drinken per week en voor vrouwen geldt dit wanneer ze 14 glazen of meer drinken per week (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2012).

Behoeft alternatieve behandelingsmethoden

Het hoge percentage van mensen met een alcoholprobleem vereist aandacht vanuit de verslavingszorg. Slechts een minderheid van de mensen met een alcoholprobleem zoekt daadwerkelijk hulp (Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004). Eén van de redenen dat het aantal probleemdrinkers dat hulp krijgt zo laag is, is de toegankelijkheid tot een behandeling. Schaamte voor het alcoholprobleem zorgt ervoor dat de drempel om hulp te zoeken voor een alcoholprobleem erg hoog is (Andréasson, Danielsson & Wallhed-Finn, 2013). Het is mogelijk dat die drempel nog hoger is wanneer de behandeling face-to-face met een therapeut is, omdat het niet anoniem is. Om die reden was het van belang te kijken naar laagdrempelige alternatieve behandelingsmethoden. Een behandeling die niet face-to-face met een therapeut plaatsvond, kon daarbij uitkomst bieden om de toegankelijkheid te vergroten, zodat er sneller hulp gezocht werd.

E-Mental Health

De afgelopen jaren zijn er veel behandelingen opgekomen die volledig of gedeeltelijk via internet verlopen. Onder E-Mental health wordt het gebruik van informatie- en communicatietechnologie verstaan om de geestelijke gezondheid te ondersteunen en te verbeteren. Het gaat hierbij om interventies rechtstreeks gericht op de cliënten. Voorbeelden hiervan

zijn psycho-educatie, vragenlijsten voor het achterhalen van klachten op psychisch gebied via internet, of skype-gesprekken met een psycholoog (Blankers, Donker & Riper, 2013). Reden dat mensen voor E-Mental Health kiezen is vaak dat ze moeite hebben met de stigmatisering of dit willen vermijden (Carlbring et al., 2007) en om die reden niet snel naar een ggz-instelling gaan. In tegenstelling tot een zelfhulp behandeling, vinden er ook steeds meer behandelingen plaats waarbij er contact is met een behandelaar. Doordat beter aan de wensen van de deelnemers voldaan kan worden, zou dit voor een klinisch beter resultaat zorgen (Blankers, Koeter & Schippers, 2011). Ook zijn er zogenaamde 'blended' behandelingen in opkomst, waarbij een deel plaats vindt in de spreekkamer en een deel online. Er is vooralsnog weinig te zeggen over de tevredenheid en effectiviteit van deze behandelingen (Blankers, Donker & Riper, 2013). Binnen de verslavingszorg kiezen de meeste mensen nog voor behandelingen in een ambulante setting (75%) of klinische setting (15%). Slechts 1% van de behandelingen voor verslaving vindt plaats via het internet. Echter wordt wel verwacht dat dit de komende jaren gaat stijgen. Online behandelingen, zowel onbegeleid als begeleid, lijken namelijk effectief te zijn (Blankers Donker & Riper, 2013).

AlcoholdeBaas.nl

In 2005 is Tactus Verslavingzorg gestart met een internetbehandeling genaamd '*Alcoholdebaas.nl*' (Keizer, Postel, Westendorp & Brenninkmeijer, 2007). Toentertijd was een groot deel van de internetbehandelingen zelfhulpbehandelingen. Alcoholdebaas.nl betrok een therapeut bij de behandeling, waardoor het geen vorm van zelfhulp was. De behandeling vond destijds in principe enkel online plaats, waarbij de deelnemer via de site contact houdt met de hulpverlener en opdrachten uitvoert. Vervolgens stuurt de hulpverlener de deelnemer feedback en tips op basis van de opdrachten. Een nieuwe doelgroep die met traditionele behandelingsmethoden moeilijk te bereiken is, werd met deze web-based treatment beter bereikt. Het ging hierbij voornamelijk om de groep van werkenden, vrouwen, ouderen en hoogopgeleiden (Postel, De Jong & De Haan, 2005).

Uit onderzoek van Postel, de Haan, ter Huurne, Becker en De Jong (2010) bleek dat de internetbehandeling voor positieve resultaten zorgde. In 70% van de gevallen werd aan het eind van de interventie een sterke reducering van alcoholconsumptie bereikt, in zo verre dat er veelal binnen de richtlijnen van verantwoord gebruik gedronken werd. Ook de psychische en lichamelijke gezondheid was significant verbeterd. Dit effect is gemeten over een tijdsbestek van drie maanden, de totale duur van de behandeling.

Langetermijneffecten alcohol interventies

Ondanks de positieve kortetermijneffecten, is er vooralsnog niets bekend over de langetermijneffecten van de behandeling. Het uiteindelijke doel van de behandeling is om deelnemers te helpen met hun alcoholprobleem. Een alcoholreductie op korte termijn is een positief begin, maar hoeft niet te betekenen dat dit ook op lange termijn vastgehouden wordt. Om die reden is het van belang om te kijken of zij die behandeld zijn nog steeds positieve effecten ervaren van de behandeling. Het is mogelijk dat de cliënt terugvalt zodra de behandeling -en daarmee het directe contact

met de hulpverlener- eindigt. Uit een onderzoek (Cunningham, Wild, Cordingley, van Mierlo & Humphreys, 2010) bleek dat een andere web-based alcoholinterventie enkel op korte termijn, tot zes maanden na het einde van de interventie, voor een reductie in de hoeveelheid alcoholconsumptie zorgde. Dit resultaat was een jaar later niet meer zichtbaar. Deze behandeling was echter, in tegenstelling tot Alcoholdebaas.nl, een zelfhulp behandeling. Het is daarmee een ander soort behandeling dan Alcoholdebaas.nl, waarbij er een duidelijke rol is voor de therapeut in de behandeling. Uit een ander onderzoek naar de evaluatie van een web-based behandeling gericht op drinkgedrag van studenten bleek dat de effecten minstens een jaar bleven bestaan, maar wel minimaal waren. De actieve betrokkenheid van de therapeut bij Alcoholdebaas.nl tijdens de behandeling maakt het aannemelijker dat de positieve resultaten van de behandeling ook zichtbaar blijft op lange termijn. Dit omdat de klinische resultaten van begeleidende zelfhulp over het algemeen beter is dan onbegeleide zelfhulp. Daarnaast wordt langer deelgenomen aan de behandeling (Blankers, Donker & Riper, 2013). Uit onderzoek (Weisner, Ray, Mertens, Satre & Moore, 2003) blijkt dat bij traditionele, face-to-face behandelingswijzen voor alcoholproblemen de effecten die bereikt worden op korte termijn voorspellend zijn voor de langetermijneffecten. Er bleek namelijk dat mensen die 6 maanden na deelname aan de behandeling nog steeds geen alcohol dronken, ook op lange termijn geen of minder alcohol dronken. Het is daarom aannemelijk dat de positieve kortetermijneffecten van *'AlcoholdeBaas.nl'* ook gehandhaafd worden op lange termijn. Reden hiervan is dat de nadruk bij de internetbehandeling ligt op het contact met de therapeut, net zoals bij traditionele behandelingen. Echter, omdat het geen traditionele face-to-face behandelingsmethode is, dient dit nog onderzocht te worden.

Naast de langetermijneffecten met betrekking tot alcoholconsumptie, is het van belang te kijken naar de psychische en lichamelijke gezondheid van de ex-deelnemers. Er is vooralsnog weinig bekend over de lichamelijke en psychische klachten op lange termijn na een behandeling. Wel zijn er onderzoeken geweest naar de effecten van alcohol op lichamelijke (White et al., 1987; Ransdell & Wells, 1998) en psychische klachten (Ross, 1995; Ross et al., 1997). Hieruit bleek dat er een verband was tussen alcohol en klachten, waarbij mensen die meer alcohol dronken, ook meer klachten ervaarden. Indien alcohol gereduceerd wordt, is te veronderstellen dat ook de lichamelijke en psychische klachten afnemen. Uit onderzoek van Postel et al. (2014) blijkt dat lichamelijke en psychische klachten minder waren negen maanden na de behandeling en dat de kwaliteit van leven verbeterd was. Op basis van het onderzoek van Weisner et al. (2003), waarin gesteld wordt dat kortetermijneffecten voorspellend zijn voor langetermijneffecten, is het aannemelijk dat deze vermindering van klachten ook op lange termijn zichtbaar zal zijn.

Een mogelijke factor die leidt tot een hogere alcoholconsumptie op lange termijn is het aantal terugvallen na de behandeling. Uit onderzoek van Dimeff en Marlatt (1995) blijkt dat een terugval een vroeg signaal is voor het mogelijk falen van het van het gewenste gedrag. Uit ander onderzoek blijkt dat mensen die meer alcohol drinken een grotere kans hebben op een terugval (Tuithof, ten Have, van den Brink, Vollebergh & de Graaf, 2014). *AlcoholdeBaas.nl* geeft aan dat terugval niet erg is en erbij hoort. Het is echter mogelijk dat de terugvallen gevolgen hebben voor de toekomstige alcoholconsumptie en een minder effect van de behandeling, waardoor het belangrijk is hier inzicht in te krijgen. Indien blijkt dat terugval zorgt voor een hogere alcoholconsumptie, dan kan de behandeling zich mogelijk meer toespitsen op de

reductie van terugvallen om op die manier de alcoholconsumptie af te laten nemen.

Ten slotte is het van belang dat respondenten de internetbehandeling als positief ervaren. Uit onderzoek is gebleken dat ontevredenheid zorgt voor een hogere drop-out rate tijdens een behandeling voor verslaving (McKellar, Kelly, Harris, & Moos, 2006; Marrero et al., 2005). Omdat de behandeling effectief lijkt te zijn (Postel, De Haan, Ter Huurne, Becker & De Jong, 2010) is het mogelijk dat deelnemers die de behandeling voortijdig beëindigen, een niet optimaal effect hebben van de behandeling. Het is aannemelijk dat de ex-deelnemers op lange termijn positief terugkijken op de behandeling, omdat uit onder meer de pilot studie bleek dat de respondenten tevreden waren over Alcoholdebaas.nl (Postel, De Haan & De Jong, 2010).

Doel van het onderzoek

Het doel van het huidige onderzoek was om er achter te komen wat de langetermijneffecten van de internetbehandeling 'Alcoholdebaas.nl' zijn. De effecten werden gemeten over een tijdsbestek van drie tot vijf jaar, afhankelijk van het jaar waarin de deelnemer de behandeling heeft gevolgd. Nadruk lag hierbij op de huidige alcoholconsumptie en het huidige welzijn van de ex-deelnemers in vergelijking met de start van de behandeling en de nameting meteen na de behandeling. Tevens werd gekeken naar het verband tussen eerdere of huidige terugvallen en alcoholconsumptie en welzijn. Hierbij werd bekeken of ex-deelnemers die één of meerdere terugvallen hebben gehad, meer alcohol consumeerden en een slechter welzijn hadden.

Onderzoeksvraag en hypothesen

De onderzoeksvraag voor het onderzoek is: In hoeverre is internetbehandeling Alcoholdebaas.nl effectief op de lange termijn?

Primaire uitkomstmaat is hierbij alcoholconsumptie. Secundaire uitkomstmaten zijn lichamelijk welzijn, psychisch welzijn en kwaliteit van leven. Er zijn een aantal hypothesen opgesteld:

- *De ex-deelnemers drinken een aantal jaren na deelname aan Alcoholdebaas.nl significant vaker binnen de richtlijnen van verantwoord alcoholgebruik dan in het begin van de behandeling.*
- *De ex-deelnemers drinken minimaal een jaar na deelname aan Alcoholdebaas.nl echter wel significant minder vaak binnen de richtlijnen van verantwoord alcoholgebruik dan kort na de behandeling.*
- *De ex-deelnemers die terugvallen hebben gehad, drinken op langetermijn significant meer alcohol dan zij die geen terugval hebben gehad.*
- *De ex-deelnemers ervaren hun welzijn op de lange termijn over het algemeen als positief*
- *De ex-deelnemers kijken over het algemeen op lange termijn positief terug op de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl*

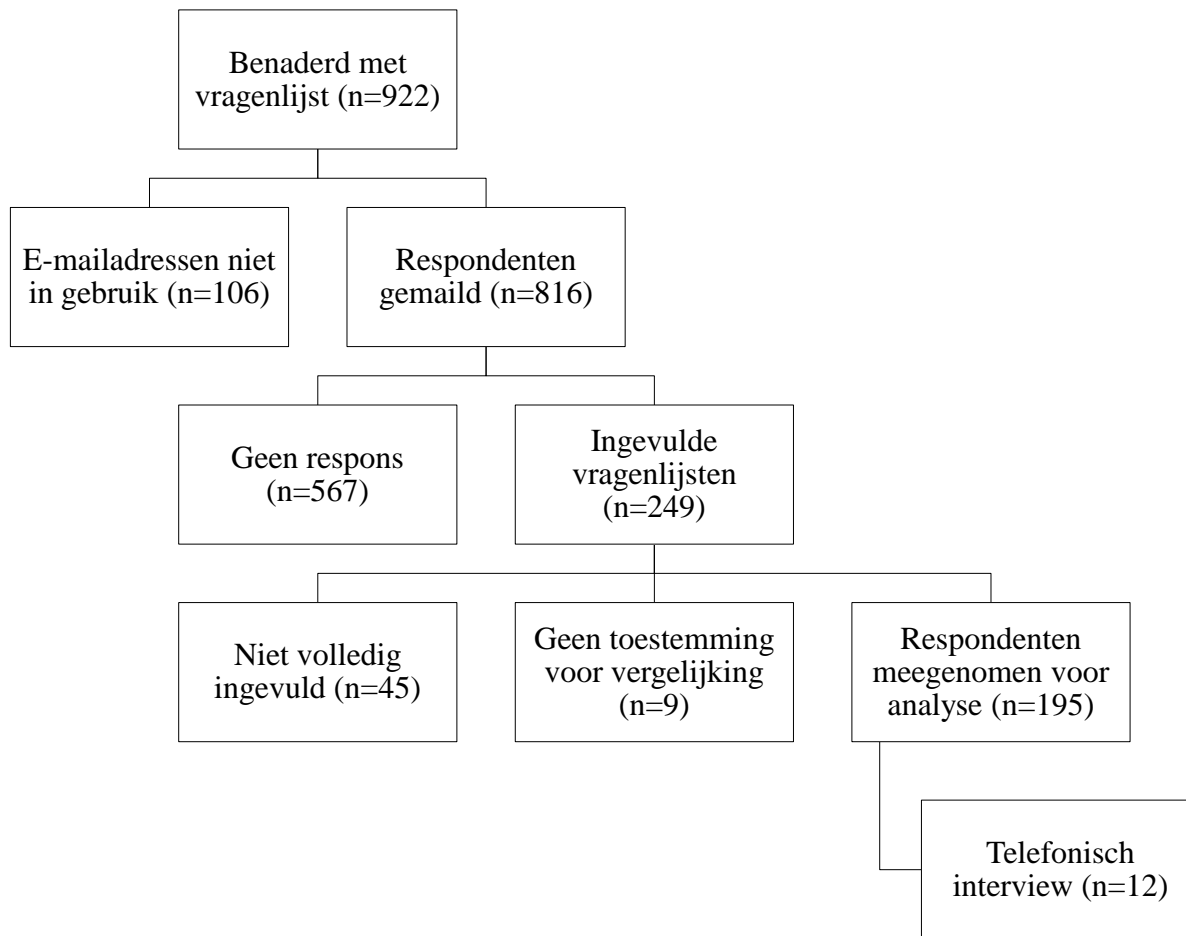
Methode

Respondenten

De respondenten in het onderzoek waren ex-deelnemers van de internetbehandeling 'Alcoholdebaas.nl' van wie de aanmelddatum tussen de periode van 1 januari 2009 tot 31 december 2011 was. De respondenten waren geselecteerd op basis van een selecte steekproef, waarbij rekening is gehouden met de volgende exclusiecriteria: deelnemers maakten geen onderdeel uit van een Randomized Control Trial (RCT) en hebben ten minste het eerste gedeelte van de behandeling gevolgd. Deelnemers die wel onderdeel uitmaakten van de RCT-groep werden uitgesloten, omdat met deze groep in 2008 onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van de internetbehandeling. Deze groep heeft om die reden niet de reguliere behandeling gevolgd, waardoor exclusie noodzakelijk was. Afronding van het eerste deel van de behandeling was vereist, zodat de deelnemers voldoende van de behandeling gevolgd hadden om deze te kunnen evalueren. In de behandelovereenkomst hebben deelnemers toestemming gegeven voor het gebruik van hun gegevens voor onderzoek ('ik stem erin toe dat mijn anonieme gegevens worden gebruikt voor onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van de alcoholinternetbehandeling').

Na selectie van de deelnemers, rekening houdend met gestelde criteria, werd een e-mailuitnodiging voor het invullen van de online vragenlijst gestuurd naar 922 respondenten. 106 e-mailadressen bleken niet meer in gebruik te zijn. 249 Ex-deelnemers hebben de vragenlijst ingevuld, waarvan 9 respondenten geen toestemming gaven voor vergelijking van de resultaten met de antwoorden die tijdens eerdere onderzoeken gegeven zijn. Ook waren er 45 respondenten die de vragenlijst niet volledig ingevuld hadden en om die reden niet nadrukkelijk toestemming hebben gegeven voor vergelijking. Uiteindelijk is er een groep van 195 respondenten overgebleven voor het onderzoek. Uit deze respondenten is een selecte groep van 12 respondenten benaderd voor een telefonisch interview, waarmee ze zelf konden instemmen bij het invullen van de vragenlijst (figuur 1).

Figuur 1. Totstandkoming groep respondenten



Interventie

De internetbehandeling Alcoholdebaas.nl is ontwikkeld voor mensen vanaf 16 jaar die inzicht willen krijgen in hun alcoholgebruik of die problemen ervaren met hun alcoholgebruik en hier iets aan willen doen. Het doel van de behandeling is dat de deelnemers stoppen met drinken of minderen. Daarnaast wordt geprobeerd terugval in veel drinken te voorkomen. De behandeling wordt sinds 21 maart 2005 door Tactus Verslavingszorg aangeboden. De online behandeling bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt inzicht geboden in de drinkgewoonten van de deelnemers. Het bestaat uit minimaal vijf online contacten en wordt afgesloten met een samenvatting van hetgeen dat geleerd is en advies voor deel twee van de behandeling. In het tweede gedeelte staat verandering van het drinkgedrag centraal. In dit deel zijn er minimaal 14 contacten en worden, net als in het eerste deel, huiswerkopdrachten gemaakt. Zo moest dagelijks bijgehouden worden hoeveel er gedronken werd en moest de participant er onder meer achter komen op welke momenten hij dronk. Contact tussen de deelnemer en de therapeut is in principe volledig online, is anoniem en verloopt asynchroon.

Procedure en design

Voor de evaluatie van de internetbehandeling is gebruik gemaakt van zowel een kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethode. Voor het kwantitatieve onderdeel is een online vragenlijst opgesteld. Uit de vragenlijst die ingevuld is bij de intake zijn een aantal vragen geselecteerd die gebruikt zijn voor deze vragenlijst, zodat op juiste wijze een vergelijking gemaakt kon worden. Op die manier werden de eigen gerapporteerde langetermijneffecten (alcoholconsumptie, lichamelijke en psychische klachten en kwaliteit van leven) in kaart gebracht. Ook werd gekeken of terugval een voorspeller was voor alcoholconsumptie.

De vragenlijst is met behulp van www.surveymonkey.nl opgesteld en online gezet. Vooraf is getest of de vragenlijst werkte op een smartphone, Ipad en een computer. Ook is de vragenlijst door meerdere willekeurige personen binnen Tactus ingevuld, zodat eventuele fouten voortijdig opgespoord konden worden. Vervolgens werd op 22 april een begeleidende e-mail met de link naar de vragenlijst naar de 922 ex-deelnemers gestuurd die voldeden aan de gestelde criteria. De e-mailuitnodigingen werden in groepen van ongeveer 45 deelnemers per uitnodiging gestuurd. Reden hiervoor was om te voorkomen dat e-mailuitnodigingen als spam gefilterd werden. Het termijn waarin de vragenlijst ingevuld kon worden was van 22-04-2014 tot 06-05-2014. De resultaten konden via www.surveymonkey.nl direct als SPSS en Microsoft Office Excel bestand gedownload worden voor verdere analyse. In Excel werden eerst de respondenten verwijderd die geen toestemming gaven voor vergelijking. De resultaten van de 195 overgebleven respondenten werden geëxporteerd in het SPSS-bestand waar de gegevens van eerdere vragenlijsten al stonden, zodat een vergelijking gemaakt kon worden.

Uit de 99 respondenten die in de online vragenlijst toestemming gaven voor een telefonisch interview, werd een groep van 12 respondenten geselecteerd voor een interview dat gemiddeld 15 minuten duurde. Hierbij is geprobeerd een gelijke verdeling te krijgen met betrekking tot geslacht, beoordeling van de internetbehandeling (zowel positief als negatief), volledige afronding of voortijdige beëindiging en wel of geen terugval om een objectief beeld te krijgen van de behandeling en de langetermijneffecten. De telefonische interviews werden in de periode van 20 tot 23 mei via de belfunctie van Skype afgenomen en na toestemming van de respondent opgenomen via Callnote, zodat resultaten teruggeluisterd konden worden. Bij de twee respondenten die geen toestemming gaven, werden de antwoorden in korte zinnen opgeschreven tijdens het interview.

Uit de groep respondenten is voor iedere vijftiende deelnemer een waardebon van twintig euro van www.bol.com toegestuurd als beloning voor het invullen van de vragenlijst.

Variabelen en meetinstrumenten

Om de langetermijneffecten te kunnen bekijken zijn een aantal variabelen gemeten, namelijk alcoholconsumptie, lichamelijk welzijn, psychisch welzijn en kwaliteit van leven.

Om de alcoholconsumptie te meten is gebruik gemaakt van een 7-daags schema waarin respondenten voor de week ervoor konden invullen hoeveel standaardglazen alcohol ze hadden gedronken. Vervolgens werd gevraagd of dit aantal overeenkwam met het aantal standaardglazen alcohol dat ze normaal gesproken nuttigden. Dit werd gedaan ter voorkoming

van een vertekend beeld, bijvoorbeeld door feestdagen (pasen). Ook werd de vraag gesteld wat de gewoonlijke consumptie is en op hoeveel dagen en wat de hogere consumptie is en op hoeveel dagen voor de maand voorafgaand aan het moment van invullen. Om effecten van andere behandelingen uit te sluiten is aan de respondenten gevraagd of ze nog een andere behandeling gevolgd hebben en zo ja, welk soort behandeling. Ten slotte werden er vragen ter ondersteuning vragen gesteld met betrekking tot gedachten over alcoholconsumptie.

Om het lichamenlijk welzijn te meten is gebruik gemaakt van een aantal items uit de MAP-HSS (Maudsley Addiction Profile-Health Symptom Scale). Dit instrument is een valide instrument om de lichamenlijke klachten bij verslaving in kaart te brengen. Er is een Cronbach's Alpha gemeten van 0,77, wat relatief hoog te noemen is en wat inhoudt dat het één schaal meet. Ook de test--hertest betrouwbaarheid is hoog te noemen, namelijk 0,94 (Marsden et al., 1998). Bij het opstellen van de vragenlijst voor de intake zijn een aantal extra items toegevoegd aan de items uit de MAP-HSS om een beter beeld te krijgen van de lichamenlijke klachten. Deze items zijn tevens toegevoegd aan deze vragenlijst met nog het extra item 'slaapproblemen'. Dit extra item is toegevoegd, omdat uit onderzoek blijkt dat alcohol voor slaapproblemen kan zorgen (Roehrs & Roth, 2008). De antwoorden werden gegeven op een 5-punts Likertschaal, waarbij 0 = Helemaal niet en 4 = voortdurend. Deze score is bij elkaar opgeteld en, door het verschil in items per vragenlijst, gedeeld door het aantal items om een beeld te krijgen van de verandering van het lichamenlijk welzijn. Een hoge totaalscore (range van 0 - 4) op lichamenlijke klachten houdt in dat er veel lichamenlijke klachten zijn, waarbij een lage score aantoont dat er weinig lichamenlijke klachten zijn. Om zeker te weten dat de resultaten niet voortgekomen zijn uit de items die bij de intake en nameting buiten beschouwing gelaten zijn, is ook een analyse gedaan voor de items die in alle vragenlijsten gebruikt zijn. Hierbij is de score op de 11 overeenkomende items opgeteld, waarbij een score van 44 de hoogst haalbare score was en aantoonde dat er veel lichamenlijke klachten waren.

Om psychisch welzijn te meten is gebruik gemaakt van de items van de Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). De DASS-21 is een veelgebruikt instrument om depressie, angst en stress te meten. Er werd een Cronbach's Alpha van 0,95 of hoger gerapporteerd en er is een test-hertest betrouwbaarheid van 0,74 of hoger per subschaal (Yusoff, 2013; De Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange & Blonk, 2001). De score is berekend met behulp van een schaal oplopend van 0=helemaal niet of nooit tot 3=zeer zeker of meestal. Deze score werd opgeteld en vermenigvuldigd met twee. Vervolgens is er een score berekend voor de subschalen depressie, angst en stress, waarbij de score een indicatie gaf voor de mate van depressie, angst en stress. De scores werden vergeleken met een normscore, waarna een indeling werd gemaakt in de categorieën 'normaal', 'mild', 'matig', 'ernstig' en 'zeer ernstig'

Vervolgens werd met behulp van de EuroQol Group 5-Dimension Self-Report Questionnaire (EQ-5D) gemeten wat de kwaliteit van leven was. In de onderzoek waarbij de kwaliteit van leven van verslaafden aan heroïne werd gemeten, bleek de EuroQol valide te zijn (Van Der Zanden, Dijkgraaf, Blanken, De Borgie, Van Ree & Van Den Brink, 2006). De EQ VAS, onderdeel van de EuroQol, werd gebruikt om te meten hoe de respondent zijn eigen gezondheid beoordeelde, waarbij op een thermometer op een schaal van 0 tot 100 aangegeven moest worden wat deze beoordeling was.

De variabelen zijn vervolgens, voor zover mogelijk, vergeleken met de antwoorden die de respondenten gaven

tijdens het intakegesprek en bij de nameting meteen na de behandeling. Omdat psychisch welzijn en kwaliteit van leven niet tijdens het intakegesprek zijn uitgevraagd, is alleen het verband tussen psychisch welzijn en alcoholconsumptie bekeken.

Daarnaast zijn er een aantal evaluatievragen gesteld met betrekking tot de behandeling. Hierbij is gevraagd naar de baat die de respondent nu nog ervaart, het cijfer dat de deelnemer geeft voor de behandeling, of er gebruik is gemaakt van nazorgcontacten en wat ze nog gemist hebben. Doel hierbij was om te kijken hoe ex-deelnemers jaren later terugkijken op de behandeling.

Verder zijn vragen gesteld met betrekking tot terugval. Er wordt gevraagd of de respondent een terugval heeft gehad, of hij momenteel in een terugval zit, hoeveel terugvallen hij heeft gehad en gedachten met betrekking tot terugval. Deze vragen zijn opgesteld om te kijken of terugval een mogelijke voorspeller is voor een hogere alcoholconsumptie, meer lichamelijke en psychische klachten en een lagere beoordeling van de gezondheid. Naast de hoeveelheid terugvallen is gekeken naar de manier waarop de respondent kijkt naar deze terugvallen.

Het telefonische interview dat is afgenomen was semi-gestructureerd. Ter verdieping op de antwoorden die gegeven zijn in de online vragenlijst, werden vragen gesteld met betrekking tot de evaluatie van de behandeling, de alcoholconsumptie, het lichamelijke en psychische welzijn en de kwaliteit van leven. Ook werd geprobeerd een duidelijker beeld te krijgen van de terugvallen, zoals de reden voor een terugval en hoe ze weer uit die terugval gekomen zijn. Er is in eerste instantie één interview opgesteld. Dit interview werd voor iedere respondent aangepast, zodat het overeenkwam met hun gegeven antwoorden bij de online vragenlijst. Bepaalde vragen werden daarom niet gevraagd bij respondenten, omdat deze op hen niet van toepassing waren.

Statistische analyse

Voor het kwantitatieve onderdeel van het onderzoek zijn statistische analyses gedaan met behulp van IBM SPSS statistics versie 20. Om het verschil in alcoholconsumptie en lichamelijke klachten tussen de drie meetmomenten te meten is een Repeated Measures ANOVA gebruikt. Hierbij zijn de huidige resultaten vergeleken met de resultaten bij de intake. Ook is het wel of niet gevolgd hebben van een andere behandeling als covariaat toegevoegd bij de Repeated Measures ANOVA om te bepalen of andere behandelingen de resultaten mogelijk beïnvloedden. Tevens is gekeken naar het verschil in het wel of niet binnen de richtlijn voor verantwoord drinken drinken bij de verschillende meetmomenten. Om het verschil per meetmoment te vergelijken is een Chi-kwadraat toets uitgevoerd. Om het verschil over de tijd heen te meten is een Cochran's Q-test uitgevoerd. Vervolgens is bekeken of de respondenten tevreden zijn met hun huidige alcoholconsumptie. Dit is gedaan door voor mannen en vrouwen die binnen en boven de richtlijnen drinken te kijken naar hun beoordeling van de tevredenheid van het eigen alcoholgebruik. Het is mogelijk dat een respondent die boven de richtlijnen drinkt, wel tevreden is over zijn alcoholgebruik en het niet noodzakelijk acht dit te verbeteren. Met betrekking tot psychische klachten is gekeken naar de Pearson correlatie tussen alcoholgebruik en psychische klachten. Op die manier

kan voorzichtig een voorspelling gedaan worden of er een verbetering is ten opzichte van de voormeting. Tevens is voor de follow-up bekeken hoe de respondenten scoren op depressie, angst en stress. Om te bepalen of er een verschil is tussen het alcoholgebruik, de lichamelijke en psychische klachten en de beoordeling van de gezondheid van de groep terugvallers en niet-terugvallers zijn Independent Samples Tests uitgevoerd. Een significantiewaarde werd als significant beschouwd wanneer het een waarde van $p \leq 0,05$ betrof

Voor het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek zijn de telefonische interviews anoniem uitgeschreven in Microsoft Office Word. Vervolgens werd het stappenplan voor kwalitatieve data-analyse van van Baarda, de Goede en Teunissen (1995) gevolgd om de antwoorden te analyseren. Eerst werd er informatie geselecteerd op relevantie om onbruikbare informatie achterwege te laten. Daarna werd relevante tekst opgesplitst in fragmenten om deze fragmenten vervolgens te labelen. Ten slotte werden de labels geordend en gereduceerd om kernlabels te verkrijgen.

Resultaten

Karakteristieken van de respondenten

Van de 195 respondenten van de follow-up meting, was 51,3% vrouw (n=100) en 48,7% man. 37,4% woonde met partner, 31,3% woonde alleen en 21,5% met partner en kinderen. Met betrekking tot dagbesteding had 59,5% momenteel betaald werk, 25,1% deed vooral aan sport of een hobby en 25,1% had als dagbesteding het huishouden. Wat betreft opleidingsniveau had het grootste deel een HBO opleiding (37,9%), gevolgd door MBO (20,5%) en WO (15,9%) De leeftijd varieerde van 26 tot 75 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 53,17 jaar (tabel 1).

Tabel 1. Karakteristieken van de totale groep respondenten van de follow-up

Variabelen	Respondenten (n=195)			
	n	%		
Geslacht				
<i>Vrouw</i>	100	51,3		
<i>Man</i>	95	48,7		
Woonsituatie				
<i>Met partner</i>	73	37,4		
<i>Alleen</i>	61	31,3		
<i>Met partner en kinderen</i>	42	21,5		
<i>Met kinderen</i>	11	5,6		
<i>Andere woonsituatie</i>	7	3,6		
<i>Met huisgenoot</i>	1	0,5		
Dagbesteding				
<i>Betaald werk</i>	116	59,5		
<i>Sport en hobby</i>	49	25,1		
<i>Huishouding</i>	49	25,1		
<i>Andere dagbesteding</i>	37	19,0		
<i>Vrijwilligerswerk</i>	32	16,4		
<i>Zorg voor kinderen en huishouding</i>	20	10,3		
<i>Geen</i>	12	6,2		
<i>Studeren, school of stage</i>	7	3,6		
Opleidingsniveau				
<i>HBO</i>	74	37,9		
<i>MBO</i>	40	20,5		
<i>WO</i>	31	15,9		
<i>LBO/MAVO</i>	24	12,3		
<i>HAVO/VWO</i>	14	7,2		
<i>Anders</i>	8	4,1		
<i>Basisschool</i>	4	2,1		
Leeftijd	Mean	SD	Min	Max
	53,17	10,52	26	75

Alcoholgebruik

Om te kijken of er een verschil was tussen de gemiddelde hoeveelheid standaardglazen alcohol is gekeken naar de gemiddelde alcoholconsumptie bij de intake, de nameting vlak na de behandeling en de huidige follow-up meting ten minste 3 jaar na de behandeling. Analyse is gedaan voor ex-deelnemers die de behandeling volledig hebben afgerond (tabel 2). Met behulp van een Repeated Measures ANOVA werd significant verschil aangetoond tussen de gemiddelden ($F(1,616) = 102,685, p = 0,000$). De gemiddelde alcoholconsumptie was bij de intake 34,87 standaardglazen alcohol, bij de nameting 10,29 en bij de follow-up 16,12. Ook in figuur 2 is de gemiddelde alcoholconsumptie per meting uiteengezet.

Het gemiddelde bij de intake was 24,59 glazen hoger dan bij de nameting en daarmee was er een significant verschil tussen beide meetmomenten ($p=0,000$). Het gemiddelde was bij de follow-up tevens 18,04 glazen lager dan bij de intake. Ook dit was een significant verschil ($p=0,000$). Het gemiddelde bij de follow-up meting was met 5,83 glazen gestegen ten opzichte van de nameting. Dit was eveneens significant ($p=0,000$).

Om erachter te komen of uitschieters niet zorgen voor het verschil in gemiddelden, is gecorrigeerd voor de uitschieters. Bij de intake werden ex-deelnemers die meer dan 86 standaardglazen alcohol dronken als uitschieters gezien, bij de nameting gold dit bij meer dan 42 glazen en voor de follow-up bij meer dan 76 glazen. Het gemiddelde van de intake werd na correctie voor de uitschieters 33,64, voor de nameting werd het 9,80 en voor de follow-up meting werd het 15,05. Er bleef een significant verschil tussen de gemiddelden aanwezig ($F(1,628)=116,539, p=0,000$). Dit betekent dat ex-deelnemers op de lange termijn gemiddeld minder dronken dan voorafgaand aan de behandeling. Echter dronken ze gemiddeld wel meer dan bij de nameting.

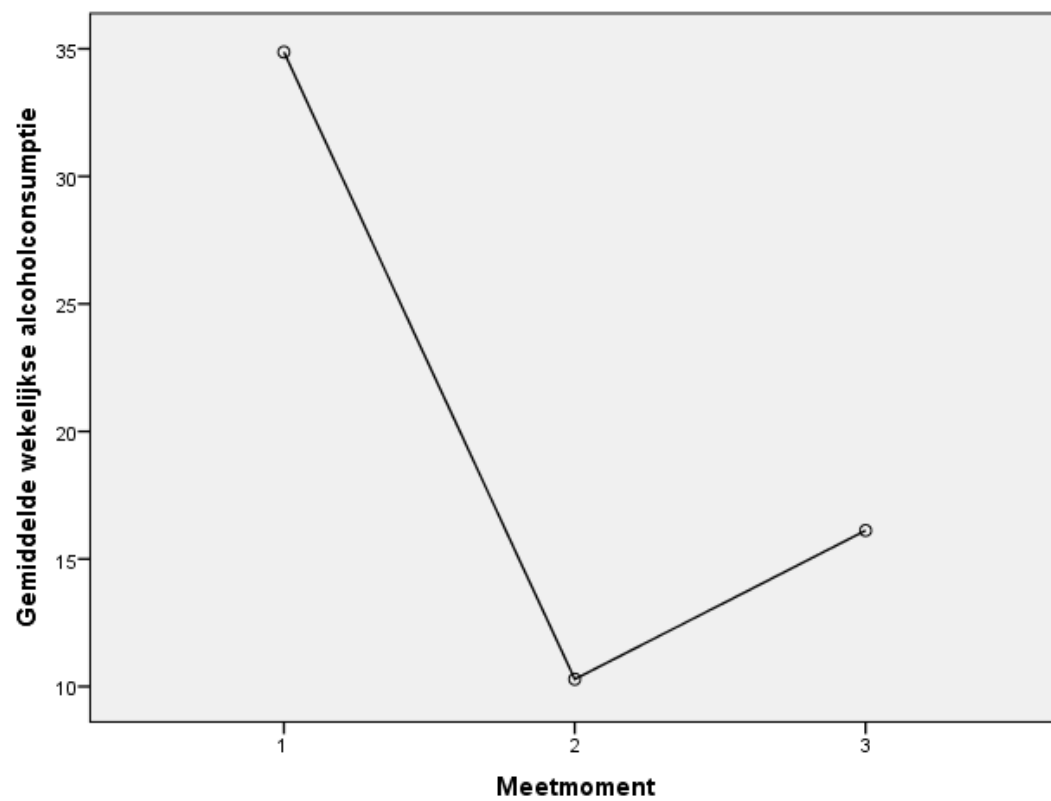
Tabel 2. Gemiddelde alcoholconsumptie per meetmoment

Meetmoment	Respondenten (N=147)		Test resultaten		
	Mean	SD	Df	F	p
Intake	34,87	21,30			
Nameting	10,29	11,30	1,616	102,685	0,000
Follow-up	16,12	18,66			
Intake na correctie voor 6 uitschieters (≥ 87)	33,64	19,95			
Nameting (na correctie voor 2 uitschieters (≥ 42))	9,80	10,56	1,628	116,539	0,000
Follow-up na correctie voor 4 uitschieters (≥ 78)	15,05	18,32			

Tabel 3. Verschil in gemiddelden tussen de meetmomenten

Meetmoment	Meetmoment	Mean difference	p
Intake	Nameting	24,585	0,000
	Follow-up	18,041	0,000
Nameting	Follow-up	-5,830	0,000

Figuur 2. Gemiddelde alcoholconsumptie voor intake, nameting en follow-up



Om de klinische relevantie te bepalen, is gekeken naar de richtlijn voor verantwoord drinken. Hierbij dronk een man verantwoord wanneer hij niet meer dan 21 standaardglazen alcohol consumeerde. Een vrouw dronk verantwoord wanneer zij niet meer dan 14 standaardglazen alcohol consumeerde. Om te bepalen of er een significant verschil was tussen de verschillende meetmomenten met betrekking tot het binnen de richtlijn drinken, is er een Cochran's Q test uitgevoerd voor de ex-deelnemers die de gehele behandeling gevolgd hebben (n=147). Hieruit bleek dat bij de intake 18,4% van de ex-deelnemers (N=27) alcohol consumeerde binnen de richtlijnen en 81,6% (N=120) boven de richtlijn. Bij de nameting vlak na de behandeling dronk 78,9% binnen de richtlijn (N=116) en 21,1% (N=31) boven de richtlijn. Ten slotte dronk bij de follow-up meting 60,5% (N=89) van de ex-deelnemers binnen de richtlijn en 39,5% (N=58) erboven. Er was een significant verschil tussen de meetmomenten $Q(2)=111,554, p=0,000$ (tabel 3).

Tabel 3. Percentage en aantal ex-deelnemers binnen richtlijn van verantwoord drinken

Meetmoment (n=147)	Binnen de richtlijn van verantwoord drinken		Boven de richtlijn van verantwoord drinken		Test resultaten		
	n	%	n	%	Df	Q	p
Intake	27	18,4	120	81,6	2	111,554	0,000
Nameting	116	78,9	31	21,1			
Follow-up	89	60,5	58	39,5			

Om te bepalen of er ook tussen de afzonderlijke meetmomenten een significant verschil was, is een Chi-square test uitgevoerd voor de individuele meetmomenten van de ex-deelnemers. Hieruit blijkt dat ex-deelnemers bij de nameting significant vaker binnen de richtlijnen dronken dan bij de intake ($\chi^2(1)=6,007, p=0,014$). Echter, er was geen significant verschil tussen de ex-deelnemers wanneer gekeken werd naar de follow-up. Ex-deelnemers dronken momenteel niet significant vaker binnen de richtlijnen dan bij de intake ($\chi^2(1)=0,556, p=0,456$). Daarnaast bleek dat er een significante afname was van het aantal ex-deelnemers dat bij de follow-up meting binnen de richtlijnen dronk ten opzichte van de nameting vlak na de behandeling ($\chi^2(1)=5,695, p=0,017$).

Tabel 4. Chi-kwadraat toetsen voor verschil in binnen de richtlijn drinken per meetmoment

Meetmoment	Meetmoment	Df	χ^2	<i>p</i>
Intake	Nameting (n=147)	1	6,007	0,014
	Follow-up (n=195)	1	0,556	0,456
Nameting	Follow-up (n=147)	1	5,695	0,017

Om te kijken of de groep ex-deelnemers die volgens de richtlijn te veel drinkt tevreden is, is gekeken naar de beoordeling van de tevredenheid van het alcoholgebruik van de groep mannen die meer dan 21 standaardglazen dronk en de groep die minder dan 21 glazen dronk. Voor de vrouwen is dit gedaan voor de tevredenheid van het alcoholgebruik van de groep die meer dan 14 standaardglazen dronk en de groep die minder dan 14 glazen dronk. (tabel 5). Het gaat hier om de ex-deelnemers die aangaf nog te drinken, omdat van de groep niet-drinkers niet gevraagd is naar de beoordeling van hun alcoholgebruik. De grootste groep mannen die boven de richtlijn van 21 standaardglazen alcohol dronk bleek ontevreden te zijn (65,5%), waarbij 10,3% tevreden was. De overige groep mannen was noch tevreden, noch ontevreden (24,1%). Ook voor de vrouwen was het zo dat de grootste groep vrouwen die boven de richtlijn van 14 glazen alcohol dronk ontevreden was (56,4) ten opzichte van 19,3% die tevreden waren. De overige groep was noch tevreden, noch ontevreden (29,2%). Voor de groep mannen die onder de richtlijn van 21 standaardglazen alcohol dronk bleek 23,1% ontevreden te zijn, 15,4% noch tevreden, noch ontevreden en 61,5% tevreden. Voor de groep vrouwen die minder dan 14 standaardglazen alcohol dronk, bleek dat 12,5% ontevreden was, 29,2% noch tevreden, noch ontevreden en 58,4% tevreden.

Tabel 5. Beoordeling ex-deelnemers huidige alcoholgebruik mannen en vrouwen.

Beoordeling alcoholgebruik	Mannen				Vrouwen			
	>21 glazen		≤ 21 glazen		>14 glazen		≤ 14 glazen	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zeer ontevreden	7	24,1	0	0,0	19	30,6	1	4,2
Ontevreden	12	41,4	6	23,1	15	25,8	2	8,3
Niet tevreden, niet ontevreden	7	24,1	4	15,4	11	24,2	7	29,2
Tevreden	3	10,3	13	50,0	6	16,1	10	41,7
Zeer tevreden	0	0,0	3	11,5	1	3,2	4	16,7

Effect andere behandelingen

Ondanks dat de behandeling effectief lijkt in het reduceren van de alcoholconsumptie, is het ook mogelijk dat de ex-deelnemers tussen de intake en follow-up nog een andere behandeling hebben gevolgd die voor de reductie van de alcoholconsumptie heeft gezorgd. De groep die wel een andere behandeling heeft gevolgd consumeerde op dit moment gemiddeld 16,07 standaardglazen alcohol en de groep die geen andere behandeling heeft gevolgd gemiddeld 18,87 standaardglazen. Een Repeated Measures ANOVA met andere behandelingen als covariaat toonde een significant effect aan van een andere behandeling op de alcoholconsumptie $F(1,606)=1,285, p=0,009$ (tabel 6).

Tabel 6. Effect andere behandeling op huidige alcoholconsumptie

Variabele	Respondenten (N=195)		Test resultaten		
	Mean	SD	Df	F	p
Andere behandeling					
Wel (n=56)	16,07	30,71	1,606	1,285	0,009
Niet (n=139)	18,87	18,88			

Terugval

Er is gekeken of er een verschil was met betrekking tot de huidige alcoholconsumptie en het welzijn tussen de groep die geen terugval heeft gehad en de groep die wel een terugval heeft gehad (tabel 7). Het bleek dat over het algemeen meer vrouwen dan mannen een terugval hebben gehad, namelijk 72% van de vrouwen en 53,7% van de mannen. Een Chi-kwadraat toets wees uit dat dit verschil significant was ($\chi^2(1)=7,017, p=0,008$). Uit een Independent Samples Test bleek dat de gemiddelde wekelijkse alcoholconsumptie van de groep terugvallers significant afweek van de groep niet-terugvallers $t(188,66)=5,566, p=0,000$. Over het algemeen consumeerden ex-deelnemers die een terugval hebben gehad meer alcohol ($M=23,70$) dan ex-deelnemers die geen terugval hebben gehad ($M=8,44$).

Ook de lichamelijke klachten verschilden significant tussen de twee groepen ($t(192,785)=5,605, p=0,000$). De groep terugvallers had over het algemeen een hogere score op lichamelijke klachten ($M=19,13$) dan de groep die geen terugval heeft gehad ($m=11,24$), wat aangaf dat ze gemiddeld meer lichamelijke klachten hadden.

Voor psychische klachten gold er tevens een significant verschil ($t(187,668)=4,893, p=0,000$). De groep terugvallers had over het algemeen meer psychische klachten ($M=30,39$) dan de groep niet-terugvallers ($M=16,17$).

Ook met betrekking tot de beoordeling van de gezondheid was er een significant verschil tussen de groep terugvallers en de groep die geen terugval heeft gehad ($t(183,38)=-3,666, p=0,000$). Het bleek dat de groep terugvallers over het algemeen een lagere beoordeling gaf van de eigen gezondheid dan de groep die geen terugval heeft gehad.

Tabel 7. Verschil alcoholconsumptie en welzijn op basis van terugval

Variabelen	Wel terugval (n=123)		Niet terugval (n=72)		Test resultaten			
	n	%	n	%	Df	χ^2	p	
Geslacht	Man	51	53,7	44	46,3	1	7,017	0,008
	Vrouw	72	72	28	28			
Gemiddelde wekelijkse alcoholconsumptie	Mean	SD	Mean	SD	Df	T	p	
	23,70	25,53	8,44	12,62	188,66	5,566	0,000	
Lichamelijke klachten(0- 76)	Mean	SD	Mean	SD	Df	T	p	
	19,13	12,26	11,24	7,41	192,79	5,605	0,000	
Psychische klachten (0-126)	Mean	SD	Mean	SD	Df	T	p	
	30,39	23,93	16,17	16,53	187,67	4,893	0,000	
Beoordeling gezondheid (0-100)	Mean	SD	Mean	SD	Df	T	p	
	69,37	18,29	77,74	13,40	183,38	-3,666	0,000	

Verder gaven de terugvallers voornamelijk aan dat ze 2 keer (24,4%), 15 keer of meer (22,0%) of 1 keer (17,1%) een terugval hebben gehad. Momenteel bevonden 55 terugvallers (44,7%) zich in een terugval en 68 terugvallers (55,3%) niet. De duur van een terugval was voor 50 terugvallers (40,7%) gemiddeld meer dan een maand, voor 25 terugvallers (20,3%) één week en voor 19 terugvallers (15,4%) één dag.

De meeste terugvallers vonden het lastig om zichzelf weer te herpakken (59,3%). 43,1% had het gevoel niet aangemoedigd te worden door de omgeving, terwijl 35,7% het gevoel had dat dit wel het geval was. De overige groep terugvallers bleef neutraal. Het grootste deel van de terugvallers had het gevoel dat ze door de terugvallen meer gaan drinken (47,2%). 43,9% gaf aan goed om te kunnen gaan met een terugval, ten opzichte van 29,4% die aangaf dit niet te kunnen. De overige terugvallers bleven neutraal. Het grootste gedeelte (74,8%) ervaart een gevoel van trots nadat ze zichzelf weten te herpakken na een terugval en 69,9% voelt zich sterker. Ten slotte heeft 56,9% het gevoel dat ze te veel terugvallen hebben gehad, ten opzichte van 27,6% die dit gevoel niet heeft. De overige terugvallers zijn neutraal.

Welzijn

Een Repeated Measures ANOVA is uitgevoerd om te kijken of de gemiddelde scores voor lichamelijke gezondheid bij de intake, nameting en follow-up meting significant van elkaar verschilden voor de ex-deelnemers die de behandeling afgemaakt hebben (n=147). Er bleek een significant verschil te zijn tussen de verschillende momenten ($t(194) = 8,260, p = 0,000$). De gemiddelde score is op dit moment lager dan voorafgaand aan de behandeling, namelijk 0,79 ten opzichte van 1,14. Dit verschil is significant ($p=0,000$). Ten opzichte van de nameting is de gemiddelde score nu hoger dan vlak na de behandeling, toen het 0,74 was. Dit verschil is echter niet significant.

Om uit te sluiten dat het verschil in scores tussen de verschillende meetmomenten niet afgeleid is van het verschil in de items per meetmoment, is tevens een Repeated Measures Anova uitgevoerd voor de 11 items die in alle vragenlijsten benoemd werden. Ook hieruit bleek een significant verschil in lichamelijke klachten voor de verschillende meetmomenten ($F(1,810)=54,405, p=0,000$). Uit deze analyse blijkt dat er tussen de intake en nameting een significant verschil bestaat, waarbij de score op lichamelijke klachten 3,714 hoger is bij de intake. Er is ook een significant verschil tussen de intake en nameting, waar de score 3,980 hoger is. Er is geen significant verschil tussen de nameting en follow up. Ex-deelnemers hadden dus op de lange termijn minder klachten dan voorafgaand aan de behandeling.

Tabel 8. Verschil in scores op de drie meetmomenten

	Intake		Nameting		Follow-up		Testresultaten		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Df	T	p
Score lichamelijke klachten alle items meegenomen (0-4).	1,14	0,45	0,75	0,47	0,79	0,56	1,761	66,504	0,000
Lichamelijke klachten voor de 11 items (0-44)	12,05	5,173	8,34	5,331	8,07	6,158	1,810	54,405	0,000
Meetmoment	Meetmoment		Mean difference				p		
Intake	Nameting		3,714				0,000		
	Follow-up		3,980				0,000		
Nameting	Follow-up		0,265				1,000		

Om te bepalen of er een correlatie is tussen alcoholgebruik en lichamelijke klachten bij de follow-up meting (n=195), is de Pearson Correlatie berekend. Het bleek dat er een positieve, maar zwakke correlatie is tussen lichamelijke klachten en alcoholgebruik. De correlatie is wel significant ($r=0,336, p=0,000$). Ex-deelnemers die meer alcohol dronken, ervaarden over het algemeen meer lichamelijke klachten. De meeste (n=103) ex-deelnemers beoordeelden bij de follow-up

hun lichamelijke gezondheid als 'goed', namelijk 52,8%.

Omdat de psychische klachten bij de intake niet gemeten is, is er een analyse gedaan naar de samenhang tussen alcoholconsumptie en de psychische klachten die een ex-deelnemer bij de follow-up meting ervaarde. Hiervoor is er opnieuw gekeken naar de Pearson correlatie. Het blijkt dat er een positieve, maar zwakke correlatie was tussen psychische klachten en alcoholconsumptie, die significant was ($r=0,359$, $p=0,000$). Ook is er gekeken naar de eigen beoordeling van de psychische gezondheid. Over het algemeen gaven ex-deelnemers aan een positief gevoel te hebben over hun psychische gezondheid, namelijk 44,1% ($n=86$). Daarnaast is gekeken naar de scores van de ex-deelnemers op de depressie-, angst- en stressschaal. Hieruit bleek dat het grootste deel van de ex-deelnemers 'normaal' scoorde op de depressieschaal, namelijk 60,5% ($n=118$). Met betrekking tot angst hebben scoorden tevens de meeste ex-deelnemers 'normaal', namelijk 66,7% ($n=130$). Met betrekking tot angst scoorden de ex-deelnemers over het algemeen 'normaal', namelijk 73,8% ($n=144$). Dit betekent dat ex-deelnemers over het algemeen een relatief goede psychische gezondheid hebben op dit moment (tabel 9).

Tabel 9. Lichamelijke en psychische gezondheid

Variabelen		Respondenten (n=195)		Testresultaten			
		N	%	Correlatie alcoholgebruik lichamelijke klachten			
Beoordeling Lichamelijke gezondheid	Zeer slecht	2	1,0	195	0,336	0,000	
	Slecht	25	12,8				
	Neutraal	46	23,6				
	Goed	103	52,8				
	Zeer goed	19	9,7				
Psychische gezondheid	Zeer slecht	4	2,1	195	0,359	0,000	
	Slecht	29	14,9				
	Neutraal	54	27,7				
	Goed	86	44,1				
	Zeer goed	22	11,3				
Subgroepen psychische gezondheid		Depressie		Angst		Stress	
		N	%	N	%	N	%
	Normaal	118	60,5	130	66,7	144	73,8
	Mild	15	7,7	15	7,7	19	9,7
	Matig	34	17,4	30	15,4	18	9,2
	Ernstig	16	8,2	12	6,2	11	5,6
Zeer ernstig	12	6,2	8	4,1	3	1,5	

Kwaliteit van leven

De gezondheid in het algemeen was voor de ex-deelnemers (n=195) gemiddeld 72,46. Verder bleek dat mensen over het algemeen geen moeite hadden met lopen, namelijk 82,1% (n=160). De grootste groep ex-deelnemers had tevens geen problemen om zichzelf te wassen of aan te kleden, namelijk 96,4% (n=188). 80% van ex-deelnemers (n=156) gaf aan geen problemen te hebben met dagelijkse activiteiten en 54,9% had geen pijn of andere klachten. Ten slotte gaf 60,0% (n=117) aan niet angstig of somber te zijn. (tabel 10).

Tabel 10. Kwaliteit van leven

Variabelen		Responenten (n=195)			
Beoordeling gezondheid		Mean	SD	Min	Max
		72,46	17,56	1	100
		N	%		
Mobiliteit (lopen)	Geen problemen	160	82,1		
	Enige problemen	32	16,4		
	Bedlegerig	3	1,5		
Zelfzorg (wassen of aankleden)	Geen problemen	188	96,4		
	Enige problemen	5	2,1		
	Niet in staat	2	1,0		
Dagelijkse activiteiten	Geen problemen	156	80,0		
	Enige problemen	35	17,9		
	Niet in staat	4	2,1		
Pijn of andere klachten	Geen	107	54,9		
	Enige	79	40,5		
	Zeer ernstig	9	4,6		
Angstig of somber	Niet	117	60,0		
	Matig	67	34,4		
	Erg	11	5,6		

Evaluatie internetbehandeling

Om te bekijken hoe de ex-deelnemers terugkijken op de behandeling, zijn een aantal gegevens verzameld.. Het gemiddelde cijfer dat de ex-deelnemers gaven voor de internetbehandeling was een 7,21. De waardering was over het algemeen positief. Het voltooiingspercentage van de internetbehandeling was 79%. De waarschijnlijkheid dat de ex-deelnemer de internetbehandeling aan zou bevelen aan anderen was 7,17, wat aantoont dat het relatief waarschijnlijk is dat ze het aan zouden bevelen. Het percentage dat niet meer drinkt of minder is gaan drinken dan voorafgaand aan de behandeling was 68,2% (tabel 11).

Tabel 11. Evaluatie internetbehandeling

Variabelen	Respondenten (n=195)			
	Mean	SD	Min	Max
Beoordeling internetbehandeling	7,21	1,37	3	10
Waarschijnlijkheid aanbeveling	7,17	2,25	0	10
Waardering:	n	%		
<i>Negatief</i>	6	3,1		
<i>Neutraal</i>	40	20,5		
<i>Positief</i>	110	56,4		
<i>Zeer positief</i>	39	20,0		
Behandeling afgerond	154	79,0		
Ex-deelnemers die niet of minder drinken	133	68,2		

Telefonische interviews

De geïnterviewde deelnemers (n=12) bestonden voor 58,3% uit vrouwen (n=7) en voor 41,7% (n=5) uit mannen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten van het interview was 50 jaar, variërend van 32 tot en met 65 jaar. Onder hen heeft 50% de behandeling voortijdig beëindigd en 50% heeft de behandeling volledig afgerond. 66,7% heeft in de tijd tussen de behandeling en het moment van het interview een terugval gehad en 33,3% niet (tabel 12).

Tabel 12. Gegevens respondenten telefonisch interview

Variabelen	Respondenten (n=12)			
	N	%		
Geslacht	Vrouw	7	58,3	
	Man	5	41,7	
Voltooiing	Niet-afgerond	6	50,0	
	Afgerond	6	50,0	
Terugval	Wel	8	66,7	
	Niet	4	33,3	
Leeftijd	Mean	SD	Min	Max
	50	9,835	32	65

Alcoholconsumptie

Bij de vraag in hoeverre Alcoholdebaas.nl heeft bijgedragen aan de huidige alcoholconsumptie, waren twee respondenten neutraal: *'Het heeft mijn alcoholgebruik noch verbeterd, noch verergerd'*. De andere respondent gaf aan dat het moeilijk te zeggen was, omdat er uiteindelijk een andere richting gekozen werd die succesvol was. Een ander antwoord dat gegeven werd was dat het inzicht geboden heeft (n=2). Ten derde werd er gezegd dat het voor gedragsverandering zorgde, waardoor er beter controle was over het alcoholgebruik (n=1). Een ander antwoord dat gegeven werd was de erkenning van het probleem (n=1). Ten slotte werd er gezegd dat het geen bijdrage heeft geleverd aan de huidige alcoholconsumptie (n=2).

Als reden voor de tevredenheid of ontevredenheid van het huidige alcoholgebruik werd 'beheersing' meermaals genoemd (n=2): *'Ik kan de stem in mijn hoofd beheersen', 'Ik heb de controle'*. Ten tweede werden de sociale kringen genoemd (n=2). Hieronder valt dat het alcoholgebruik ervoor zorgt dat de respondent niet meer volledig kan participeren in sociale kringen: *'Het zet mij sociaal buitenspel'*. Hieronder valt ook dat alcoholgebruik invloed heeft op partner en kinderen en dat dat voor een vervelend gevoel zorgt. Ten derde werd de blijvende drang naar alcohol genoemd (n=1): *'De drang blijft bestaan als je er vatbaar voor bent'*. Als vierde reden voor tevredenheid werd genoemd dat de respondent binnen de richtlijnen drinkt (n=1).

Bij de vraag of er nog behoefte was aan ondersteuning gaven tien respondenten aan geen behoefte meer te hebben aan ondersteuning en twee wel. Van de respondenten die aangaven wel behoefte te hebben, gaf één van hen aan dat ze geen instituut te hebben om naartoe te gaan, omdat er weinig voorzieningen voor verslaving zijn in het dorp. Een ander gaf aan behoefte te hebben aan ondersteuning via een hulpvelener, maar hier nog niet aan toe te zijn. Van de respondenten die aangaven geen behoefte meer te hebben, waren de redenen dat ze het zelf uit konden vechten, dat sociale steun van partner of lotgenoten hen voldoende hielp of dat ze al heel lang gestopt waren met drinken (tabel 13).

Tabel 13. Alcoholconsumptie

	Variabele	Kernthema	n	
Alcoholconsumptie	Hoeverre ADB bijgedragen	Neutraal	2	
		Inzicht	2	
		Geen bijdrage	2	
		Gedragsverandering	1	
		Erkenning	1	
	Reden (on)tevredenheid huidige alcoholgebruik	Beheersing	Beheersing	2
			Sociale kringen	2
			Blijvende drang	1
			Drink volgens richtlijnen	1
	Behoeftte aan ondersteuning	Nee	Nee	10
			Ja	2

Terugval

Een aantal respondenten (N=3) gaf aan dat een terugval erbij hoort en dat het een stap in het proces is. Er was volgens hen geen specifieke reden voor de terugval. *'Ik werd juist geconfronteerd met het probleem, wat voor mij positief werkte'*. Daarnaast werd aangegeven (N=2) dat het vooral in sociale kringen moeilijk was om alcohol te weerstaan, bijvoorbeeld door sociale druk. Een respondent gaf aan dat het voor frustratie zorgde dat er niet meegedaan kan worden in sociale kringen: *'Je valt er een beetje buiten, dus probeer je toch af en toe weer te drinken'*. Het aangeboden krijgen van een drankje zorgde tevens voor een terugval. Ook spanning (n=2) zorgde voor een terugval. Een andere respondent werd ziek door het niet drinken en onverwerkte emoties (n=1) kwamen naar boven. Om die reden is de respondent weer begonnen met drinken. Er werd tevens aangegeven dat eenzaamheid voor een terugval zorgde: *'Ik drink eigenlijk alleen wanneer ik alleen ben'*. Ten slotte werd drang als reden gegeven voor een terugval (n=1).

Op de vraag hoe respondenten zich wisten te herpakken werd onder meer eigen wilskracht genoemd (n=3). *'Je bent bewust dat je dit niet wilt en voelt je slecht. Dan pak ik mezelf weer op en begin ik opnieuw'*. Een ander gaf aan dat het een kwestie was van leren vertrouwen op jezelf en je anders leren te ontspannen. Ten tweede werd de omgeving als factor genoemd voor het herpakken na een terugval (n=2). Partner en kinderen gaven bij een respondent steun, waarbij de andere respondent de vriendinnen noemde als voornaamste bron van steun. Ten slotte werden het leren omgaan met de verslaving genoemd als reden voor het herpakken (n=1) en de hulp van een hulpverlener toen de respondent ziek werd. (n=1)

De respondenten die geen terugval hebben gehad gaven als voornaamste reden de eigen wilskracht (n=3): *'Ik heb meer zelfvertrouwen en sta sterker in mijn schoenen'*. Ook het kennen van valkuilen werd als reden genoemd: *'De wilskracht in combinatie met hetgene dat ik geleerd heb over de valkuilen zorgen voor controle over mijn alcoholgebruik'* (tabel 14).

Tabel 14. Terugval

	Variabele	Kernthema	N
Terugval	Reden terugval	Stap in het proces	3
		Spanning	2
		Sociale druk	2
		Onverwerkte emoties	1
		Eenzaamheid	1
		Drang	1
		Herpakken na een terugval	Eigen wilskracht
	Omgeving		2
	Leren omgaan met verslaving		1
	Hulpverlening		1
	Behoud controle alcoholgebruik	Eigen wilskracht	3
		Kennen van valkuilen	1

Kwaliteit van leven

De huidige kwaliteit van leven werd door velen als erg goed beschouwd. De gemiddelde score die de respondenten tijdens het interview gaven op een schaal van 1 - 10 was een 7,54. Van de respondenten gaven negen mensen aan dat lichamelijke en psychische klachten invloed hebben op de kwaliteit van leven. Een aantal respondenten ondervond de invloed van de klachten vooral op sociaal gebied: *'Je wordt erop aangekeken alsof het een keuze is, ze vermijden je'*. Een andere genoemde situatie op sociaal gebied was in werksituatie (n=2). Een aantal respondenten gaf aan dat de klachten invloed hadden op psychisch gebied (n=4). Depressie en down voelen zorgt voor een lagere kwaliteit van leven. Ook angst voor angstaanvallen zorgen voor een psychisch probleem. Ten slotte hadden klachten voor een aantal respondenten ook invloed op lichamenlijk gebied (n=2). Twee respondenten hadden niet het gevoel dat de klachten invloed hadden op hun kwaliteit van leven (tabel 15).

Tabel 15. Kwaliteit van leven

	Variabele	Kernthema	n		
Kwaliteit van leven	Klachten invloed op kwaliteit van leven	Sociaal	4		
		Psychisch	4		
		Lichamenlijk	2		
		Niet	2		
		Mean	SD	Min	Max
	Beoordeling kwaliteit van leven (1-10)	7,54	1,32	4	9

Evaluatie van de internetbehandeling

Respondenten van het telefonische interview gaven aan baat te hebben gehad bij de behandeling (n=10). Zo werd er gezegd dat de internetbehandeling voor inzicht heeft gezorgd in het alcoholgebruik (n=5). Met inzicht wordt bedoeld dat geleerd wordt bewust om te gaan met het alcoholgebruik, de erkenning van het alcoholprobleem en het doen inzien van het probleem. Daarnaast wordt het als eerste stap gezien (n=4): *'Het was onderdeel van mijn zoektocht. De combinatie van alles hielp mij om mijn alcoholgebruik onder controle te houden'*. Een ander zag het als hulpmiddel, maar was inmiddels al verder. Om die reden was het ook een eerste stap in de goede richting. Weer een ander gaf aan dat het een aanzet was om het probleem te erkennen. Ook werd er gezegd dat de behandeling ervoor gezorgd heeft dat ze erover konden praten en daardoor verder konden met het oplossen van het probleem. Tevens heeft de behandeling er aan bijgedragen dat er geen zucht meer was (n=1). *'Ik heb het bewust gekozen, eerst stoppen en dan minderen. Die drang om te drinken is weg, waardoor ik nu bewust kan kiezen om niet te drinken'*. Vervolgens was er nog een respondent die vooral geleerd had om afleiding te zoeken op moeilijke momenten. Ook werd er aangegeven dat er geen baat meer was van deelname (n=2).

Een verbeterpunt van de behandeling was meer persoonlijke begeleiding (n=4): *'Iedere dag een motiverend mailtje zou goed zijn, zodat je gestimuleerd blijft'* en *'wekelijks iemand aan de lijn die vraagt hoe het gaat'* waren twee citaten over deze persoonlijke begeleiding. Daarnaast valt onder persoonlijke begeleiding ook face-to-face contact waarbij de

deelnemer beter bepaalde situaties kan uitleggen. Ten slotte wordt met persoonlijke begeleiding ook de interactie met de hulpverlener genoemd: *'Het blijft internet, een machine waar je tegen praat'*. Ten tweede werd de inzet van ervaringsdeskundigen genoemd (n=2). De respondenten hadden het gevoel dat de hulpverleners niet echt ervaring hadden met de problematiek. Ten derde werd de flexibiliteit van de behandeling genoemd (n=2). Hieronder valt dat de respondenten door zou moeten kunnen klikken als hij verder zou willen, omdat er veel herhaling is. Ook zou het meer op de persoon gericht moeten zijn, omdat het voor iedereen anders is en ieder een ander soort tempo wil aanhouden. Het vierde genoemde verbeterpunt was aandacht voor onderliggende factoren voor de alcoholproblematiek (n=1). Hier was voornamelijk geen aandacht voor, terwijl er wel een relatie is. Verder werd er genoemd dat er meer aandacht zou moeten komen voor verslavingsmechanismen (n=1): *'Het is een stof die je vasthoudt in je hoofd'*. Ten slotte werd er aangegeven dat het te weinig confronterend was (n=1). Voor deze respondent was het te lief en te vrijblijvend. Er zou inzicht moeten komen in wat alcoholconsumptie voor effect heeft op de respondent en de omgeving.

Als compliment werd onder meer de professionaliteit genoemd (n=4). Hieronder valt het contact met de hulpverlener, de snelle reacties van de hulpverlener, het nakomen van de afspraken. Het was vriendelijk, er was een juiste toon en de hulpverleners waren kundig en integer en veroordeelden niet. Ten tweede was de inhoud van de behandeling een positief punt (n=3). Hieronder valt het forum, de duidelijkheid van de standpunten, alternatieven voor drank in plaatjes uitgedrukt krijgen, zodat duidelijk wordt dat je ook andere opties hebt dan alcohol. Ten derde werd de toegankelijkheid genoemd (n=3). Hieronder valt dat het benaderbaar is. *'Het was makkelijk doordat er geen persoonlijk contact is'*. Ten vierde werd de gebruikersvriendelijkheid genoemd (n=2): *'Het zag er ICT technisch goed uit en is erg gebruikersvriendelijk'*. Ook de laagdrempeligheid werd genoemd (n=1). Ten slotte werd genoemd dat het confronterend is: *'Er wordt een spiegel voorgehouden'* (tabel 16)

Tabel 16. Evaluatie internetbehandeling

	Variabele	Kernthema	N
Evaluatie internetbehandeling	Baat bij deelname	Inzicht	5
		Eerste stap	4
		Geen baat	2
		Geen drang meer	1
		Afleiding zoeken	1
	Verbeterpunt behandeling	Persoonlijke begeleiding	4
		Ervaringsdeskundigen	2
		Geen	2
		Flexibiliteit	2
		Onderliggende oorzaken	1
		Inzicht verslavings-mechanismen	1
		Te weinig confronterend	1
	Complimenten behandeling	Professionaliteit	4
		Inhoud	3
		Toegankelijkheid	3
		Gebruikersvriendelijk	2
		Laagdrempelig	2
		Confronterend	1
		Geen	1

Discussie

Belangrijkste bevindingen

Alcoholgebruik

Ex-deelnemers van de behandeling alcoholdebaas.nl zijn op de lange termijn gemiddeld minder alcohol gaan consumeren, maar zijn wel weer meer gaan drinken dan vlak na de behandeling. Een review naar de effectiviteit van web-based behandelingen toont aan dat een aantal web-based behandelingen effectief was, maar ook een aantal niet (Bewick et al, 2008). Dit is echter allemaal op relatief korte termijn gemeten en onder de web-based behandelingen waren ook een aantal zelfhulp behandelingen. De positieve bevindingen van deze behandeling zouden mogelijk verklaard kunnen worden doordat er een therapeut een actieve rol speelt in de behandeling. Spek et al. (2007) toonden namelijk aan dat actieve therapeutische betrokkenheid voor positieve resultaten zorgde. Uit eerder onderzoek van Koski-Jännes, Cunningham en Tolonen (2008) naar een online zelfhulpbehandeling voor alcoholproblemen bleek dat er een opmerkelijke daling van alcoholconsumptie was gedurende de eerste drie maanden na de behandeling. Dit bleef stabiel over zes maanden tijd, maar 12 maanden na de behandeling was er weer een lichte stijging van alcoholgebruik. Dit komt overeen met de gevonden resultaten uit dit onderzoek.

Terugval

Het is gebleken dat ex-deelnemers die een terugval hebben gehad over het algemeen meer drinken dan ex-deelnemers die geen terugval hebben gehad. Daarnaast hebben ex-deelnemers die een terugval hebben gehad over het algemeen meer psychische en lichamelijke klachten en beoordelen ze hun eigen gezondheid als slechter dan de groep die geen terugval heeft gehad. Dit lijkt overeen te komen met een eerdere studie, waaruit bleek dat mensen die een terugval hebben gehad vaak meer last hadden van onder meer depressies en angstklachten (Marlatt, 1996). Uit een andere studie bleek dat de kwaliteit van leven van mensen die geen terugval gehad hebben en veel zijn gaan drinken significant hoger was dan mensen die wel een terugval hebben gehad. Hierbij is voornamelijk gekeken naar het functioneren en psychisch welzijn (Foster, Marshall & Peters, 2000). Dit komt overeen met de resultaten uit dit onderzoek. Uit dit onderzoek bleek dat meer vrouwen dan mannen een terugval hebben gehad. Twee onderzoeken toonden geen verschil aan tussen geslacht in het wel of niet hebben gehad van een terugval (Zywiak et al., 2006; Walitzer & Dearing, 2006). Reden voor het verschil in het wel of niet hebben gehad van een terugval tussen mannen en vrouwen is vooralsnog onduidelijk.

Welzijn

Ex-deelnemers beoordelen hun gezondheid over het algemeen als positief. Dit geldt voor zowel lichamelijke als psychische gezondheid. De lichamelijke klachten zijn ten opzichte van de intake ook afgenomen. Ook de kwaliteit van leven is over het algemeen goed. De meeste ex-deelnemers scoren op depressie, angst en stress binnen de normaal-range. Dit betekent dat ex-deelnemers momenteel een goede gezondheid hebben. De lichamelijke klachten zijn afgenomen ten opzichte van de intake, wat erop wijst dat de behandeling en alcoholreductie hieraan heeft bijgedragen. Voor de psychische

klachten geldt dat het mogelijk is dat ex-deelnemers zich beter voelen door de behandeling. Vooral nog is dit niet met zekerheid te zeggen, omdat dit niet direct gemeten is.

Evaluatie internetbehandeling

De ex-deelnemers geven aan de behandeling over het algemeen als positief te hebben ervaren, waarbij aangegeven wordt dat de behandeling zorgt voor inzicht in het drinkgedrag en het een aanzet is geweest om het alcoholprobleem aan te pakken. De tevredenheid van de behandeling komt overeen met de pilotstudie die gedaan is voor Alcoholdebaas.nl (Postel, De Haan & De Jong, 2010). Hieruit bleek dat deelnemers over het algemeen tevreden waren over de behandeling.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Vooral nog is er weinig onderzoek gedaan naar de langetermijneffecten van een internetbehandeling. De meeste onderzoeken zijn gedaan op korte termijn of gericht op zelfhulp behandelingen waarbij er geen actieve therapeutische betrokkenheid was. Dit onderzoek meet de langetermijneffecten wel en vergelijkt tevens met zowel de meting bij de intake als de nameting vlak na de behandeling. Op die manier kan een goed beeld geschetst worden van het effect van de behandeling.

Een ander positief punt is dat er naast kwantitatief onderzoek ook kwalitatief onderzoek in de vorm van telefonische interviews is gedaan. Respondenten worden niet beperkt in hun antwoordmogelijkheden en kunnen vrijuit praten over hun ervaringen en hun huidige situatie met betrekking tot alcohol. Uit onderzoek van Kelle (2006) blijkt dat de combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek voordelig is, omdat kwalitatieve interviews ondersteunend zijn voor kwantitatieve data en omdat het voor een completer beeld zorgt.

Nog een positief punt van het onderzoek is de vrijwel gelijke verdeling tussen mannen en vrouwen. Op die manier werd een mogelijk verschil in geslacht niet een factor die de resultaten in twijfel konden trekken. Het aantal respondenten van dit onderzoek was tevens relatief groot. Er was een grote non-respons verwacht, omdat er een relatief lange tijd tussen de voor en nameting zat. Ondanks dat de respons niet hoog was, gezien het grootste gedeelte niet reageerde, was dit toch meer dan verwacht. Mogelijke reden voor dit hogere dan verwachte aantal, zou kunnen zijn dat ex-deelnemers sterk betrokken zijn bij de verbetering van de behandeling en graag willen praten over hun alcoholprobleem of hoe ze er vanaf zijn gekomen. Dit wordt ook duidelijk doordat bijna de helft van de respondenten een telefonisch interview had gewild en dat mensen zelfs na een week nog de vragenlijst invulden.

Een ander positief punt is dat het erop lijkt dat de respondenten de vragenlijst zorgvuldig hebben ingevuld. Dit is te zien aan de hoeveelheid tijd die besteed werd aan het invullen van de vragenlijst. Dit was over het algemeen tussen de 15 tot 25 minuten. Daarnaast is er, voor zover bekend, geen onderzoek gedaan naar de verschillen tussen terugvallers en niet-terugvallers op gebied van de genoemde uitkomstmaten bij online behandelingen voor alcohol. Dit inzicht kan er mogelijk voor zorgen dat er meer focus komt te liggen op terugval met betrekking tot alcoholverslaving, zodat manieren gevonden

zouden kunnen worden om een terugval te voorkomen of manieren om weer uit een terugval te komen.

Een zwak punt was dat bij de intake en nameting de DASS-21 en Euroqol niet gevraagd zijn. Om die reden kon geen vergelijking gemaakt worden tussen voor- en nameting, waardoor enkel een beeld gegeven kon worden van de huidige klachten en het welzijn. Wel kon een vergelijking gemaakt worden met de psychische klachten van ex-deelnemers die veel alcohol consumeerden en zij die weinig alcohol consumeerden. Op die manier kon enkel een voorzichtige voorspelling gedaan worden.

De EQ-VAS werd meermaals verkeerd ingevuld, doordat respondenten een cijfer tussen 1 en 10 gaven, in plaats van 1 en 100. Bij de scores die tussen 2 en 10 lagen is gekeken naar de antwoorden die gegeven waren op de vragen: 'Ik vind mijn lichamelijke/psychische gezondheid..'. Indien hieruit bleek dat de respondenten een algemene goede gezondheid hadden is hierop gecorrigeerd door het cijfer met 10 te vermenigvuldigen. Uit het eerdere pilot onderzoek voor Alcoholdebaas.nl (Postel, De Haan, De Jong, 2010) is dit echter nagevraagd aan de deelnemers. Hieruit bleek dat de respondenten het gecorrigeerde aantal bedoelden. Om die reden kan aangenomen worden dat de gecorrigeerde aantallen juist zijn. Dit zou voorkomen kunnen worden door een andere survey-tool te gebruiken waarbij er daadwerkelijk een schuifbalk gebruikt kan worden. SurveyMonkey bood deze optie niet aan, waardoor enkel een plaatje getoond kon worden van de schuifbalk.

Verder is het mogelijk dat er een bias is tussen de groep die niet reageerde en de groep die wel reageerde op de e-mailuitnodiging. Uit onderzoek van Zhao, Stockwell en Macdonald (2009) bleek dat er mogelijk verschil zit tussen de non-respons groep en respons groep bij alcohol en drugs surveys, waardoor een vertekend beeld kan ontstaan. Het is mogelijk dat de groep die niet reageerde meer alcohol consumeert dan de groep die wel reageerde. Tevens bestaat de grootste groep in dit onderzoek uit ex-deelnemers die de hele behandeling gevolgd heeft. Het is mogelijk dat de groep die voortijdig uitvalt een ander beeld heeft over de behandeling en minder positieve resultaten heeft met betrekking tot alcoholconsumptie en welzijn.

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor de praktijk

Uit de resultaten blijkt dat de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl op lange termijn effectief is met betrekking tot alcoholconsumptie en de afname van de klachten. De behandeling wordt daarnaast over het algemeen als positief ervaren. Om die redenen is voortzetting van de behandeling en onderzoek hiernaar van belang. De behandeling biedt een goed alternatief voor mensen met een alcoholprobleem of kan gezien worden als ondersteuning bij een traditionele behandeling. Ondanks dat de online behandeling als positief wordt ervaren, wordt er wel aangegeven dat de ex-deelnemers face-to-face contact missen. Een mogelijkheid hiervoor zou kunnen zijn om, indien gewenst, af en toe skype-gesprekken te voeren om de progressie te bespreken. Op die manier blijft de basis van een online behandeling aanwezig, maar wordt de behandeling toch persoonlijker. Ook de inzet van een ervaringsdeskundige werd door de ex-deelnemers veel aanbevolen en als gewenst geacht. Deze ervaringsdeskundigen zouden zich beter in kunnen leven en een positieve stimulans zijn als blijkt dat zij de

strijd tegen alcohol al gewonnen of grotendeels gewonnen hebben.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In de intake zouden psychisch welzijn en kwaliteit van leven ook gemeten moeten worden. Op die manier kan in onderzoek een vergelijking gemaakt worden. Tevens zou het goed zijn om kwaliteit van leven te meten met een vragenlijst gericht op alcoholverslaving. Een voorbeeld van zo'n vragenlijst is de AIQol-9, die afgeleid is van de SF-36. Deze vragenlijst blijkt een valide en betrouwbaar instrument om kwaliteit van leven binnen de verslavingszorg te meten (Zubaran et al, 2014; Malet, Llorca, Beringuier, Lehert & Falissard, 2006). Daarnaast zou het voor vervolgonderzoek goed zijn meer in te gaan op onderliggende factoren van alcoholconsumptie. Indien inzicht wordt verkregen in deze factoren kan de effectiviteit van de behandeling mogelijk nog meer verbeterd worden.

Ten slotte is het aan te bevelen meer kwalitatief onderzoek te doen om meer verhalen van (ex-)deelnemers over de behandeling te horen, zodat een beter beeld verkregen kan worden van de effectiviteit van de behandeling. De interviews gaven een verdiepend beeld van de manier waarop de deelnemer tegen de behandeling en hun eigen alcoholgebruik en welzijn aankeek. Mogelijk zou een enkel kwalitatief onderzoek met veel diepte-interviews een nog beter beeld geven van de ervaring van (ex-)deelnemers. Ook zou een kwalitatief onderzoek specifiek gericht op terugval binnen alcoholverslaving inzicht kunnen bieden in de redenen voor een terugval. Omdat blijkt dat terugval voorspellend blijkt te zijn voor alcoholconsumptie, lichamelijke en psychische klachten en algehele gezondheid, is het belangrijk dat hier meer inzicht in verkregen wordt.

Conclusie

De onderzoeksvraag was in hoeverre internetbehandeling Alcoholdebaas.nl effectief is op de lange termijn. Uit de resultaten blijkt dat de behandeling een positief effect heeft op de reductie van alcoholconsumptie. Ondanks dat de gemiddelde alcoholconsumptie ten opzichte van de nameting weer wat gestegen is, blijft er een significant verschil aanwezig ten opzichte van de intake. Er werd, ondanks dat ex-deelnemers minder alcohol consumeerden, geen significant verschil gevonden in het binnen de richtlijnen drinken tussen de intake en de follow-up meting, hoewel er wel een verschil was tussen de intake en nameting. Dit betekent dat op lange termijn weer meer mensen boven de richtlijn gaan drinken.

Verder blijkt dat terugval een voorspeller is van alcoholgebruik, lichamelijke en psychische klachten en de beoordeling van de gezondheid. Terugvallers ervaren meer klachten en hebben over het algemeen een hogere alcoholconsumptie. Eigen wilskracht en steun van de omgeving is vaak een manier om uit een terugval te komen.

De lichamelijke klachten zijn significant afgenomen ten opzichte van de intake. Door de correlatie van psychische klachten met alcoholconsumptie, is te verwachten dat ook de psychische klachten zijn afgenomen. Dit is echter vooralsnog enkel een voorspelling en kan niet met zekerheid gezegd worden. De ex-deelnemers geven aan dat hun kwaliteit van leven over het algemeen op dit moment goed is. Ten slotte wordt de internetbehandeling positief gewaardeerd: ex-deelnemers hebben inzicht verkregen en zijn bewust geworden van hun drinkgedrag.

Referentielijst

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th edition, text revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andréasson, S. , Danielsson, A.-K., & Wallhed-Finn, S. (2013). Preferences regarding treatment for alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 48(6), 694-699.

Baarda, D.B, De Goede, M.P.M , & Teunissen, J. (1995). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.

Bewick, B.M., Trusler, K., Barkham, M., Hill, A.J., Cahill, J., & Mulhern, B. (2008). The effectiveness of web-based interventions designed to decrease alcohol consumption - A systematic review. *Preventive medicine*, 47(1), 17-26.

Blankers, M., Donker, T. & Riper, H. (2013). E-mental Health in Nederland: wetenschappelijke evidentie en uitdagingen voor de praktijk. *De Psycholoog*, 48(9), 12 - 23.

Blankers, M., Koeter, M.W., & Schippers, G.M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 330 - 341.

Blankers, M., Koeter, M. W. J. & Schippers, G. M. (2011). Internet Therapy versus Internet Self-Help versus No Treatment for Problematic Alcohol Use: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 330-341.

Cunningham, J.A., Wild, T.C., Cordingley, J., van Mierlo, T., & Humphreys, K (2010). Twelve-Month Follow-up Results from a Randomized Controlled Trial of a Brief Personalized Feedback Intervention for Problem Drinkers. *Alcohol and Alcoholism*, 45(3), 258 - 262.

De Beurs, E., van Dyck, R., Marquenie, L. A., Lange, A., & Blonk, R. W. B. (2001). De DASS: Een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 34, 35-53.

Dimeff, L. A., & Marlatt, G. A. (1995). Relapse prevention. In R. K. Hester, & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches*, (second edition) Boston, MA: Allyn & Bacon.

Evren, C., Cetin, R., Durkaya, M., & Dalbudak, E. (2010). Clinical factors associated with relapse in male alcohol dependents during six-month follow-up. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 20(1), 14 - 22.

Gezondheidsraad: *Richtlijnen voor gezonde voeding 2006 (Guidelines for healthy nutrition 2006)*. Den Haag, the Netherlands: Gezondheidsraad (Dutch National Health Council); 2006.

Foster, J.H., Marshall, E.J., & Peters, T.J. (2000). Application of a Quality of Life Measure, the Life Situation Survey (LSS), to Alcohol-Dependent Subjects in Relapse and Remission. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(11), 1687- 1692.

Keizer, H., Postel, M., Westendorp, H., & Brenninkmeijer, M. (2007). Ontwikkeling Alcoholdebaas.nl internetbehandeling. Amersfoort: GGZ Nederland, Resultaten Scoren.

Kelle, U. (2006). Combining qualitative and quantitative methods in research practice: Purposes and advantages. *Qualitative Research in Psychology*. 3(4), 293 - 311.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organisation*, 82(11), 858–866.

Koski-Jännes, A., Cunningham, J., & Tolonen, K. (2009). Self-assessment of drinking on the Internet--3-, 6- and 12-month follow-ups. *Alcohol Alcohol*, 44(3), 301 - 305.

Lai, H.M.X., Sitharthan, T., Huang, Q.R. (2012). Exploration of the comorbidity of alcohol use disorders and mental health disorders among inpatients presenting to all hospitals in New South Wales, Australia. *Substance abuse*, 33(2), 138 - 145.

Marrero, C.A., Robles, R.R., Colón, H.M., Reyes, J.C., Matos, T.D., Sahai, H. & Calderón, J.M. (2005). Factors associated with drug treatment dropout among injection drug users in Puerto Rico. *Addictive Behaviors*, 30(2), 397 - 402.

Malet, L., Llorca, P.M., Beringuier, B., Lehert, P., & Falissard, B. (2006). AIQoL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. *Alcohol Alcohol*. 41(2), 181 - 187.

Marlatt, G.A. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-

behavioral model, *Addiction*, 91, 37-49.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P. et al. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93 1857–1867.

McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., & Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 31(3), 450–460.

Portnoy, D.B., Scott-Sheldon, L.A.J., Johnson, B.T., & Carey, M.P. (2008). Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: a meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988–2007. *Preventive Medicine*, 47(1), 3- 16.

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 Haan, H.A., & De Jong, C.A. (2010), Evaluation of an e-therapy program for problem drinkers: A pilot study. *Substance Use and Misuse*, 45(12), 2059 - 2075.

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), 68.

Postel, M. G., de Jong, C. A. J., & de Haan, H. A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations?. *The American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2393.

Postel, M.G., ter Huurne, E.D., de Haan, H.A., van der Palen, J., & de Jong, C.A.J. (2014). A 9-Month Follow-up of Web-based Treatment for Problem Drinkers (niet gepubliceerd). Tactus Verslavingszorg, Enschede.

Ransdell, L. B. & Wells, C. L. (1998) Physical activity in urban white, African-American, and Mexican-American women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30, 1608–1615.

Roehrs, T.,& Roth, T. (2008). Sleep, alcohol and quality of life. *Sleep and Quality of Life in Clinical Medicine*, 333 - 339.

Ross, H. E. (1995) DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric co-morbidity in Ontario: results from the mental health supplement to the Ontario Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 111–128.

Ross, H., Rehm, J. & Walsh, G. (1997) Patterns of alcohol consumption and psychiatric disorders among Ontario adults. *Contemporary Drug Problems*, 24, 533–556.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. 37(3),319 - 328.

Tuithof, M., Ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh, W., & de Graaf, R. (2014). Alcohol consumption and symptoms as predictors for relapse of DSM-5 alcohol use disorder. *Drug Alcohol Dependence*, Elsevier.

Van Der Zanden, B.P. , Dijkgraaf, M.G.W., Blanken, P., De Borgie, C.A.J.M., Van Ree, J.M., & Van Den Brink, W. (2006). Validity of the EQ-5D as a generic health outcome instrument in a heroin-dependent population. *Drug and Alcohol Dependence*. 82(2). 111 - 118.

Van Laar, M. W., Cruts, A. A. N., Verdurmen, J. E. E., Van Ooyen-Houben, M. M. J., & Meijer, R. F. (2007). *Annual report NDM 2006: Netherlands National Drug Monitor*. Utrecht, The Netherlands: Trimbos Institute.

Walitzer, K.S., & Dearing, R.L., Gender differences in alcohol and substance use relapse (Review), *Clinical psychology Review*, 26(2), 128 - 148.

Weisner, C., Ray, G.T., Mertens, J.R., Satre, D.D., & Moore, C. (2003). Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug and alcohol dependence*, 74(3), 281–294.

WHO (2011). *Global status report on alcohol and health*. WHO: Geneva.

White, C. C., Powell, K. E., Hogelin, G. C., Gentry, E. M. & Forman, M. R. (1987) The behavioral risk factor surveys: the descriptive epidemiology of exercise. *American Journal of Preventive Medicine*, 3, 304–310.

Yusoff, M.S.B. (2013). Psychometric Properties of the Depression Anxiety Stress Scale in a Sample of Medical Degree Applicants. *International Medical Journal*, 20(3), 295 - 300.

Zhao, J., Stockwell, T., & Macdonald, S. (2009). Non-response bias in alcohol and drug population surveys. *Drug and Alcohol Review*. 28(6), 648 - 657.

Zubaran, C., Zolfaghari, E., Foresti, K., Emerson, J., Sud, R., & Surjadi, J. (2014). A validation study of the English version of the AIQol 9 to measure quality of life. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(2), 131 - 136.

Zywiak, W.H., Stout, R.L., Trefry, W.B., Glasser, I., Connors, G.J., Maisto, S.A., & Westerberg, V.S. (2006). Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(4), 349 - 354.

Bijlage A: online vragenlijst

Onderdeel A: Persoonlijke gegevens

Er volgt eerst een aantal vragen over uw persoonlijke gegevens.

1. Wat is uw leeftijd?

Jaar: _____

2. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

3. Hoe is uw woonsituatie?

- Ik woon alleen
- Ik woon samen met een partner
- Ik woon samen met een partner en kind(eren)
- Ik woon met kinderen
- Ik woon bij mijn ouders
- Ik woon met een huisgenoot
- Anders, namelijk: _____

4. Wat is over het algemeen uw dagbesteding? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- Betaald werk
- Vrijwilligerswerk
- Studerend, school of stage
- Huishouding
- Zorg voor kinderen en huishouding
- Sport en hobby
- Geen
- Anders, namelijk: _____

Onderdeel B: Uw mening over de internetbehandeling

Er volgt nu een aantal vragen over de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl. We willen graag weten hoe u erop terugkijkt en of u op dit moment nog profijt heeft van uw deelname.

5. Hoe heeft u uw deelname aan de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl ervaren?

- Zeer negatief
- Negatief
- Neutraal
- Positief
- Zeer positief

6. Welk rapportcijfer geeft u de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl? Geef een cijfer van 1 t/m 10.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

7. In hoeverre heeft u de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl doorlopen?

- Ik heb de behandeling volledig afgerond (deel 1 en deel 2)
- Ik heb de behandeling voortijdig beëindigd

8. Heeft u na deelname aan de internetbehandeling gebruik gemaakt van de nazorgcontacten?

- Ja
- Nee

9. Van welke aspecten uit de internetbehandeling heeft u op dit moment nog profijt? Klik aan wat van toepassing is (Meerdere antwoorden mogelijk).

- Informatie van de website
- Adviezen hulpverlener
- Huiswerkopdrachten
- Forum lotgenoten
- Geen
- Anders, namelijk: _____

10. Wat past u nu nog toe van wat u tijdens de internetbehandeling heeft geleerd?

Open vraag: _____

11. Zou u de internetbehandeling aanbevelen aan andere mensen die problemen hebben met alcoholgebruik?

- 0 Zeer onwaarschijnlijk
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Zeer waarschijnlijk

12. Terugkijkend op de internetbehandeling: heeft u iets gemist of heeft u andere opmerkingen die u die u zou willen delen?

Open vraag: _____

13. Heeft u na deelname aan de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl nog andere hulp gehad voor alcoholproblemen?

- Ja
- Nee

14. Welke behandeling(en) heeft u gehad?

U hoeft alleen antwoord te geven voor het aantal behandelingen dat op u van toepassing is.

Bijvoorbeeld: Als u na afronding van Alcoholdebaas.nl één behandeling heeft gevolgd, hoeft u alleen de antwoorden voor "Eerste behandeling" aan te klikken.

Eerste behandeling: Behandelvorm, Hoe lang geleden begonnen, Status behandeling

Tweede behandeling: Behandelvorm, Hoe lang geleden begonnen, Status behandeling

Derde behandeling: Behandelvorm, Hoe lang geleden begonnen, Status behandeling

Vierde behandeling: Behandelvorm, Hoe lang geleden begonnen, Status behandeling

Behandelvorm

- Face-to-face contact met een hulpverlener
- Groepsbehandeling deeltijd
- Groepsbehandeling voltijd (klinisch)
- Ziekenhuisopname
- Zelfhulp
- Andere behandeling

Hoe lang geleden begonnen

- 0-3 maanden geleden
- 3-6 maanden geleden
- 6-9 maanden geleden
- 9-12 maanden geleden
- Langer dan een jaar geleden

Status behandeling

- Ik heb de behandeling volledig afgerond
- Ik heb de behandeling voortijdig beëindigd
- Ik ben op dit moment nog bezig met de behandeling

Onderdeel C: Alcoholgebruik

In het derde onderdeel worden een aantal vragen gesteld over uw huidige alcoholgebruik en uw eigen mening hierover.

15. Hoe gaat het op dit moment met uw alcoholgebruik?

- Ik drink niet meer
- Ik drink minder dan na afloop van de internetbehandeling
- Ik drink evenveel als na afloop van de internetbehandeling
- Ik drink meer dan na afloop van de internetbehandeling

16. De volgende stellingen gaan over gedachten en gevoelens over alcoholgebruik op dit moment.

Antwoordcategorieën: 'Zeer mee oneens'; 'Mee oneens'; 'Deels eens, deels oneens'; 'Mee eens'; 'Zeer mee eens'.

- Ik vind het moeilijk om nee te zeggen wanneer iemand mij een drankje aanbiedt.
- Ik vind dat ik teveel alcohol drink.
- Ik heb behoefte om te drinken.
- Ik denk er nog veel over na om alcohol te gebruiken.
- Ik ben tevreden over mijn huidige drinkgedrag.
- Ik vind het moeilijk om géén alcohol te drinken wanneer ik alleen ben.
- Ik wil alcohol drinken als ik me verdrietig voel.
- Ondanks een moeilijke periode in mijn leven, kan ik alcohol weerstaan.

We zijn benieuwd naar uw drinkgewoonte in de afgelopen 30 dagen. Het kan zijn dat u op sommige dagen (bijv. in het weekend) meer drinkt dan op andere dagen. We maken daarom onderscheid tussen dagen van 'gewoonlijk gebruik' en dagen van 'hoger gebruik'.

Wanneer er geen sprake is van hoger gebruik, vul dan een 0 in bij het aantal standaardglazen en dagen.

Voorbeeld: U drinkt normaal gesproken op maandag t/m donderdag 6 glazen alcohol per dag. Op vrijdag drinkt u 10 glazen en op zaterdag en zondag niets. De vragen kunt u dan als volgt zien:

Gewoonlijk gebruik:

*6 standaardglazen alcohol per dag

*4 dagen per week (ma, di, wo, do) x 4 (weken in de maand) = 16 dagen in de afgelopen 30 dagen.

Hoger gebruik:

*10 standaardglazen alcohol per dag

*1 dag per week (vr) x 4 (weken in de maand) = 4 dagen in de afgelopen 30 dagen.

Het aantal dagen van gewoonlijk gebruik en hoger gebruik samen kan dus niet meer dan 30 dagen zijn.

17. U kunt hieronder het antwoord aanklikken dat op u van toepassing is.

LET OP: Het aantal dagen van gewoonlijk gebruik en hoger gebruik kan opgeteld niet meer zijn dan 30!

Gewoonlijk gebruik: Aantal standaardglazen alcohol per dag, Aantal dagen afgelopen 30 dagen

Hoger gebruik: Aantal standaardglazen alcohol per dag, Aantal dagen afgelopen 30 dagen

Aantal standaardglazen alcohol per dag

- Niet gedronken
- 0
- 1
- 2
- ... 30
- Meer dan 30

Aantal dagen afgelopen 30 dagen

- 0
- 1
- 2
- ... 30

We willen graag weten hoeveel alcoholische drank u de afgelopen week heeft gedronken. U kunt dit in het schema invullen.

Wanneer u niets heeft gedronken op de aangegeven dag klikt u op de antwoordmogelijkheid: niet gedronken.

Standaardglas: Elk drankje heeft zijn eigen standaardglas zie de tabel (aantal glazen).

Als u een blikje of een flesje bier heeft gedronken, zijn dit 1,5 glazen alcohol.

Soort drank	Aantal glazen
Glas bier (fluitje)	1
Blikje of flesje (pijpje)	1,5
Halve liter bier (beugel)	2
Glas wijn	1
Fles wijn (0,75 l)	7,5
Glas sherry, port of vermouth	1
Fles sherry of port (0,75 l)	10
Glas sterke drank (jenever, vieux, cognac, whiskey, wodka, likeur)	1
Glas mix van sterke drank met fris of sap	1
Breezer, mixdrank in flesje (275 ml)	1,25
Shooter (bijv. Feigling)	0,35

18. Hoeveel standaardglazen alcoholische drank heeft u de afgelopen week gedronken?

Antwoordcategorieën: Aantal standaardglazen: '0, 1,2 ...30'; 'Meer dan 30'

- Gisteren
- Eergisteren
- 3 dagen geleden
- 4 dagen geleden
- 5 dagen geleden
- 6 dagen geleden
- 7 dagen geleden

19. Als u het aantal glazen alcoholische drank van de afgelopen week optelt, is dit dan ongeveer net zoveel als u meestal hebt gedronken de afgelopen 3 maanden?

- Ja, dit aantal is ongeveer hetzelfde
- Nee, het aantal glazen alcohol dat ik normaal drink per week is: _____

20. De volgende stellingen gaan over gedachten en gevoelens over alcoholgebruik op dit moment.

Antwoordcategorieën: 'Zeer mee oneens'; 'Mee oneens'; 'Deels eens, deels oneens'; 'Mee eens'; 'Zeer mee eens'.

- Ik vind het moeilijk om nee te zeggen wanneer iemand mij een drankje aanbiedt.
- Ik heb behoefte om te drinken.
- Ik denk er nog veel over na om alcohol te gebruiken.
- Ik vind het moeilijk om géén alcohol te drinken wanneer ik alleen ben.
- Ik wil alcohol drinken als ik me verdrietig voel
- Ondanks een moeilijke periode in mijn leven, kan ik alcohol weerstaan.

Tactus ziet een terugval als onderdeel van het proces. We definiëren terugval als 'het hervatten van het oude alcoholgebruik'. Een terugval kan eenmalig of herhaaldelijk optreden, maar ook blijvend zijn. Er volgen hier vier vragen over terugval.

21. Heeft u sinds het einde van de behandeling een terugval gehad?

- Ja
- Nee

22. Zou u uw huidige alcoholgebruik omschrijven als een terugval?

- Ja
- Nee

23. Hoe vaak heeft u een terugval gehad?

Open vraag: _____

24. Hoe lang duurde een terugval gemiddeld?

- Eén dag
- Eén week
- Twee weken
- Een maand
- Meer dan een maand

25. Geef aan in hoeverre u het met de stelling eens bent.

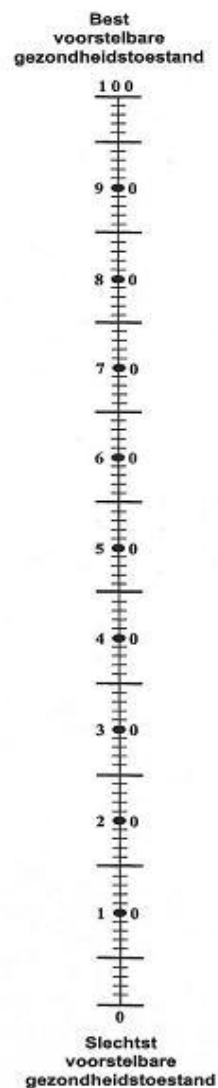
Antwoordcategorieën: 'Zeer mee oneens'; 'Mee oneens'; 'Deels eens, deels oneens'; 'Mee eens'; 'Zeer mee eens'.

- Ik vind het na mijn terugval moeilijk om mezelf weer te herpakken
- Mijn omgeving moedigt mij aan om mezelf weer te herpakken als ik een terugval heb
- Ik heb niet het gevoel dat ik door de terugval(len) meer ga drinken
- Ik kan goed omgaan met een terugval
- Ik ben trots als ik mezelf weer herpak na een terugval
- Ik voel me sterker nadat ik me na een terugval weer herpak
- Ik vind dat ik te veel terugvallen heb gehad

Onderdeel D: Gezondheid

Er volgen nu vragen over uw lichamelijke en psychische gezondheid op dit moment. Kies bij de vragen het antwoord dat het meest op u van toepassing is.

Om te helpen bij het aangeven hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand is hebben we een meetschaal (te vergelijken met een thermometer) gemaakt. Op de meetschaal betekent "100" de beste gezondheidstoestand die u zich voor kunt stellen, en "0" de slechtste gezondheidstoestand die u zich voor kunt stellen. We willen u vragen om op basis van de meetschaal aan te geven hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand in de afgelopen week was.



26. U kunt met behulp van een cijfer van 0 - 100 aangeven hoe uw gezondheidstoestand was in de afgelopen week.

Cijfer: _____

27. Hoe vindt u over het algemeen uw gezondheid?

Antwoordcategorieën: 'Zeer slecht'; 'Slecht'; 'Neutraal'; 'Goed'; 'Zeer goed'.

- Ik vind mijn lichamelijke gezondheid..
- Ik vind mijn psychische gezondheid.

28. Hoe voelt u zich nu vergeleken met hoe u zich voelde toen u stopte met de internetbehandeling

Alcoholdebaas.nl?

- Veel slechter
- Slechter
- Geen verandering
- Beetje beter
- Veel beter

29. Geef aan in hoeverre u last heeft gehad van onderstaande klachten in de afgelopen 30 dagen.

Antwoordcategorieën: ‘Helemaal niet’; ‘Zelden’; ‘Soms’; ‘Vaak’; ‘Voortdurend’.

- Gebrek aan eetlust
- Vermoeidheid, gebrek aan energie
- Misselijkheid
- Maagpijn
- Kortademigheid, benauwdheid
- Hyperventilatie
- Transpireren, zweten
- Diarree
- Pijn in/op de borst
- Hartkloppingen
- Pijnlijke gewrichten, stijfheid
- Spierpijn
- Doof of tintelend gevoel in armen en benen
- Trillen, beven
- Hoofdpijn
- Geheugenproblemen
- Seksuele problemen
- Epileptische insulten
- Slaapproblemen

30. Geef voor ieder van de onderstaande uitspraken aan in hoeverre de uitspraak de afgelopen week voor u van toepassing was. Klik op het antwoord dat het meest op u van toepassing is. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Besteed niet te veel tijd aan iedere uitspraak, het gaat om uw eerste indruk.

Antwoordcategorieën: ‘Helemaal niet of nooit’; ‘Een beetje of soms’; ‘Behoorlijk of vaak’; ‘Zeer zeker of meestal’.

- Ik vond het moeilijk om mezelf te kalmeren.
- Ik merkte dat mijn mond droog aanvoelde.
- Ik was niet in staat om ook maar enig positief gevoel te ervaren.
- Ik had moeite met ademen (bijv. overmatig snel ademen, buiten adem zijn zonder me in te spannen).
- Ik vond het moeilijk om het initiatief te nemen om iets te doen.
- Ik had de neiging om overdreven te reageren op situaties.
- Ik merkte dat ik beefde (bijv. met de handen).
- Ik was erg opgefokt.
- Ik maakte me zorgen over situaties waarin ik in paniek zou raken en mezelf belachelijk zou maken.
- Ik had het gevoel dat ik niets had om naar uit te kijken.
- Ik merkte dat ik erg onrustig was.
- Ik vond het moeilijk me te ontspannen.
- Ik voelde me somber en zwaarmoedig.
- Ik had volstrekt geen geduld met dingen die me hinderden bij iets dat ik wilde doen.
- Ik had het gevoel dat ik bijna in paniek raakte.
- Ik was niet in staat om over ook maar iets enthousiast te worden.
- Ik had het gevoel dat ik als persoon niet veel voorstel.
- Ik merkte dat ik nogal licht geraakt was.
- Ik was me bewust van mijn hartslag terwijl ik me niet fysiek inspande (bijv. het gevoel van een versnelde hartslag of het overslaan van het hart).
- Ik was angstig zonder enige reden.
- Ik had het gevoel dat mijn leven geen zin had.

Geef voor ieder van de volgende onderwerpen aan welke uitspraak voor u het meest van toepassing is.

31. Mobiliteit

- Ik heb geen probleem met lopen
- Ik heb enige problemen met lopen
- Ik ben bedlegerig

32. Zelfzorg

- Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik ben niet in staat om mijzelf te wassen of aan te kleden

33. Dagelijkse activiteiten

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten (bijv. werk, studie, huishouden, gezin- en vrijetijdsactiviteiten)
- Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat om mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

34. Pijn of klachten

- Ik heb geen pijn of andere klachten
- Ik heb enige pijn of andere klachten
- Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

35. Stemming

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben matig angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber

36. Vergelijken met mijn gezondheid gedurende het afgelopen jaar, is mijn gezondheidstoestand van de afgelopen week:

- Beter
- Ongeveer hetzelfde
- Slechter

37. In hoeverre hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen u gedurende de afgelopen 4 weken gehinderd in uw normale omgang...

Antwoordcategorieën: ‘Helemaal niet’; ‘Enigszins’; ‘Nogal’; ‘Veel’; ‘Heel erg veel’; ‘Niet van toepassing’.

- Met familie?
- Met vrienden?
- Met burenen?
- Bij activiteiten in groepsverband?
- In werksituaties?

Wij willen graag de gegevens die u in deze vragenlijst heeft ingevuld vergelijken met de door u ingevulde vragenlijsten tijdens de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl. Dit mogen wij alleen doen als u hiervoor toestemming geeft. Uw medewerking is waardevol om inzicht te krijgen in de langtermijneffecten en voor de verdere ontwikkeling van de internetbehandeling. Uiteraard worden deze gegevens vertrouwelijk verwerkt.

38. Wilt u hiervoor toestemming geven?

- Ja, ik geef toestemming om deze uitkomsten te vergelijken.
- Nee, ik geef hiervoor geen toestemming.

We willen graag een telefonisch interview afnemen met een aantal deelnemers. Dit doen we zodat u een toelichting kunt geven op uw beleving van de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl. Dit is voor ons van belang zodat de behandeling verder ontwikkeld kan worden. Het telefonische interview duurt ongeveer 20 minuten.

39. Bent u bereid om hieraan mee te werken?

- Ja
- Nee

40. U kunt hieronder aangeven op welk telefoonnummer en op welke dag(en) en tijd(en) u het best te bereiken bent.

Telefoonnummer: _____

Dag(en) tijd(en): _____

Bijlage B: Telefonisch interview

Goedemorgen,- middag of avond

Antwoord:.....

U spreekt met..... (voornaam en achternaam).

Ik bel u namens het team Alcoholdebaas. Klopt het dat u onlangs een online vragenlijst ingevuld en hierin heeft aangegeven dat we u mochten benaderen voor een telefonisch interview. Bel ik u gelegen? (Indien het gaat om partner, vragen of diegene thuis is. Voornamelijk het geval wanneer telefoonnummers van huis zijn opgegeven.)

Antwoord:.....

Indien Nee: is er een ander moment waarop het wel uitkomt? (noteren)

Indien Ja: verder

Het interview zal ongeveer 20 minuten duren. Het is voor mij handig om het interview op te nemen om uw antwoorden terug te kunnen luisteren. Hierdoor kunnen uw antwoorden goed geïnterpreteerd worden voor de onderzoeksresultaten. De opnames zullen alleen voor dit onderzoek gebruikt worden en daarna worden verwijderd. Wilt u toestemming geven voor deze opname?

Indien Nee: **oké, dan wordt dit interview niet opgenomen. Ik zal dan uw antwoorden direct op papier noteren. Het kan zijn dat er soms een stilte valt, maar dat komt omdat ik dan aan het schrijven ben.**

Indien Ja: **Heel fijn! Bedankt daarvoor.**

Ik ben onderzoeker van het team Alcoholdebaas. Dit telefonische interview is bedoeld om uw ervaringen met de internetbehandeling te evalueren en nog wat door te praten over hoe u terugkijkt op uw deelname aan de behandeling.

Ik kan u helaas geen antwoord geven op specifiek inhoudelijke vragen of advies geven die betrekking hebben op de behandeling, omdat ik hiervoor niet bevoegd ben. Mocht u vragen hebben dan zal ik die noteren en doorgeven aan de coördinator van Alcoholdebaas.

De vragen zijn onderverdeeld in drie thema's: Uw ervaringen met de behandeling, uw huidige alcoholgebruik en uw gezondheid. Heeft u misschien nog vragen voordat we van start gaan met het interview?

Indien nee: **Dan wil ik nu graag beginnen met de eerste vraag van thema 1.**

Indien ja: **vraag beantwoorden**

Thema 1: evaluatie internetbehandeling

1. U gaf aan een zeer positief/positief/negatief/neutraal gevoel te hebben over de internetbehandeling. Kunt u deze waardering kort toelichten?
2. Als u één compliment mag geven aan de behandeling of hulpverlener, wat zou dat dan zijn?
3. Kunt u ook één kritiek- of verbeterpunt aangeven?
4. Heeft u op dit moment het gevoel (nog) baat te hebben bij uw deelname? Zo ja, op welke manier?

Bij voortijdige beëindiging:

5. Wat is de reden dat u voortijdig gestopt bent met de behandeling?
6. Bent u op dit moment nog tevreden met uw besluit om destijds de behandeling te beëindigen?
7. Het streven binnen de behandeling is dat zoveel mogelijk mensen de behandeling voltooien, omdat dit over het algemeen leidt tot het beste resultaat. Wat hadden we kunnen doen om ervoor te zorgen dat u de behandeling zou afronden?
8. Heeft u ooit overwogen om opnieuw met de behandeling te starten? → Zo ja, wat heeft cliënt tegengehouden om zich opnieuw aan te melden?

Thema 2: huidige alcoholgebruik

Indien minder drinken/gestopt:

9. U heeft aangegeven dat u momenteel minder drinkt dan voor uw deelname aan de behandeling

OF: U heeft aangegeven dat u momenteel niet meer drinkt.

10. In hoeverre heeft u het gevoel dat de internetbehandeling hieraan heeft bijgedragen?

Indien even veel/meer drinken:

11. U heeft aangegeven dat u momenteel even veel drinkt/meer drinkt als/dan voor uw deelname aan de behandeling. In hoeverre heeft u het gevoel dat de internetbehandeling hierbij een rol heeft gespeeld?
12. Ik zie dat u de afgelopen week (iets) **meer/minder** heeft gedronken dan de afgelopen 3 maanden. Kunt u dit toelichten?

Indien wel/niet tevreden met huidig alcoholgebruik:

13. Kunt u aangeven waarom u wel/niet tevreden bent met uw huidige alcoholconsumptie?

Indien deels eens, deels eens alcoholgebruik:

14. U gaf aan dat u het deels eens, deels oneens bent met de stelling over uw tevredenheid met uw huidige alcoholconsumptie. Kunt u dit toelichten?

15. Heeft u nog behoefte aan ondersteuning? Zo ja, in welke vorm?

Indien terugval:

16. Uit de vragenlijst blijkt dat u (...) keer een terugval heeft gehad die duurde.

17. Weet u wat de reden was voor deze terugval(len)?

18. Hoe heeft u zichzelf weer weten te herpakken na deze terugval?

19. Uit de vragenlijst blijkt dat u geen terugval heeft gehad, wat heeft voor u geholpen om de controle te houden over uw drinkgedrag?

Thema: psychische/lichamelijke klachten/kwaliteit van leven.

Ten slotte zou ik u nog graag een aantal vragen willen stellen met betrekking tot uw gezondheid

Indien klachten en nog drinken:

20. U heeft aangegeven dat u last heeft van (...).

Denkt u dat er een relatie is tussen uw alcoholgebruik en uw (lichamelijk/psychische)klacht(en)?

Indien ze niet meer drinken: Niet vragen

Indien geen/weinig klachten EN minder/niet meer drinken:

21. U heeft aangegeven dat u **geen/weinig** lichamelijke/psychische klachten heeft, had u meer klachten toen u nog **wel dronk/meer dronk**?

Indien uit de vragenlijst blijkt dat de vraag (thermometer 0-100) niet goed is beantwoord, navragen in het interview.

Ik wil u graag een vraag stellen over uw kwaliteit van leven. Onder kwaliteit van leven wordt het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied verstaan en hoe men dit ervaart.

22. Kunt u op een schaal van 1 tot 10 uw kwaliteit van leven beoordelen?

Indien klachten:

23. Hebben uw (psychische/lichamelijke) klachten invloed op uw kwaliteit van leven?

Indien weinig tot geen klachten: Niet vragen

24. We horen regelmatig dat Alcoholdebaas onvoldoende bekend is bij de mensen die het zouden willen gebruiken. Heeft u een tip voor ons hoe we AdB het beste onder de aandacht kunnen brengen?

We zijn aan het einde gekomen van dit interview. Heeft u nog vragen of opmerkingen?

Als u later nog ervaringen wilt delen over dit interview of op- of aanmerkingen heeft, dan kunt u dit ook nog doorgeven via het e-mailadres: onderzoek@alcoholdebaas.nl

Mevrouw/mijnheer ik wil u heel erg bedanken voor dit interview.

Ik wens u nog een fijne dag/fijn weekend/fijne avond.