

INTERNETBEHANDELING VOOR PROBLEEMDRINKERS

Lange termijn evaluatie Internetbehandeling Alcoholdebaas.nl



Bachelorthese Psychologie

Mariëlle Vos

INTERNETBEHANDELING PROBLEEMDRINKERS:

Lange termijn evaluatie Internetbehandeling Alcoholdebaas.nl

Bachelorthese

Psychologie

Enschede, juni 2014

Mariëlle Anouk Vos

S0183377

Begeleiders Universiteit Twente

Drs. M.G. Postel

S.D. Bachoe, MSc.

Begeleider Tactus Verslavingszorg

Drs. M.G. Postel

Universiteit Twente

Faculteit Gedragswetenschappen

Positieve Psychologie en Technologie

Opdrachtgever Tactus Verslavingszorg

Dankwoord

Als eerste wil ik alle deelnemers aan dit onderzoek bedanken voor hun deelname en betrokkenheid. Daarnaast wil ik graag mijn begeleidster Marloes Postel bedanken voor haar adviezen en goede begeleiding en tweede begeleidster Sharda Bachoe voor haar feedback. Tevens wil ik iedereen op de afdeling internetbehandeling van Tactus bedanken voor de adviezen en het meedenken. Ten slotte wil ik Jorieke Boensma bedanken voor de prettige samenwerking en mijn vriend Jeroen Bakker voor zijn steun en begrip tijdens mijn afstudeeronderzoek.

Mariëlle Vos

Juni 2014

Samenvatting

Achtergrond: Onderzoek naar de effectiviteit van internetbehandelingen voor alcoholproblemen laten korte termijn effecten zien, echter is er nog weinig onderzoek gedaan naar langetermijneffecten langer dan 12 maanden.

Doel: Evaluatieonderzoek naar de langetermijneffecten van internetbehandeling (Alcoholdebaas.nl), om de wetenschappelijke kennis te vergroten op het gebied van de effectiviteit van een internetbehandeling voor alcoholproblemen.

Methode: De respondenten (n=195) zijn ex-deelnemers van de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl (AdB) in de periode 2009-2011. Er is gebruikt gemaakt van een online vragenlijst en aanvullend zijn er 12 telefonische interviews afgenomen. Meetmomenten (intake, nameting en follow-up) werden met elkaar vergeleken door repeated measurements ANOVA. Met t-toetsen werd gekeken naar verschillen tussen de groepen 'completers' (deel 1 en 2 van de behandeling afgerond n=154) en 'dropouts' (deel 1 en 2 niet volledig afgerond n=41). De primaire uitkomstmaat was alcoholconsumptie en de secundaire uitkomstmaat gezondheid. De kwalitatieve data werd geanalyseerd door het gebruik van labelanalyse.

Resultaten: De wekelijkse alcoholconsumptie was op de lange termijn follow-up significant ($M=16.12$) minder dan bij aanvang van de behandeling ($M=34.87$), echter werd een lichte verhoging gezien vergeleken met gelijk na afronding ($M=10.29$), ($F(41.82)$, $P < 0.05$). De lichamelijke klachten van de ex-deelnemers zijn op de lange termijn minder dan bij aanvang en ook vergeleken met gelijk na afronding van de behandeling. Significante verschillen werden gevonden tussen completers en dropouts. Completers hebben op lange termijn een lagere wekelijkse alcoholconsumptie en betere gezondheid dan dropouts. Er zijn geen significante verschillen gevonden in kwaliteit van leven tussen deze groepen.

Conclusie: Deze studie liet zien dat de internetbehandeling AdB naast de korte termijn ook effectief is op de lange termijn, 2 tot 5 jaar na deelname, in het reduceren van alcoholconsumptie en verbeteren van de gezondheid. Completers hebben een betere langetermijneffect op alcoholconsumptie en gezondheid dan dropouts. Ex-deelnemers hebben de behandeling over het algemeen positief ervaren en hebben op de lange termijn nog baat bij deelname. Hun suggesties kunnen wellicht een bijdrage leveren aan verbeteringen voor internetbehandelingen.

Abstract

Background: Research shows effectiveness in short-term view of Internet treatment for alcohol problems, however, there is little research available of long-term effects more than 12 months.

Purpose: Evaluation of the long-term effects of web-based treatment (Alcoholdebaas.nl), to increase the scientific knowledge in the field of web-based treatment for alcohol problems.

Method: Respondents (n=195) are ex participants of the web-based treatment Alcoholdebaas.nl (AdB) in the period 2009-2011. Online questionnaire was used and supplemented with 12 telephone interviews. Measurement points (intake, post-test and follow-up) were compared by repeated measurements ANOVA. T-tests were performed to measure the differences between the groups completers (Part 1 and 2 of treatment completed n = 154) and dropouts (Part 1 and 2 not fully completed n = 41). The primary outcome measure was alcohol consumption and the secondary outcome measure health. The qualitative data is analyzed by using analysis of labels.

Results: The weekly alcohol consumption, long-term follow-up (M=16.12) was significantly better than at the start of treatment (M=34.87), however, it is slightly increased compared to after completion of treatment (M=10.29), (F (41.82), P <0.05). The physical symptoms of the former participants are better on long-term comparing with baseline and after completion. Significant differences were found between completers and dropouts. Weekly alcohol consumption of completers is lower and health is better than dropouts. There is no significance differences between the groups found on quality of life.

Conclusion: This study showed that web-based treatment AdB besides short term also is effective in the long run, 2 to 5 years after participating, in alcohol consumption and health. Completers have better long-term effects on alcohol consumption and health than dropouts. Ex-participants have generally positive experience in the treatment and have benefited from the treatment in the long term. The results may be relevant to practical scientific knowledge and suggestions may possibly contribute to improvements for internet treatments.

Inhoud

Inleiding	1
Alcoholproblemen en gevolgen.....	1
Internetbehandelingen	2
Effectiviteit van internetbehandelingen.....	3
Internetbehandeling ‘Alcoholdebaas.nl’	4
Wetenschappelijke relevantie	5
Doel huidig onderzoek	6
Onderzoeksvraag en hypothesen	6
Methode.....	7
Design en respondenten.....	7
Interventie.....	7
Meetinstrumenten.....	8
Primaire uitkomstmaat	8
Secundaire uitkomstmaten	9
Evaluatie internetbehandeling	11
Telefonisch interview	11
Procedure.....	12
Analyse.....	13
Ethische toestemming.....	13
Resultaten.....	14
Achtergrondgegevens	14
Alcoholconsumptie.....	16
Gezondheid.....	18
Lichamelijke klachten	18
Verschillen completers en drop-outs	20
Evaluatie internetbehandeling	23
Discussie.....	30
Conclusies	31
Sterke punten en beperkingen	32
Aanbevelingen praktijk	33
Suggesties vervolgonderzoek	35
Referentielijst	36
Bijlagen	41
Bijlage A: Online vragenlijst.....	41
Bijlage B: Telefonisch interview.....	53

Inleiding

Alcoholproblemen en gevolgen

Alcohol is al geruime tijd een algemeen geaccepteerd genotmiddel met een verslavende werking (Garretsen, Goor, Oers & Bongers, 1997), dat door 78% van de Nederlandse bevolking van 19 jaar en ouder weleens wordt gedronken (van Laar et al., 2013). Alcoholstoornissen en alcoholproblemen komen in Nederland veel voor, ongeveer 10% van de bevolking ondervindt problemen met alcoholgebruik. In Nederland is 10,4% van de bevolking van 19 jaar en ouder gedefinieerd als ‘zware drinker’, deze groep drinkt op één of meer dagen in de week minstens 6 glazen alcohol. Daarnaast is 8,4% gedefinieerd als ‘overmatige drinker’, mannen drinken 3 of meer en vrouwen 2 of meer glazen alcohol per dag (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2012). De vijfde editie van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-V] vermeldt dat er sprake is van een alcohol gerelateerde stoornis bij aanwezigheid van ten minste twee van de elf omschreven criteria, gedurende een periode van twaalf maanden of langer; o.a. wanneer er een sterk verlangen of drang is naar het gebruik van alcohol, aanhoudend verlangen of niet succesvolle poging(en) om te stoppen met het alcoholgebruik en het blijven gebruiken van alcohol ondanks dat het (psychische en lichamelijke) problemen oplevert (American Psychiatric Association, 2013). Het aantal criteria dat van toepassing is, bepaald de dimensie van de alcoholstoornis; mild, midden of gevorderd (NIH; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2013). Alcoholverslaving behoort tot één van de grootste problemen in de gezondheidszorg en is de meest voorkomende verslaving, het omvat de helft van de totale hulpvragen binnen de verslavingszorg (Landelijke Alcohol Documentatiesysteem Informatie Systeem [LADIS], 2012) en heeft veel negatieve gevolgen. Het behoort wereldwijd tot de belangrijkste risicofactoren voor vele ziekten, zoals kanker, hart- en vaatziekten en psychiatrische aandoeningen (Anderson & Baumberg, 2006) en draagt voor 4,5% bij aan de ziektekosten in Nederland (Nederlands Drugs Monitor [NDM], 2012). Daarnaast heeft overmatig alcoholgebruik negatieve invloed op agressie, crimineel gedrag en verkeersongelukken (Valkenberg, van der Lely, de Graaf Gasthuis en Brugmans, 2007), kan het leiden tot sociale-, financiële problemen (Iwamoto, Takamatsu & Castellanos, 2012) en een lagere kwaliteit van leven (Foster et al., 2002).

Internetbehandelingen

Het hoge percentage overmatig alcoholgebruik en de negatieve gevolgen laten de noodzaak voor adequate behandelingen zien. Face-to-face behandelingen blijken effectief (Moyer, Finney, Swearingen & Vergun, 2002). Echter laat een klein percentage (4%) van de personen met een alcoholprobleem zich behandelen (LADIS, 2012) en als men zich laat behandelen, dan is dit pas in een laat stadium (Bruffaerts, Bonnewyn & Demyttenaere, 2007). Veel mensen vinden het lastig om hulp te zoeken binnen de reguliere verslavingszorg. Dit kan komen door schaamte voor hun probleem en angst dat het bekend wordt bij anderen in de omgeving (Postel et al., 2010). Alternatieve behandelingen zijn daarom van groot belang. Zoals een internetbehandeling, dit is een vorm van e-Health; een manier om de gezondheid of de behandeling ervan te verbeteren door het gebruik van moderner informatie technologie en elektronische communicatiemiddelen (Eysenbach, 2001). Een internetbehandeling is een vorm van e-Health doordat het gebruik maakt van internet en computers. Er zijn binnen de internetbehandeling verschillende vormen mogelijk. Er is een mogelijkheid tot zelfhulp via internet door middel van lotgenotencontact via forums of chatboxen. Personen zijn op deze manier zelf actief bezig met het aanpakken van hun alcoholprobleem. Anderzijds zijn er ook internetbehandelingen met een actieve therapeutische betrokkenheid (Blankers, Koeter & Schippers, 2011). Hierbij verloopt de (asynchrone) communicatie tussen cliënt en hulpverlener via het internet. Mensen kiezen steeds vaker voor internetbehandelingen omdat zij bang zijn voor stigmatisering en dit willen vermijden door niet voor de reguliere verslavingszorg te kiezen (Carlbring et al., 2007). Internetbehandelingen worden de laatste jaren steeds vaker aangeboden. Het is een goede alternatieve behandeling omdat een behandeling via internet laagdrempelig toegang biedt tot professionele hulpverlening. Door de relatieve ‘anonieme’ behandelvorm, geen face-to-face contact en mensen niet langer het huis uit hoeven voor professionele hulp wordt de angst en de stap naar hulpverlening verlaagd (Riper, Smit, van der Zanden, Conijn, Kramer, & Mutsaers, 2007). Het verschil tussen de prevalentie van alcoholproblematiek en het aantal dat hiervoor wordt behandeld, de ‘behandelkloof’, wordt geschat op 78.18%. De laagdrempeligheid van internetbehandelingen kan wellicht deze ‘kloof’ minimaliseren (Blankers, Koeter & Schippers, 2011). De toegankelijkheid en het gebruiksgemak van internet maken internet zeer geschikt voor het aanbieden en ontvangen van hulp bij problemen, op elk gewenst moment en plaats, in eigen tempo en omgeving (Ritterband, Gonder-Frederick, Cox, Clifton, West & Borowitz, 2003). Internetbehandelingen bereiken in vergelijking met face-to-face behandelingen een nieuwe tot

dusver moeilijk bereikbare populatie probleemdrinkers, namelijk: hoogopgeleiden, vrouwen, nieuwkomers, werkenden en ouderen (Postel, de Jong & de Haan, 2005). Er is een nieuwe vorm internetbehandeling in opkomst: ‘Blended’. Dit is een behandeling waarin (a)synchrone behandelcontacten via internet gecombineerd worden met reguliere behandelcontacten in de spreekkamer. Deze vorm is nog volop in ontwikkeling en naar de effectiviteit is nog geen onderzoek gedaan (Blankers, Donker & Riper, 2013).

Effectiviteit van internetbehandelingen

Onderzoeken naar de effectiviteit van internetbehandelingen laten zien dat internetbehandelingen effectief zijn en ten opzichte van face-to-face behandelingen voordelen hebben, zoals: de beschikbaarheid (24/7), kosteneffectiviteit en ‘anonimiteit’ (Spijker, Straaten & Kerkhof, 2013; Smit et al., 2011). Resultaten over de effectiviteit komen veelal uit onderzoek naar zelfhulpbehandelingen via internet. Deze blijken effectief in het verminderen van alcoholconsumptie bij probleemdrinkers (Riper, van Straten, Keuken, Smit, Schippers & Curbing, 2009; Riper et al., 2011; Blankers et al., 2011). Uit onderzoek van Blankers et al. (2011) blijkt dat zowel internetbehandeling als zelfhulp via internet effectief is in het reduceren van alcoholconsumptie. Echter is na 6 maanden follow-up het gemeten effect groter bij internetbehandelingen. Dit verschil in effect kan verklaard worden door het voordeel van het actieve contact met de therapeut, dat naarmate de tijd van afronding verstrijkt erg belangrijk is voor het vasthouden van het behandelresultaat. Daarnaast kan het ook verklaard worden door de behandeltechniek cognitieve gedragstherapie dat bij internetbehandelingen wordt toegepast in tegenstelling tot zelfhulpbehandelingen. Uit onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie één van de meest effectieve bewezen psychologische behandeling voor alcoholproblemen is (Brink, Bueren, Drenthen et al. 2009). Internetbehandeling blijkt effectief in het reduceren van alcohol, psychische- en lichamelijke klachten (Postel et al., 2005;2011). Cunningham et al. (2010) vonden ook een reductie in alcoholconsumptie in 3 tot 6 maanden follow-up. Langetermijneffecten werden gevonden door Wallace, Murray, McCambridge, Khadjesari, White & et al. (2011) in hun onderzoek van een 12 maanden follow-up, werd een alcoholreductie en verbetering van de gezondheid gevonden. Vermindering in alcoholconsumptie tot 12 maanden follow-up in vergelijking met de intake werd ook gevonden door Koskia-Jannes et al. (2009). Echter is er weinig onderzoek beschikbaar over langetermijneffecten van langer dan 12 maanden na afronding van de behandeling (Cunningham et al., 2011). Beschikbaarheid van wetenschappelijk onderzoek

naar de effectiviteit van internetbehandelingen zijn merendeel gebaseerd op korte termijn, 3 tot 6 maanden na behandeling.

Behandeling via internet voldoet over het algemeen beter aan de behoeften van deelnemers dan (onbegeleide) zelfhulpbehandelingen en hierdoor is de therapietrouw hoger en wordt een beter behandelresultaat behaald (Blankers et al., 2011). Een ander onderzoek van Blankers et al. (2007) wees uit dat er veel uitval is binnen de zelfhulp internetbehandeling. De meest gegeven reden van de deelnemers is de afwezigheid van persoonlijke feedback. Uit onderzoek blijkt dat therapietrouw, de mate waarin de deelnemer betrokken is, de effectiviteit van een behandeling verbetert voor interventies die gericht zijn op het bevorderen van de gezondheid (Christensen et al., 2009; Ritterband et al., 2009). Ook de (actieve) rol van de therapeut is belangrijk voor het behandelresultaat (Blankers, 2011). Uit onderzoek van Postel et al. (2011) werd gezien dat slechts 33% (n=527) de behandeling afrond (Postel, de Haan, ter Huurne, van der Palen, Becker & de Jong, 2011). Een betere therapietrouw en minder uitval is noodzakelijk voor betere behandelresultaten.

Hoewel onderzoek de effectiviteit heeft vastgesteld van verschillende internetbehandelingen, is er nog vrijwel geen onderzoek gedaan naar de lange termijn effecten (>12 maanden follow-up) van internetbehandeling met een (actieve) therapeutische rol (Cunningham, Wild, Cordingley, Van Mierlo & Humphreys, 2010). Verder onderzoek is noodzakelijk om langetermijneffecten van internetbehandelingen in kaart te brengen. Naast het belang dat behandelingen effectief zijn, is het belangrijk dat behandelingen volledig worden afgerond om een goed behandelresultaat te behalen. Er is geen onderzoek beschikbaar die (lange termijn) behandeluitkomsten onderzochten van cliënten die een internetbehandeling voortijdig hebben beëindigd of vergeleken met cliënten die de behandeling wel afronden. Verder onderzoek naar deze effecten en redenen binnen de groep uitvallers is van belang om voortijdig uitval eerder te signaleren en om inzicht te krijgen wat de behandeling had kunnen aanbieden voor een beter therapietrouw en daardoor wellicht een beter behandelresultaat.

Internetbehandeling ‘Alcoholdebaas.nl’

Internetbehandeling ‘Alcoholdebaas.nl’ [AdB] (www.alcoholdebaas.nl) is één van de eerste internetbehandelingen voor alcoholproblemen met een actieve therapeutische rol (Postel et al., 2010). De behandeling bestaat uit een tweedelig gestructureerd behandelprogramma. Het eerste gedeelte heeft als doel om inzicht te krijgen in de drinkgewoonten van de deelnemer en het tweede gedeelte het doel om het drinkgedrag te veranderen. Deelnemer en

therapeut hebben gemiddeld 2 keer per week (asynchroon) contact en dit verloopt in principe online. Uit onderzoek blijkt de internetbehandeling effectief in het stoppen en minderen van alcoholgebruik. De pilot studie naar AdB laat zien dat 58,1% van de deelnemers (n=527) het individuele drinkdoel heeft behaald en alcohol gerelateerde problemen zoals; depressieve-, geheugen- en seksuele problemen verminderd zijn. Een significante afname is gemeten in de wekelijkse alcoholconsumptie, van 36.7 naar 11.4 glazen per week. Dit effect is na 6 maanden nog steeds zichtbaar, hoewel vrouwen een lichte stijging laten zien (Postel, de Haan & de Jong, 2010). De effectiviteit werd ook gevonden in de uitgevoerde RCT waarin de experimentele groep en de controlegroep met elkaar werden vergeleken (n=156). Resultaten laten zien dat na 3 maanden een significante afname is gemeten in de wekelijkse alcoholconsumptie van deelnemers in de experimentele groep (n=78). Van de experimentele groep drinkt 68% onder de grens van probleem drinken (vrouwen 15 en mannen 22 glazen per week) tegenover 15% in de controlegroep. Daarnaast is ook de psychische- en lichamelijke gezondheid verbeterd in vergelijking met de controlegroep (Postel et al., 2010).

Wetenschappelijke relevantie

Alcoholverslaving is de meest voorkomende verslaving en omvat de helft van de hulpvragen binnen de verslavingszorg (Landelijke Alcohol Documentatiesysteem Informatie Systeem [LADIS], 2012). Daarbij heeft alcoholverslaving veel negatieve gevolgen waaronder; risicofactoren voor vele ziekten, zoals kanker, hart- en vaatziekten en psychiatrische aandoeningen (Anderson & Baumberg, 2006), negatieve invloed op agressie, crimineel gedrag en verkeersongelukken (Valkenberg, van der Lely, de Graaf Gasthuis en Brugmans, 2007). Daarnaast kan het leiden tot sociale of financiële problemen (Iwamoto, Takamatsu & Castellanos, 2012) en een lagere kwaliteit van leven (Foster et al., 2002). Een effectieve en doeltreffende evaluatie is onmisbaar voor de vernieuwing en verbeteringen van behandelingen voor alcoholproblemen. Behandelresultaten en cliëntenwaarderingen staan centraal voor verbetering van behandelingen (Schramade & Nabitz, 2005). De resultaten uit dit onderzoek kunnen wellicht bijdragen aan de verdere ontwikkeling van internetbehandelingen. Wetenschappelijk onderzoek is belangrijk om een blijvend hoge kwaliteit van hulpverlening te kunnen aanbieden en de wetenschappelijke en praktische kennis van de effectiviteit te vergroten.

Doel huidig onderzoek

In samenwerking met Tactus Verslavingszorg en de Universiteit van Twente is deze studie tot stand gekomen om internetbehandeling Alcoholdebaas.nl te evalueren en inzicht te krijgen in de langetermijneffecten, 2 tot 5 jaar na de behandeling. Tevens werden de verschillen tussen ex-deelnemers die de behandeling volledig hebben afgerond ‘completers’ en ex-deelnemers die de behandeling voortijdig hebben beëindigd ‘dropouts’ onderzocht om meer inzicht te krijgen in het verschil van behandelresultaten tussen deze groepen op de lange termijn.

Onderzoeksvraag en hypothesen

De primaire vraagstelling in dit onderzoek is:

‘Wat zijn de langetermijneffecten van internetbehandeling ‘Alcoholdebaas.nl?’

De secundaire doelstelling is het krijgen van inzicht in de langetermijneffecten op de secundaire uitkomstmaat lichamelijke gezondheid. Daarnaast wordt er gekeken naar verschillen tussen afronding behandeling op de primaire uitkomstmaat alcoholconsumptie en secundaire uitkomstmaten: lichamelijke, psychische gezondheid en kwaliteit van leven. Op basis van literatuuronderzoek zijn onderstaande hypothesen geformuleerd:

- 1) Ex-deelnemers consumeren op de lange termijn significant minder alcohol dan voorafgaand aan de behandeling.
- 2) De alcoholconsumptie is op de lange termijn echter wel meer dan direct na afronding van de behandeling.
- 3) De lichamelijke klachten van de ex-deelnemers zijn op de lange termijn verminderd ten opzichte van aanvang van de behandeling.
- 4) Ex-deelnemers beoordelen eigen gezondheid en kwaliteit van leven over het algemeen als goed.
- 5) Ex deelnemers die de behandeling volledig hebben afgerond consumeren minder alcohol, hebben een betere gezondheid en ervaren een beter kwaliteit van leven dan ex-deelnemers die de behandeling voortijdig hebben beëindigd.
- 6) Ex-deelnemers kijken positief terug op hun deelname en zijn van mening dat de internetbehandeling een positieve bijdrage heeft gehad.

Methode

Design en respondenten

De respondenten in dit survey onderzoek zijn ex-deelnemers van de internetbehandeling Alcoholdebaas.nl en werden middels een selecte steekproef geselecteerd op basis van de volgende inclusiecriteria: de ex-deelnemer heeft deelgenomen aan de internetbehandeling in de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2011 en heeft deel 1 (inzicht in drinkgewoonten) van de internetbehandeling afgerond. Afronding van deel 1 was vereist omdat de respondent dan voldoende van de behandeling had gevolgd om deze te kunnen evalueren. Door selectie van de periode hebben deelnemers de behandeling in ieder geval 2 jaar geleden afgerond en kunnen we spreken van lange termijn evaluatie. Exclusie criterium in dit onderzoek is: RCT-cliënt. Deze cliënten hebben tijdens hun deelname aan de internetbehandeling deelgenomen aan de Randomized Controlled Trial (RCT). Om een betrouwbaar effectonderzoek uit te voeren voor de populatie, is het noodzakelijk dat de respondenten dezelfde behandeling hebben gehad. RCT cliënten hebben niet allemaal hetzelfde behandelaanbod gehad. Omdat RCT-cliënten tijdens RCT onderzoek veel benaderd zijn met extra vragenlijsten werden deze cliënten opgenomen als exclusie criterium. Op basis van de in- en exclusiecriteria voldeden 922 respondenten.

Interventie

De internetbehandeling AdB, biedt individuele zorg aan mensen die problemen ervaren met alcoholgebruik, met als doel deelnemers te stimuleren te stoppen of te minderen met het gebruiken van alcohol. De behandeling bestond uit een tweedelig gestructureerd behandelprogramma die via de website www.alcoholdebaas.nl werd aangeboden. Het behandelaanbod bestond uit een informatieve website, online forum met lotgenoten, een internetbehandeling en een nazorgmodule. Het eerste gedeelte van de behandeling (deel 1) bestond uit 2 assessments en 4 opdrachten om inzicht te krijgen in de drinkgewoonten van de deelnemer. Het doel van het tweede gedeelte (deel 2) was het veranderen van het drinkgedrag en omvatte 5 opdrachten en 1 laatste assessment. De behandeling duurde gemiddeld 4 maanden. Deelnemer en therapeut hadden gemiddeld 2 keer per week contact. De één op één communicatie tussen deelnemer en persoonlijke therapeut verliep in principe online en was asynchroon. De deelnemer kan de behandeling vanuit zijn eigen omgeving volgen. De internetbehandeling was gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie en motivatie

gesprekstechnieken (Postel, de Haan, ter Huurne & de Jong, 2010) een techniek die ondersteuning biedt aan mensen om verslavingsgedrag te veranderen (Miller & Mount, 2001).

Meetinstrumenten

Alle metingen zijn gebaseerd op basis van zelf rapportage. Gegevens werden verzameld uit de intake, nameting en follow-up lange termijn. Voor dit onderzoek is een vragenlijst ontwikkeld (Bijlage A) waarin vragen werden opgenomen uit de intake en nameting, zodat de meetmomenten met elkaar vergeleken konden worden.

In dit onderzoek werd een kwantitatieve- en een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruikt. De kwantitatieve onderzoeksmethode bestond uit een online vragenlijst die gebruikt werd om inzicht te krijgen in de langetermijneffecten, 2 tot 5 jaar na deelname aan de behandeling. Ter verdieping op het vragenlijst onderzoek werd er gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode; een telefonisch interview. Hiervoor is gekozen om diepgaande informatie te krijgen over achterliggende motieven, meningen en behoeftes van de deelnemers over deelname tijdens de behandeling.

Achtergrondgegevens

De achtergrondgegevens bestonden uit geslacht, leeftijd, woonsituatie, dagbesteding en evaluatievragen over deelname aan de internetbehandeling. De overige achtergrondgegevens werden online verkregen uit de intakegegevens. De vraag in hoeverre de behandeling is doorlopen, werd gevraagd om de groepen ‘completers’ en ‘dropouts’ te kunnen vergelijken. Er is sprake van completer wanneer deel 1 en deel 2 van de behandeling volledig werd doorlopen.

In deze paragraaf worden de uitkomstmaten voor de online vragenlijst en het telefonische interview beschreven.

Primaire uitkomstmaat

Alcoholconsumptie

Wekelijks alcoholgebruik is gemeten met een 7 daags schema waarin de alcoholconsumptie van de afgelopen week kon worden ingevoerd (Sobell & Sobell, 2000). Daarnaast is gevraagd wat de status is van het huidige drinkgedrag in vergelijking tot de afronding van de behandeling; *‘ik drink niet meer, ik drink minder, ik drink evenveel of ik drink meer dan na deelname aan Alcoholdebaas.nl’*. Om het langetermijneffect van alcoholconsumptie goed te kunnen interpreteren werd er gekeken of respondenten binnen de

richtlijnen drinken van verantwoord alcoholconsumptie, voor mannen < 22 en vrouwen < 15 standaard glazen alcohol (Postel et al., 2010). Aan de respondenten werd gevraagd of zij na deelname aan de internetbehandeling nog andere behandeling(en) hebben gevolgd voor alcoholproblemen, om het eventuele gevonden effect voor een andere behandeling te corrigeren. Ten slotte werd er gevraagd of de respondent gebruik heeft gemaakt van het nazorgaanbod van AdB.

Secundaire uitkomstmaten

Gezondheid

Onder gezondheid vallen de secundaire uitkomstmaten: lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en kwaliteit van leven.

Lichamelijke gezondheid

Maudsley Addiction Profile-Health Symptom Scale (MAP-HSS) is in de vragenlijst opgenomen voor het meten van de lichamelijke klachten op de lange termijn (follow-up 2 tot 5 jaar). Deze schaal bestaat uit 10 items over lichamelijke klachten in de afgelopen 30 dagen. De vragen zijn gemeten op een vijf-puntsschaal van ‘helemaal niet (0), zelden (1), soms (2), vaak (3) of voortdurend (4)’. De schaalscore wordt berekend door het optellen van alle item scores. Hoe hoger de score des te meer lichamelijke klachten, variërend van 0 tot 40. De interne betrouwbaarheid van de schaal is 0.77 en de test-hertest 0.84. Bij een score van 8 of hoger op de schaal wordt een ‘slechte’ gezondheidstoestand gedefinieerd (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann et al., 1998). Deze score kon niet vergeleken worden met andere meetmomenten, omdat destijds deze vragen niet werden opgenomen tijdens de meetmomenten. De betrouwbaarheid van de MAP-HSS gemeten in deze studie is 0.82.

Extra alcohol gerelateerde items (slaapproblemen, hyperventilatie, zweten, diarree, hoofdpijn, geheugenproblemen, seksuele problemen en epileptische insulten) zijn opgenomen omdat de MAP-HSS alleen veel voorkomende lichamelijke klachten omvat. Om de lichamelijke klachten van alle meetmomenten met elkaar te kunnen vergelijken (intake, nameting en follow-up lange termijn) werd van 11 items een totaal score 0 tot 40 voor lichamelijke klachten berekend op basis van de items die ook opgenomen waren in de intake en nameting. De 11 items bestonden uit; vermoeidheid, hyperventilatie, maagklachten, diarree, hartkloppingen, hoofdpijn, geheugenproblemen, seksuele problemen, trillen/beven of epileptische insulten. De gemeten betrouwbaarheid in deze studie voor de schaal (11 items) is α 0.84.

Psychische gezondheid

Depressie Angst Stress Schaal (DASS-21) is een ingekorte versie van de DASS-42 en wordt gebruikt om de symptomen bij stemming en angststoornissen te meten (Lovibond & Lovibond, 1995; Nederlandse versie: De Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange & Blonk, 2001). De DASS-21 is gebruikt voor de uitkomstmaat psychische gezondheid en bestaat uit drie sub schalen van elk 7 items (depressie-, angst- en stressklachten). De 21 items worden gescoord met een vier-puntsschaal: helemaal niet of nooit (0), een beetje of soms (1), behoorlijk of vaak (2), zeer zeker of meestal (3). De schaalscore werd berekend door de scores per item op te tellen (0-42). Hoe hoger de score des te meer psychische klachten. De sub schalen hebben voor de score een afkappunt voor “normale” score, van 9 voor depressie, 7 angst en 14 voor stress. Er wordt voor de sub schalen op de Nederlandse versie van de DASS een betrouwbaarheid gevonden van 0.85 en hoger. Bovendien is de test-hertest betrouwbaarheid voldoende (0.75 tot 0.89) te noemen (De Beurs et al., 2001). Er werd een hoge betrouwbaarheid in deze studie gemeten voor de sub schalen depressie α 0.93, angst α 0.83 en stress α 0.91.

Kwaliteit van leven

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van leven van de respondenten is gebruik gemaakt van *EuroQol Group 5-Dimension Self-Report Questionnaire* (EQ-5D). Dit is een korte gestandaardiseerde vragenlijst, die gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven meet (EQ-5D; Brooks, 1996). De EQ-5D bestaat uit vragen over 5 gezondheidsniveaus: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/klachten en angst/depressie. Elke vraag wordt gescoord op een drie-puntsschaal van: (1) ‘geen problemen’, (2) ‘soms’ en (3) ‘ernstige problemen’. In voorgaande onderzoeken is de interne consistentie van de EQ-5D voldoende gebleken (α 0.73). Daarnaast is er ook gebruikt gemaakt van een visueel-analoge schaal (EQ-5D VAS) van de *EuroQol Group 5-Dimension Self-Report Questionnaire* (EQ-5D) waarop de respondent aan kan geven hoe goed of slecht zijn of haar gezondheidstoestand is, variërend van 0 ‘slechts voorstelbare gezondheidstoestand’ tot 100 ‘best voorstelbare gezondheidstoestand’. Test-hertest betrouwbaarheid van α 0.73 en hoger voor EQ-5D (Group Brooks, 2006). Alpha 0.68 werd in dit onderzoek gevonden als betrouwbaarheid voor het instrument. Tevens werd de vraag opgenomen hoe de respondenten zich voelen vergeleken met hoe zij zich voelden gelijk na afronding van de behandeling.

Completers en dropouts

De groepen completers en dropouts werden vergeleken om inzicht te krijgen in het behandel-effect tussen deze groepen. Er is sprake van een ‘completer’ wanneer deel 1 en deel 2 van de behandeling volledig was afgerond. Dropout houdt in dat de respondent één van beiden delen niet volledig had doorlopen. Er werd gekeken of er verschillen waren in langetermijneffecten op alcoholconsumptie en lichamelijke klachten. Tevens werd er gekeken of de groepen verschillen in psychische klachten en kwaliteit van leven.

Evaluatie internetbehandeling

Er werd gevraagd hoe ex-deelnemers de behandeling hebben ervaren en of zij op dit moment nog baat hebben bij hun deelname. Ook werd er gevraagd hoe zij de behandeling beoordelen (zeer negatief, negatief, neutraal, positief of zeer positief). Daarnaast werd er met de Net Promotor Score (NPS) gevraagd of zij de behandeling aanbevelen aan anderen met een alcoholprobleem op een schaal van 0 ‘zeer onwaarschijnlijk’ tot 10 ‘zeer waarschijnlijk’. Het cijfer dat gegeven werd bepaalde in welke mate de respondent de behandeling aanbeveelt aan een ander. Respondenten die een 0–6 op de schaal hebben aangegeven zijn ‘detractors’ (criticasters), deze groep beveelt de behandeling nauwelijks of niet aan, 7-8 ‘passives’ (passief tevredenen), deze groep beveelt de behandeling waarschijnlijk wel aan en 9-10 ‘promoters’ (promotors), deze groep is enthousiast en beveelt de behandeling (zeer) zeker aan anderen. NPS meet de mate van loyaliteit (Reichheld, 2003).

Telefonisch interview

Het telefonische interview werd afgenomen om te evalueren hoe ex-deelnemers de behandeling hebben ervaren en of zij er baat bij hebben gehad. De deelnemers voor het telefonische interview zijn selectief geselecteerd op basis van de verdeling geslacht, leeftijd, afronding behandeling (wel of niet) en beoordeling behandeling (positief en negatief) voor een goede spreiding van de steekproef. De respondenten die niet zijn geselecteerd hebben een e-mail ontvangen als dank voor zijn of haar betrokkenheid. Het interview bestond uit (24) open vragen over evaluatie van de internetbehandeling, waaronder beoordeling, baat deelname, en verbeter-suggesties. Daarnaast werd er aan de dropouts gevraagd naar de reden van voortijdig beëindiging om een beter beeld te krijgen in dropout en voor verbeter-suggesties van de behandeling. De vragen werden individueel afgestemd op de gegevens uit de online vragenlijst. De deelnemers beantwoordde de vragen op basis van eigen bevindingen.

Procedure

Op 22 april 2014 werden e-mailuitnodigingen met links naar de online vragenlijst aan de respondenten verstuurd. De e-mailadressen werden opgevraagd uit het archief van de internetbehandeling en vanuit Microsoft Office Excel (Excel) geïmporteerd in de enquête software SurveyMonkey (www.surveymonkey.com). De gebruiksvriendelijkheid van de vragenlijst is getest op smartphones, iPads en pc's. Om te voorkomen dat de e-mailuitnodigingen in de Spam zouden belanden, zijn deze in batches verstuurd. 819 e-mailuitnodigingen zijn verstuurd, waarvan 16 respondenten zich hebben uitgeschreven voor het onderzoek en in de toekomst niet meer benaderd willen worden. Deze respondenten zijn uit het dossierbestand gehaald. De enquête software heeft voor elke respondent een persoonlijk/unieke link gegenereerd, zodat de vragenlijst slechts één keer kon worden ingevuld. Ondanks het feit dat de vragenlijst anoniem kon worden ingevuld, was het hierdoor mogelijk om na toestemming van de respondent de follow-up gegevens te koppelen met eerdere metingen van de behandeling. Ter aanmoediging voor het deelnemen aan het onderzoek werden digitale tegoedbonnen van Bol.com verloot ter waarde van 20 euro. Onder iedere 15 respondenten werd een respondent geselecteerd en deze ontving de bon per e-mail. Om eventuele irritatie te voorkomen werd er geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een herinneringsmail (reminder) te sturen aan de respondenten die niet hadden gereageerd. De deadline voor het invullen van de vragenlijst was 6 mei, daarna werd deze afgesloten. De respondenten hadden in totaal twee weken de tijd voor het invullen van de vragenlijst. Op de open vragen was het antwoord geven niet verplicht, antwoorden op de gesloten vragen waren wel verplicht. De gemiddelde invultijd was 15 minuten. Voor het onderzoek is er een e-mailadres aangemaakt waar respondenten eventuele vragen of opmerkingen naar konden sturen. Dit e-mailadres stond vermeld in de e-mailuitnodiging. De ontvangen e-mails zijn beantwoord en op hulpvragen werd adequate actie ondernomen vanuit het team coaches AdB. De ingevulde vragenlijsten (n=249) zijn geëxporteerd naar Excel en als een databasebestand opgeslagen. Alle data uit de vragenlijst is online verzameld in een beveiligende database.

In totaal hebben 99 (49%) respondenten toestemming gegeven voor het afnemen van een telefonisch interview. Door beperkte tijd en middelen kon niet iedereen worden geïnterviewd. Er werden 12 interviews afgenomen in de periode 20 t/m 23 mei 2014 op de locatie van Tactus te Enschede. De deelnemers werden selectief geselecteerd op basis van gelijke verdeling van geslacht, beoordeling internetbehandeling (positief – negatief), dropout of completer, om een goede verdeling te krijgen. Het interview duurde gemiddeld 18 minuten.

De telefonische interviews werden met de belfunctie van het belprogramma Skype (www.skype.com) afgenomen, omdat deze software gespreksopname (callnote mp3) mogelijk maakt.

Analyse

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) IBM Statistics SPSS versie 22.0. werd gebruikt voor het analyseren van de kwantitatieve data. De data werd gekoppeld aan eerdere meetmomenten (intake en nameting) en geanonimiseerd. De hypothesen werden getoetst met $P \leq .05$ beschouwt als statistisch significant. Beschrijvende statistieken zijn uitgevoerd om gemiddelden, standaarddeviaties en aantallen weer te geven. De meetmomenten intake, nameting en follow-up lange termijn zijn vergeleken door repeated measurements ANOVA op de primaire uitkomstmaat alcoholconsumptie en secundaire uitkomstmaat lichamelijke klachten. De verschillen tussen ‘dropouts’ en ‘completers’, werden getoetst met behulp van de ongepaarde *t*-toets. Tevens zijn er correlatie analyses uitgevoerd tussen primaire en secundaire uitkomstmaten.

De interviews werden nageluisterd en anoniem uitgewerkt in Microsoft Office Word 2010. De data werd geanalyseerd door als eerste de tekst te ordenen naar bruikbaarheid voor het onderzoek. De tekst is teruggebracht tot de essentie en opgedeeld in steekwoorden (labels). Labeling vond plaats door elke fragment in te delen in thema's. Aan de hand van de labels werd er gekeken naar de samenhang op basis van de vraagstelling (Baarda, De Goede, & Teunissen, 1996).

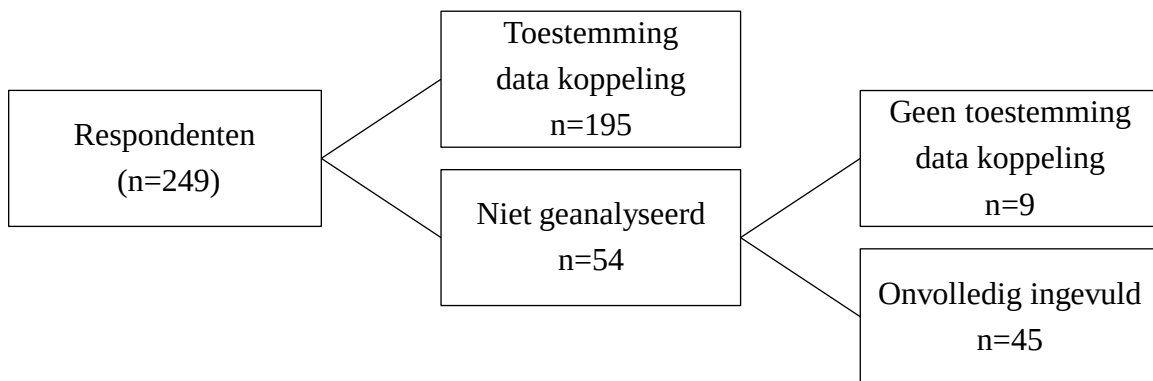
Ethische toestemming

Het onderzoek is in maart 2014 goedgekeurd door de Wetenschappelijke Commissie (WeCo) van Tactus Verslavingszorg en de Commissie Ethiek (CE) Faculteit van Gedragswetenschappen van de Universiteit Twente. Bij aanvang van de behandeling hebben deelnemers van de internetbehandeling toestemming gegeven voor (evaluatie)onderzoek. In de vragenlijst van dit onderzoek is aan de respondenten toestemming gevraagd om de gegevens van de meetmomenten met elkaar te koppelen en van 195 toestemming gekregen. Daarnaast is er toestemming gevraagd voor gespreksopname van het telefonische interview en gekregen van 10 deelnemers.

Resultaten

Achtergrondgegevens

249 respondenten hebben de vragenlijst (gedeeltelijk) ingevuld. De gegevens van respondenten die de vragenlijst volledig hadden ingevuld en toestemming gaven voor koppeling van de meetmomenten (n=195) werden gebruikt in deze studie. Voor 54 respondenten was er geen vergelijking met de meetmomenten mogelijk, omdat 9 respondenten geen toestemming gaven voor datakoppeling met andere meetmomenten en 45 vragenlijsten onvolledig waren ingevuld (Figuur 1). Merendeel van deze respondenten vulden alleen het begin van de vragenlijst in (n=41). Alleen bij volledige afronding van de behandeling vond een nameting plaats. Van 147 respondenten zijn alle meetmomenten (intake, nameting en follow-up) bekend en vergelijking mogelijk (Tabel 2), de overige respondenten die alleen intake en follow-up hebben ingevuld konden niet worden meegenomen in de analyse voor vergelijking van alle meetmomenten.



Figuur 1. Flowdiagram van respondenten

Deze groep bestond uit 95 mannen (48.7%) en 100 vrouwen (51.3%), tussen de 26 en 75 jaar met een gemiddelde leeftijd van 53.17 jaar (SD 10.52). Hiervan wonen 64 met een partner (32.8%), 58 alleen (29.7%) en 54 met partner en kinderen (27.7%). Van de respondenten hebben 53.8% een hoog opleidingsniveau (HBO of WO). Wat betreft dagbesteding hebben de meesten betaald werk 59.5%, sport en hobby 25.1% of huishouding 25.1%. Van de respondenten heeft 79% (n=154) de behandeling volledig afgerond. Gemiddeld hebben de respondenten 4.3 jaar geleden deelgenomen aan de internetbehandeling (SD:0.80). Over het algemeen zijn ze positief over de internetbehandeling 56.4% en 20% is zelfs zeer positief, met een gemiddeld cijfer van 7.2 (SD:1.36). Aanbeveling van de behandeling aan

anderen met alcoholproblematiek werd een gemiddelde score van 7.17 gegeven. De achtergrondgegevens van de huidige steekproef zijn opgenomen in Tabel 1.

Tabel 1. *Achtergrondgegevens respondenten (n=195) follow-up 2- 5 jaar*

Variabele	N	%
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	53.17 (10.52)	
Deelname hoeveel jaar geleden (SD)	4.28 (0.8)	
Geslacht		
Vrouw	99	50.8
Man	96	49.2
Woonsituatie		
Met partner	64	32.8
Alleen	58	29.7
Partner en kinderen	54	27.7
Kinderen	11	5.6
Anders	7	3.6
Bij ouders	1	0.5
Opleidingsniveau		
Hoog ¹	105	53.8
Midden ²	54	27.7
Laag ³	28	14.4
Anders	8	4.1
Dagbesteding		
Betaald werk	116	59.5
Huishouding	49	25.1
Sport en hobby	49	25.1
Anders	37	19
Vrijwilligerswerk	32	16.4
Zorg kinderen en huishouding	20	10.3
Geen	12	6.2
Studeren, school of stage	7	3.6
	N	%
Behandeling afgerond		
Volledig	154	79
Gedeeltelijk	41	21

1) HBO of WO

2) Midden: HAVO/VWO of MBO

3) Laag: Basisschool of LBO/MAVO

Alcoholconsumptie

Van 147 respondenten was voor allee meetmomenten (intake, nameting en follow-up) gegevens beschikbaar en mogelijk om de wekelijkse alcoholconsumptie van de meetmomenten te vergelijken zie tabel 2. Wekelijkse alcoholconsumptie van de follow-up lange termijn (2 tot 5 jaar), was gemiddeld 16.12 (SD: 20.82) ten opzichte van 34.87 standaard glazen alcohol bij intake (SD 21.30) en 10.29 bij de nameting (SD: 11.30). De drie meetmomenten (intake, nameting en follow-up lange termijn) verschillen significant ($F=102.96$, $P < 0.05$). Daarmee wordt de hypothese dat op de lange termijn de wekelijkse alcoholconsumptie minder is dan voor deelname ondersteund. Gemiddeld wordt er op de lange termijn wekelijks 5.83 meer standaard glazen alcohol geconsumeerd in vergelijking met gelijk na afronding. De hypothese dat er iets meer wordt gedronken dan direct na afronding van de behandeling is daarmee ook ondersteund. Het behandel-effect ($M=10.29$) is niet behouden, maar op de lange termijn is alcoholconsumptie nog aanzienlijk lager ($M=16.12$) dan voor afgaand deelname aan de behandeling ($M=34.87$). 68.7% van de respondenten geeft aan dat de wekelijkse alcoholconsumptie hetzelfde is als hoe er normaal wekelijks wordt gedronken en 31.3% consumeert normaal meer of minder. Van de respondenten heeft 32.8% aangegeven ($n=64$) niet meer te drinken, 35.4% ($n=69$) drinkt minder, 21% drinkt evenveel ($n=41$) en 10.8% ($n=21$) drinkt meer sinds deelname aan de behandeling. Er is geen significant verschil gevonden ($t -1.097$, $df, 194$, $P > 0.05$) in alcoholconsumptie van respondenten die na deelname wel of geen andere behandeling hebben gehad voor alcoholproblemen, daarom hebben we deze variabele niet meegenomen in verdere analyse.

Tabel 2. Meetmomenten: intake, nameting en follow-up 2 tot 5 jaar (n=147)

Variabele	Intake (n=147)		Name ting (n=147)		Follow-up 2 tot 5 jaar (n=147)		Test results		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	F	df	P
Alcoholconsumptie ¹	34.87	21.30	10.29	11.30	16.12	18.66	102.69	1.62	0.000
95% CI	31.39 - 38.344		8.44 - 12.12		13.07-19.16				
Ik drink normaal anders					31.3%				
Ik drink hetzelfde					68.7%				
Na deelname:					N (%)				
Drink ik minder					69 (35.38%)				
Drink ik niet meer					64 (32.82)				
Drink ik evenveel					41 (21.03%)				
Drink ik meer					21 (10.77%)				
							t	df	P
Andere hulp ²							-0.773	193	0.22
Richtlijn verantwoord ³	N (%)		N (%)		N (%)				
Geslacht					Man	Vrouw	Totaal		
Binnen richtlijn	31(15.9)		116(59.5)		66(57.4)	49(42.6)	115(59)		
Boven richtlijn	164(84.1)		31(15.9)		29(36.3)	51(63.7)	80 (41)		
Nazorg ⁴							-1.181	152	0.14
Ja (N=20)					11.65		14.92		
Nee (N=134)					16.62		19.00		

1) Standaard glazen alcohol per week

2) Na deelname Alcoholdebaas.nl ander hulp gehad voor alcoholproblemen

3) Drinken >21 (man) of >14 (vrouw) standaard glazen alcohol per week

4) Nazorg en alcoholconsumptie

Om het langetermijneffect van alcoholconsumptie goed te kunnen interpreteren en klinische relevantie te schetsen werd er gekeken of de respondenten binnen de richtlijnen drinken van verantwoord alcoholgebruik. Uit resultaten blijkt dat op de lange termijn 59% binnen de richtlijnen drinkt (n=115) ten opzichte van 15.9% tijdens de intake (n=164). Het aantal is minimaal verminderd (-0.05%) in vergelijking tot de nameting (59.5%). Vrouwen drinken gemiddeld significant meer boven de richtlijnen dan mannen ($t = -3.14$, $p = 0.002$). Respondenten die nazorg hebben gehad van AdB (n=20) hebben een lagere wekelijkse alcoholconsumptie (M=11.65: SD=14.92) dan zonder (M=16.62: SD=19.00, n=134) echter zijn deze verschillen niet significant ($t = -1.181$, $P > 0.05$) (Tabel 2).

Gezondheid

Lichamelijke klachten

Zie tabel 3 voor de resultaten van 148 ex-deelnemers die voor alle meetmomenten (intake, nameting en follow-up lange termijn) 11 items hadden ingevuld over lichamelijke klachten. De gemiddelde totaal score voor lichamelijke klachten tijdens follow-up lange termijn (2 tot 5 jaar) is 8.05 (SD 6.15) ten opzichte van 12.03 tijdens intake (SD 5.17) en 8.57 nameting (SD 5.15). De drie meetmomenten verschillen significant ($F=56.89$, $P < 0.05$). De hypothese dat op de lange termijn meer lichamelijke klachten zijn in vergelijking met de intake is verworpen. Resultaten laten zien dat lichamelijke klachten (11 items) op de lange termijn minder is vergeleken met zowel intake als nameting.

Tabel 3. Meetmomenten intake, nameting en follow-up lange termijn 2 tot 5 jaar ($n=148$)

Variabele	Intake		Nameting		Follow-up		Test results		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	<i>F</i>	df	<i>P</i>
Lichaam klachten (0-40) ¹	12.03	5.17	8.84	5.32	8.05	6.15	50.75	1.72	0.000
95% CI									
Alcohol gerelateerde klachten							<i>t</i>	df	<i>p</i>
Slaapproblemen					2.38	1.21	27.56	194	0.000
Hyperventilatie					1.23	0.62	27.70	194	0.000
Transpireren, zweten					2.06	1.13	25.50	194	0.000
Diarree					1.74	1.03	23.58	194	0.000
Hoofdpijn					1.86	1.05	24.79	194	0.000
Geheugenproblemen					2.18	1.15	26.56	194	0.000
Seksuele problemen					1.96	1.15	23.74	194	0.000
Epileptische consulten					1.08	0.43	34.99	194	0.000
Lichamelijke gezondheid ²	N	%							
Goed	103	52.8							
Neutraal	46	23.6							
Slecht	25	12.8							
Zeer goed	19	9.7							
Zeer slecht	2	1							

1) Lichamelijke klachten totaalscore 0 - 40

2) Beoordeling eigen lichamelijke gezondheid

Resultaten laten zien dat van de alcohol gerelateerde klachten, slaapproblemen het meest voorkomen (2.38), echter betekent deze score dat er zelden tot soms klachten worden ervaren. Over het algemeen wordt de eigen lichamelijke gezondheid als goed beoordeeld ($N=103/52.8\%$). Een klein percentage beoordeelde de eigen lichamelijke gezondheid slecht 12.8% en zeer slecht 1%. Er is een significante samenhang gevonden tussen lichamelijke klachten en alcoholconsumptie ($R\ 0.38$, $P < 0.00$ $P < 0.05$). Deze variabelen correleren

positief, wanneer de wekelijkse alcoholconsumptie verhoogd zijn er meer lichamelijke klachten.

Psychische klachten

Tabel 4. *follow-up lange termijn2 tot 5 jaar (n=195)*

Variabele	95% CI			Test results		
	Mean	SD		<i>t</i>	df	<i>P</i>
DASS-21 ¹	25.14	22.53	21.96 – 28.32	16.14	194	0.000
Depressie score	9.13	9.49	7.79 – 10.47	13.44	194	0.000
Angst score	5.87	6.65	4.93 – 6.81	12.33	194	0.000
Stress score	10.14	8.78	8.90 – 11.38	16.14	194	0.000
Psychische gezondheid ³	N	%				
Goed	86	44.1				
Neutraal	54	27.7				
Slecht	29	14.9				
Zeer goed	22	11.3				
Zeer slecht	4	2.1				

1) DASS-21 totaal score

2) Correlatie met DASS-21 totaalscore

3) Beoordeling eigen psychische gezondheid

Resultaten laten zien dat de respondenten van deze follow-up lange termijn (n=195) gemiddeld 9.13 (SD 9.49) scoren op de sub schaal depressie, 5.87 (SD 22.53) op de angstschaal en 10.14 (SD 8.78) op de stressschaal. De normscores voor normale klachten voor depressie loopt van 0 - 9, er is sprake van milde depressieve klachten bij de respondenten en de scores op de sub schalen angst en stress vallen binnen de norm voor “normale” klachten (0-7/0-14). Er is geen vergelijking mogelijk met de intake of nameting omdat dit instrument niet was opgenomen in deze meetmomenten. Eigen psychische gezondheid wordt over het algemeen als neutraal en slecht beoordeeld (27.7%/14.9%). De hypothese dat ex-deelnemers de gezondheid over het algemeen als goed beoordelen wordt door deze resultaten onderbouwd. Er werd een significante samenhang gevonden tussen wekelijkse alcoholconsumptie en psychische gezondheid ($R = 0.184$), echter is deze samenhang zwak. Als er wekelijks meer alcohol wordt geconsumeerd zijn er (iets) meer psychische klachten.

Kwaliteit van leven

Tabel 5. follow-up lange termijn (n=195)

Variabele			Test results		
	Mean	SD	t	df	P
EQ-5D ¹	0.80	0.23	47.684	194	0.000
EQ-VAS ²	72.04	17.38	57.868	194	0.000
Ik voel me ⁴	N	%			
Veel beter	83	42.6			
Geen verandering	47	24.2			
Beetje beter	45	23.1			
Beetje slechter	14	7.2			
Veel slechter	6	3.1			

- 1) EuroQol 5 dimension scale score -0.33 tot 1
 2) EuroQol health scale score 0 - 100
 3) Correlatie wekelijkse alcoholconsumptie met EQ-5D
 4) In vergelijking tot beëindiging AdB

De gemiddelde score van de respondenten in de follow-up lange termijn (N=195) van EQ-5D was 0.80 en EQ-VAS 71.04. De respondenten ervaren over het algemeen een goede kwaliteit van leven (Tabel 5). De EQ-5D kan maximale 1 gescoord worden, waarbij men helemaal geen problemen ervaart op de 5 dimensies en hierbij de hoogst mogelijk kwaliteit van leven wordt beschouwd. De EQ-5D score in deze studie (0.80) onderbouwd de hypothese dat de respondenten de eigen kwaliteit van leven als goed beoordelen. Er is een significante negatieve samenhang gevonden tussen alcoholconsumptie en EQ-5D (R -0.156), echter is deze samenhang zwak. Als de wekelijkse alcoholconsumptie afneemt dan wordt de kwaliteit van leven (iets) beter. Sinds beëindiging van de behandeling voelt 42.6% van de respondenten zich veel beter op de lange termijn, 24.2% voelt geen verandering en een klein percentage voelt zich een beetje slechter of veel slechter (7.2%/3.1%).

Verschillen completers en drop-outs

Tabel 6 geeft een overzicht van de verschillen in achtergrondgegevens voor completers en dropouts. In deze vergelijking op de lange termijn, 2 tot 5 jaar follow-up, omvatte 195 respondenten. De completers (33.8%) gaven vergeleken met de dropouts (29.3%) vaker aan dat zij niet meer drinken, echter is dit verschil niet significant (χ^2 , 3.62, $P > 0.05$). Er zijn ook geen significante achtergrond verschillen gevonden tussen de groepen.

Tabel 6. Achtergrondgegevens (n=195)

Variabele	Completers (n=154)		Drop-outs (n=41)		Test results		
Leeftijd (jaren)	53.27	9.90	52.80	12.72			
	N	%	N	%	X²	df	P
Geslacht					0.000	1	0.993
Vrouw	79	51.3	21	51.2			
Man	75	48.7	20	48.8			
Woonsituatie					5.038	5	0.411
Alleen	44	28.6	17	41.5			
Met partner	61	39.6	12	29.3			
Partner en kinderen	33	21.4	9	22			
Kinderen	8	5.2	3	7.3			
Met huisgenoot	1	0.5	0	0			
anders	7	4.5	0	0			
Opleidingsniveau					7.94	1	0.24
Laag ¹	21	13.6	7	17.1			
Midden ²	41	59.1	23	56.1			
Hoog ³	85	55.2	20	48.8			
Anders	7	4.5	1	2.4			
Dagbesteding							
Betaald werk	97		19				
Vrijwilligerswerk	25		7				
Huishouding	38		11				
Sport en hobby	39		10				
Zorg kinderen en huishouding	19		1				
Studeren, school of stage	5		2				
Geen	8		4				
Anders	27		10				
Na deelname:							
Drink ik niet meer	52	33.8	12	29.3	3.62	3	0.31
Drink ik minder	57	37	12	29.3			
Drink ik evenveel	28	18.2	13	31.7			
Drink ik meer	17	11	4	9.8			

1) Laag: Basisschool of LBO/MAVO

2) Midden: HAVO/VWO of MBO

3) HBO of WO

Van de 154 completers was 51.3% vrouw en 48.7% man. Dropouts bestonden uit 51.2% vrouwen en 48.8% mannen. Van de ex-deelnemers die de behandeling volledig hebben afgerond heeft 33.8% aangegeven niet meer te drinken, 37% drinkt minder, 18.2% drinkt evenveel en 11% drinkt meer. De groep ex-deelnemers die voortijdig zijn gestopt, drinkt 29.3% niet meer, 29.3% drinkt minder, 31.7% drinkt evenveel en 9.8% drinkt meer. Resultaten over verschillen op de primaire uitkomstmaat alcoholconsumptie en secundaire uitkomstmaten lichamelijke klachten, psychische klachten en kwaliteit van leven worden weergegeven in tabel 7.

Tabel 7. Verschillen tussen completers en drop-outs follow-up lange termijn (N=195)

Variabele	Completers (n = 154)		Drop-outs (n = 41)		Test results		
	Mean	SD	Mean	SD	t	df	P
Wekelijkse alcoholconsumptie ¹							
Intake	34.31	21.286	50.95	26.459	-4.216	193	0.000
Follow-up	15.97	18.55	25.93	33.73	-1.818	46.62	0.038
Richtlijn verantwoord drinken							
	N	%	N	%	1.29	1	0.13
Binnen richtlijn	94		21				
Buiten richtlijn	60		20				
MAP-HSS score ²							
	Mean	SD	Mean	SD	t	df	P
Follow-up	8.56	6.22	11.10	7.34	-2,234	193	.0135
DASS-21 score ³							
Depressie score	22.38	21.20	35.51	24.55	-3.107	193	0.000
Angst score	8.04	8.92	13.22	10.53	-2.888	56.21	0.002
Stress score	5.21	6.34	8.34	7.24	-2.727	193	0.003
	9.13	8.39	13.95	9.25	-3.199	193	0.001
EQ VAS ⁴							
	73.03	16.74	68.32	19.39	1.549	193	0.06
EQ-5D score ⁵							
	0.81	0.23	0.77	0.24	1.045	193	0.145

1) Standaard glazen alcohol per week

2) Maudsley Addiction Profile-Health Symptom Scale

3) Depression Anxiety Stress scale 21 items

4) EuroQol 5 dimension scale

5) EuroQol health scale

Uit de resultaten blijkt dat er een significant verschil werd gevonden op alcoholconsumptie tussen completers en dropouts ($t = -1.775$, $p = 0.041$). De groep completers drinken op lange termijn wekelijks significant minder standaardglazen alcohol (20.61) dan ex-deelnemers die de behandeling voortijdig hebben beëindigd (30.88), een verschil van 10.27 glazen alcohol per week. Resultaten laten zien dat respondenten in de groep dropouts een significant hogere score hebben op de MAP-HSS dan completers (11.10/8.56, $t = -2.234$, $P < 0.05$). Dit zou ook verklaard kunnen worden door de samenhang tussen lichamelijke klachten en alcoholconsumptie ($R = 0.27$, $P < 0.05$). Dropouts consumeren meer alcohol dan completers en daardoor kan wellicht de gemiddeld hogere score op lichamelijke klachten verklaard worden. Tevens is er een significant verschil gevonden op de sub schalen van DASS-21. De respondenten die de behandeling niet hebben afgerond (dropouts) hadden in vergelijking met completers een significant hogere score op de sub schalen depressie, angst en stress (13.22/8.04; 8.34/5.21; 13.95/9.13). Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de groepen op EQ5D ($t = 1.045$, $P > 0.05$) en EQ5D-VAS ($t = 1.549$, $P > 0.05$). Er is een negatieve correlatie tussen kwaliteit van leven en lichamelijke klachten ($R = -0.67$), als de lichamelijke

klachten afnemen, dan neemt de kwaliteit van leven toe. De hypothese dat completers minder alcohol consumeren en een betere gezondheid hebben dan dropouts wordt aangenomen. Echter geldt dit niet voor de kwaliteit van leven tussen de groepen.

Evaluatie internetbehandeling

De internetbehandeling werd over het algemeen positief ervaren (56.4%) en door 39 respondenten zelfs zeer positief (20%) met een gemiddeld cijfer van 7.2 (SD:36). De hypothese dat de ex-deelnemers de internetbehandeling positief hebben ervaren is hiermee bevestigd. 25.6% van de respondenten beveelt de behandeling zeker aan anderen met een alcoholprobleem en 46.7% waarschijnlijk ook. Slechts 3.1% heeft de behandeling negatief ervaren. 165 respondenten hebben op dit moment nog profijt van deelname en hebben op lange termijn nog het meeste profijt van; adviezen hulpverlener (34.4%) en huiswerkopdrachten (24.1%) (Tabel 8).

Tabel 8. *Waardering internetbehandeling (n=195)*

	Mean	SD
Cijfer (1-10)	7.2	1.36
Aanbevelen (0-10) (NPS) ¹	N	%
Detractors (0-6)	54	27.7
Passives (7-8)	91	46.7
Promoters (9-10)	50	25.6
Ervaring		
Negatief	6	3.1
Neutraal	40	20.5
Positief	110	56.4
Zeer positief	39	20
Profijt deelname (n=165)		
Informatie van de website	22	11.3
Adviezen hulpverlener	67	34.4
Huiswerkopdrachten	47	24.1
Forum lotgenoten	9	4.6
Geen	85	43.6
Anders	30	15.4

1) Net Promoter Score

Telefonische interviews

De deelnemers die telefonisch werden geïnterviewd (n=12) bestonden uit 5 mannen en 7 vrouwen. De leeftijd in de steekproef varieerde van 32 tot en met 65 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 50 jaar. 50% (n=6) van de deelnemers heeft de behandeling volledig afgerond (Tabel 9).

Tabel 9. Achtergrondgegevens deelnemers interview (n=12)

Variabele	N	%
Geslacht		
Man	5	48.7
vrouw	7	51.3
Leeftijd in jaren (SD)	50 (9.83)	
Completers ¹	6	50

1) Behandeling volledig afgerond (deel 1 en deel 2)

Beoordeling

De deelnemers gaven aan dat ze de internetbehandeling over het algemeen neutraal hebben ervaren met als toelichting; *ongeschikt voor vergevorderd alcoholproblematiek, gemis diepgang onderliggende problematiek en onvoldoende behandel-effect omdat het te vrijblijvend en vriendelijk was en zagen het als een eerste stap in het proces probleemaanpak*. 3 deelnemers waren positief en 1 deelnemer was zeer positief over de behandeling. Deze deelnemers gaven aan dat zij hebben leren *omgaan* met het alcoholprobleem, het een goede *ondersteuning* vonden als een “stok achter de deur”, *discipline* goed was en er een goede *balans* was tussen persoonlijk, zakelijk en intensiviteit van de behandeling.

Tabel 10. *Beoordeling en toelichting*

Beoordeling	Thema	Labels	Toelichting
Neutraal (n=8)	Inhoud	Ongeschikt	Ongeschikt voor vergevorderd alcoholproblematiek. Het heeft mij niet geholpen. Mijn alcoholprobleem was te groot om met een internetbehandeling vanaf te komen. Niet intensief en confronterend genoeg voor mij.
		Diepgang	Andere problemen buiten verslaving om worden niet aangepakt.
		Flexibiliteit	Ik kon niet verder in het systeem ondanks dat het niet van toepassing was op mij.
	Inzicht	Eerste stap	Ik heb een eerste stap weten te zetten om mijn probleem aan te pakken.
		Bewustwording	Gedwongen goed naar gedrag te kijken. Elke dag herinnert en geconfronteerd. Je moet het wel zelf willen.
Positief (n=3)	Effect	Onvoldoende Onvoldoende	Te vriendelijk en niet toegespitst op gedragsverandering. Niet echt effectief maar ook niet onprettig. Niet geholpen.
	Begeleiding	Omgang probleem	Ik ben bewust geworden van mijn drinkgedrag en kan er beter mee omgaan. Het resultaat is goed.
		Ondersteuning	Het heeft bijgedragen dat ik niet meer terugval. Stok achter de deur.
Zeer positief (n=1)	Inhoud	Discipline	Goede discipline en logische volgorde in behandeling.
	Inhoud en begeleiding	Balans	Persoonlijk maar wel zakelijk en intensief, vond ik positief. Juiste toon en stimulans.

De deelnemers gaven als complimenten aan; *professionaliteit* (de hulpverlener werd als integer beoordeeld, kundig, juiste toon en afspraken werden nagekomen), *inhoud* (forum en aanbieden opdrachten), *gebruiksvriendelijkheid* (technisch goed, makkelijk uit te voeren), *toegankelijk* (eerste stap) en *laagdrempelig* (geen persoonlijk contact) (Tabel 11). Het vaakst werden complimenten aangegeven voor professionaliteit (4); zo zij een deelnemer: “*Het had de juiste toon, ze waren heel kundig en er werd een half jaar later gevraagd hoe ik er op dat moment voor stond en aangeboden of ik dan nog iets ermee wou*”.

Tabel 11. *Complimenten*

Complimenten	fr	Fragmenten
Professionaliteit	4	Snelle reactie, afspraken worden nagekomen. Juiste toon en kundig. en de hulpverlener is integer. Ik werd niet veroordeeld
Inhoud	2	Contact en forum was goed. Je krijgt goede alternatieven voor drankjes zoals in plaatjes. Standpunten duidelijk. Spiegel voor jezelf.
Toegankelijk	3	Vriendelijk, bereikbaar, het is een goede opstap.
Gebruiksvriendelijk	2	Technisch goed, makkelijk te gebruiken,
Laagdrempelig	2	Het was laagdrempelig om het alcoholprobleem aan te pakken.
Geen	1	

Bijdrage probleemaanpak en baat deelname op lange termijn

7 keer werd er aangegeven dat deelname een positieve bijdrage heeft gehad op het aanpakken van het alcoholprobleem (Tabel 12). Slechts 1 persoon heeft aangegeven dat de behandeling helemaal geen bijdrage heeft gehad, met als reden dat er veel sprake was van herhaling in het programma. De overige deelnemers gaven aan dat zij tijdens de behandeling baat hebben gehad bij de behandeling, omdat het een eerste stap geweest is in probleemaanpak (n=5), inzicht in problematiek (n=7), geleerd afleiding te zoeken (n=1) en door deelname geen drang meer (n=2).

Tabel 12. In hoeverre AdB bijgedragen probleemaanpak

Thema's	Labels	frequentie	Fragmenten
Bijdrage	Gedragsverandering	1	Door de gedragsverandering heb ik beter controle over mijn drinken.
	Eerste stap	2	Het was een eerste stap om minder te drinken.
	Inzicht	3	Erkenning en meer bewust van mijn drinkgedrag.
	Persoonlijke groei	1	Mijn zelfbeeld is bijgesteld door AdB omdat ik in de behandeling niet werd veroordeeld. Drinkgedrag geen bijdrage.
Neutraal	Niet verbeterd en niet verslechterd	1	
	Proces	1	Moeilijk te zeggen. Ik ben een andere richting in gegaan. Omgaan met lotgenoten doe ik nog steeds en het helpt goed om elkaar te steunen.
Geen bijdrage	Niet bijgedragen	1	Niet veel voor mijn gevoel. Veel herhaling in het programma.
Geen antwoord		4	

De deelnemers vertelden dat zij op dit moment nog het meest baat hebben bij de behandeling (Tabel 13) doordat ze inzicht hebben gekregen in hun drinkgedrag en daardoor geleerd hebben om te gaan met het probleem en de bewustwording van het probleem. Tevens hebben zij op nog baat bij dat zij geleerd hadden hoe zij afleiding kunnen zoeken en erover te communiceren. Er waren 5 deelnemers die op dit moment geen baat meer hebben bij de behandeling, maar zij gaven wel aan dat het een eerste stap is geweest in het proces om het alcoholprobleem aan te pakken. Twee deelnemers vertelden dat zij geen drang meer hebben naar alcohol en dat AdB daar aan heeft bijgedragen. In het interview vertelde een deelnemer: *“Ik heb geen zucht meer, daar heeft Alcoholdebaas aan bijgedragen”*.

Tabel 13. Baat deelname op de lange termijn 2- 5 jaar

Baat	N	Kern	Labels	Fragmenten
Geen	5	Probleemaanpak	Eerste stap	Het was een onderdeel van mijn proces, maar op dit moment geen specifieke baat door deelname. Het is een aanzet geweest om te erkennen dat ik een probleem had. Destijds was het een prima hulpmiddel maar ik ben nu verder ontwikkeld.
Wel	7	Inzicht (n=5)	Leren omgaan met probleem	Ik heb op het moment geen baat meer, maar het is een
			Bewustwording	Het heeft mij laten inzien dat ik een probleem heb. En geleerd om bewust te blijven van het alcoholprobleem.
			Afleiding	Ik heb geleerd hoe ik afleiding kan zoeken.
			Communiceren	Ik heb geleerd te praten over mijn probleem.
		Geen drang (n=1)	Alcoholconsumptie	Ik heb geen drang meer om te drinken

Verbetersuggesties

Er werden voornamelijk verbetersuggesties aangedragen voor het contact in de behandeling voor; persoonlijke interactie, persoonlijke begeleiding en persoonlijk contact. Een deelnemer gaf aan dat tijdens belangrijke momenten soms de communicatie tekort schiet en af en toe persoonlijk contact goed zou zijn. Iemand vertelde in het interview: “*Het blijft een machine waar je tegen praat, ik mis persoonlijke interactie in het contact*” en “*Ook face-to-face contact om dingen beter te kunnen uitleggen zoals thuissituatie. Hier was weinig tot geen aandacht voor terwijl er wel een relatie was*”. Ook werd een verbetersuggestie voor de inhoud van de behandeling gegeven; om flexibiliteit te veranderen door bijvoorbeeld; sneller vooruit te kunnen in het systeem of modules langer te volgen. Meer persoonsgericht behandeling aanbieden. Een deelnemer zei: “*Het is voor iedereen anders en iedereen heeft andere behoeftes. Nadat je bent uitbehandeld betekent nog niet dat je er genoeg aan hebt gehad*”. Zie tabel 14 voor alle gegeven verbetersuggesties.

Tabel 14. Verbetersuggesties

Thema's	Labels	fr	Fragmenten
Inhoud (4)	Inzicht verslavingsproblematiek	1	Meer aandacht verslavingsmechanismen. Stof die je vasthoudt in je hoofd.
	Flexibiliteit	2	Veel herhaling. Vaststaand programma. Je kunt niet sneller vooruit of langzamer. Meer op de persoon gericht nodig. Het is voor iedereen anders en iedereen heeft andere behoeftes. Nadat je bent uitbehandeld betekent nog niet dat je er genoeg aan hebt gehad. Vooruit kunnen klikken als je verder wilt.
	Aandacht onderliggende problematiek	1	Ook face-to-face contact om dingen beter te kunnen uitleggen zoals thuissituatie. Hier was weinig tot geen aandacht voor. Terwijl er wel die relatie was tussen thuisprobleem en drinken. Meer oorzaak aanpakken. Vaste procedure. Meer omgeving bij betrekken.
Contact (5)	Persoonlijke interactie	1	Probleem alcohol, lifestyle en psychologie belangrijk. Het blijft internet, machine waar je tegen praat. Ik mis persoonlijke interactie/contact. Meer een bijdrage dan een totale vervangen. Dus beter samen met een andere behandeling.
	Persoonlijke begeleiding	2	Persoonlijke behandeling elke dag beter.
	Persoonlijk contact	2	Het is nu vraag en antwoord. Soms schiet communiceren tekort tijdens belangrijke momenten.
Begeleiding (3)	Confronteren	1	Laten inzien wat je doet en gevolgen zijn ook voor omgeving. Wekelijks iemand aan de lijn die vraagt hoe het gaat. Dat je even iemand spreekt. Kan ook via computer (skype).
	Ervaringsdeskundigen inzetten	2	Ervaringsdeskundigen kunnen zich inleven omdat zij ook weten hoe het is om een alcoholprobleem te hebben.
Geen	Geen suggestie		
Geen antwoord	Geen idee	4	Ik heb ook geen vergelijking met andere behandeling.

Redenen dropouts en verbetersuggesties

De voornaamste reden die werd gegeven voor beëindiging van de behandeling is; *niet voldoende* (Tabel 15). De deelnemers gaven aan dat de internetbehandeling niet voldoende is voor een vergevorderd alcoholproblematiek, maar uitermate geschikt kan zijn voor een beginnend alcoholprobleem of ter ondersteuning naast een andere behandeling. Daarnaast werd de behandeling gezien als te vrijblijvend en niet flexibel genoeg.

Deelnemers gaven in het interview als verbeterpunt; *flexibiliteit*. De suggestie is om de behandeling meer persoonsgericht aan te bieden op basis van zijn of haar behoefte en hierbij modules kan overslaan of modules langer kan volgen. Tevens was er toch een gemis van persoonlijke begeleiding en interactie met de hulpverlener. Als suggestie werd aangegeven dat een gesprek via Skype of wekelijks een telefonisch gesprek meer betrokkenheid zou geven en daardoor een betere therapietrouw.

Tabel 15. Redenen voortijdige beëindiging en verbeter suggesties

Reden voortijdige beëindiging	N	Verbetersuggesties	fr
Niet voldoende	4	Ervaringsdeskundigen	1
Onderliggende factoren niet aan de orde (andere problemen)	1	Diepgang onderliggende problematiek	1
Vrijblijvend	1	Persoonlijk contact	1
Persoonlijke contact	1	Geen	4
Flexibiliteit behandeling	1		
Geen antwoord	1		

Door een deelnemer werd als reden gegeven voor voortijdige beëindiging dat onderliggende problematiek niet werd behandeld of erkend door de hulpverlener (zoals psychische/relatieve problematiek). De behandeling werd gezien als te vrijblijvend en niet streng genoeg: *“Er is doordat er geen persoonlijke contact is geen controle. Het volgen van een internetbehandeling moet vanuit jezelf komen en dat werkte niet voor mij. Het is meer een extra ondersteuning voor ex-verslaafden”*. De geringe flexibiliteit was voor een ex-deelnemer een reden om met de behandeling te stoppen: *“Je kon niet verder klikken, ondanks dat het niet van toepassing was op mij”*. Over het algemeen zijn er geen verbeter suggesties waardoor dropouts destijds wel hun behandeling afgerond zouden hebben (n=4). Het inzetten van ervaringsdeskundigen: *“Omdat zij zich goed kunnen inleven”*, en persoonlijk contact: *“Wekelijks iemand aan de lijn krijgt die vraagt hoe het gaat. Dat je even iemand spreekt. Kan ook via de computer bijvoorbeeld via Skype”*, werd als verbeter suggestie aangedragen.

De tips die werden gegeven voor het onder de aandacht brengen van de behandeling zijn; social media (internet/facebook/twitter), televisie (omroep max voor ouderen), groepsbehandelingen, huisarts en folders verspreiden.

Discussie

Het doel van deze studie was om inzicht te krijgen in de langetermijneffecten van internetbehandeling AdB op uitkomstmaten alcoholconsumptie en gezondheid. Verwacht werd dat op de lange termijn alcoholconsumptie lager is in vergelijking met voorafgaand aan de behandeling evenals een verbetering van de gezondheid. Daarnaast werd verwacht dat de groep completers significant minder alcohol consumeert en een beter gezondheid heeft dan de groep dropouts.

Uit de resultaten blijkt dat op lange termijn minder alcohol wordt geconsumeerd in vergelijking met voor deelname aan de behandeling. Dit werd ook gevonden door Koskian-Jannes et al. (2009), zij lieten in een 12 maanden follow-up vergeleken met de intake een vermindering in alcoholconsumptie zien. De groep die binnen de richtlijn drinkt voor verantwoord alcohol drinken (mannen < 20 en vrouwen < 15 glazen alcohol per week) is aanzienlijk hoger in vergelijking met de intake. Vergeleken met de nameting is er op de lange termijn slechts een afname van 0.05% voor de groep die binnen de richtlijnen drinkt van verantwoord alcoholgebruik.

De lichamelijke klachten zijn verminderd in vergelijking met de intake en zelfs afgenomen vergeleken met de nameting. Deze bevindingen vergeleken met de intake werden ook gevonden door Postel et al. (2005;2012). De psychische klachten zijn laag in vergelijking met de normscores. De gemiddelde score voor depressie van de respondenten ligt net iets boven de score voor “normale” depressie score, de angst en stress score van de respondenten vallen binnen de score voor “normale” ervaren klachten op deze schalen. De respondenten beoordelen over het algemeen hun lichamelijke gezondheid als goed en de psychische gezondheid neutraal. De kwaliteit van leven werd in deze studie door de respondenten over het algemeen als heel goed beoordeeld. Uit voorgaand onderzoek naar kwaliteit van leven bij werd de kwaliteit van leven laag beoordeeld door mensen met alcoholproblemen en naarmate de alcoholconsumptie steeg hoe slechter de gezondheid werd beoordeeld (Foster et al., 2002). In deze studie is juist een hoge kwaliteit van leven gemeten. Het verschil in vergelijking met de studie van Foster et al. kan wellicht verklaard worden doordat het meetinstrument in deze huidige studie (EQ5D) geen hoge betrouwbaarheid heeft. Merendeel van de respondenten voelt zich veel beter in vergelijking tot na afronding van de behandeling. Er is een negatieve samenhang gevonden met alcoholconsumptie en kwaliteit van leven, echter is deze samenhang zwak.

Deze studie heeft een lage respons op de vragenlijst van ex-deelnemers die de behandeling voortijdig hebben beëindigd (dropouts N=41). Slechts 21% van de respondenten uit dit onderzoek heeft de behandeling niet afgerond (N=41). Uit onderzoek van Postel et al. (2010) bleek dat 35% de behandeling niet volledig afrond. Het percentage dropouts in dit onderzoek is iets lager. Respondenten die de behandeling volledig hebben afgerond hebben een beter langetermijneffect op alcoholconsumptie, lichamelijke en psychische klachten. Er is vooralsnog geen onderzoek bekend over verschillen tussen completers en dropouts in langetermijneffecten van een internetbehandeling voor alcoholproblemen.

De kwaliteit van leven verschilt niet significant tussen completers en dropouts. Dit werd ook gevonden tussen een experimentele groep die een behandeling volgde en de controle groep (Postel et al., 2010). Er zijn geen verschillen gevonden in achtergrondgegevens voor de groepen.

Tevens werd inzichtelijk dat ex-deelnemers de internetbehandeling over het algemeen positief ervaren en het als positieve bijdrage zien. Respondenten hebben op de lange termijn nog het meest profijt van de huiswerkopdrachten en adviezen van de hulpverlener. Uit de telefonische interviews bleek dat op de lange termijn ex-deelnemers nog profijt hebben van de behandeling omdat ze inzicht hebben gekregen in hun alcoholprobleem; ze hebben geleerd om te gaan met het probleem, zich ervan bewust geworden, geleerd afleiding te zoeken en erover te communiceren. De reden die het meest werd gegeven voor dropout “niet voldoende” is niet vergelijkbaar met eerder onderzoek naar reden voor dropouts van Postel et al. (2010) dat het ‘niet prettig voelen bij de behandeling’ door bijvoorbeeld de intensiviteit en persoonlijke redenen.

Conclusies

Internetbehandeling Alcoholdebaas.nl blijkt effectief op lange termijn 2 tot 5 jaar na deelname aan de behandeling. Uit de resultaten blijkt dat ex-deelnemers nog steeds minder alcohol consumeren dan voor deelname aan de behandeling en het aantal ex-deelnemers dat binnen de richtlijnen drinkt voor verantwoord alcoholgebruik is op de lange termijn aanzienlijk lager in vergelijking met voor deelname aan de behandeling. De bevindingen in dit onderzoek bevestigingen eerder onderzoek naar de internetbehandeling, waarin bleek dat de behandeling effectief is in het verminderen van alcoholconsumptie en verbetering van de gezondheid (Postel et al., 2005;2010). De lichamelijke klachten zijn op de lange termijn verminderd in vergelijking met voor en ook gelijk na afronding van de behandeling. Deze bevindingen van langetermijneffecten voor alcoholconsumptie en gezondheid werden ook

gevonden in een 12 maanden follow-up door Wallace et al. (2011). Kwaliteit van leven en gezondheid van de ex-deelnemers is over het algemeen goed, alleen op depressie klachten werd iets hoger gescoord dan de norm.

Ex-deelnemers die de behandeling volledig hebben afgerond hebben in vergelijking met ex-deelnemers die de behandeling voortijdig hebben beëindigd een beter lange termijn effect op alcoholconsumptie en gezondheid. Deze bevindingen bevestigen het onderzoek waarin werd vermeld dat therapietrouw de effectiviteit verbetert van interventies gericht op gezondheid (Christensen et al., 2009; Ritterband et al., 2009). Opvallend is dat de kwaliteit van leven door completers en dropouts niet anders wordt beoordeeld.

De internetbehandeling werd door het grootste gedeelte van de ex-deelnemers als positief ervaren en is van mening dat het een positieve bijdrage heeft geleverd. De meerderheid heeft ook op de lange termijn nog profijt van deelname vooral van de huiswerkopdrachten en adviezen hulpverlener.

Verder onderzoek naar langetermijneffecten van internetbehandelingen en het behouden van behandelresultaten is een uitdaging voor de toekomst.

Sterke punten en beperkingen

Sterke punten

Deze studie had een hoge respons (n=195) en van 147 respondenten kon de data vergeleken worden met alle meetmomenten. Deze ex-deelnemers hebben zowel een intake, nameting als follow-up lange termijn ingevuld. Dit is een sterk punt omdat hierdoor resultaten voorzichtig gegeneraliseerd kunnen worden naar de gehele steekproef. Voor zover bekend is er niet eerder een studie gedaan naar langetermijneffecten 2 tot 5 jaar na een internetbehandeling. Tevens is er ook geen ander onderzoek beschikbaar die (lange termijn) behandeluitkomsten laten zien van ex-deelnemers die de behandeling voortijdig hebben beëindigd.

In deze studie werd zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve onderzoeksmethode gebruik, waardoor resultaten konden worden uitgediept en onderbouwd. Hierdoor was de mogelijkheid om de EQ-VAS uit de online vragenlijst die verkeerd geïnterpreteerd was na te vragen. Hieruit bleek dat een respondent 80 bedoelde in plaats van 800. Dit antwoord werd in de data gecorrigeerd.

Voor zover bekend is er niet eerder onderzoek gedaan naar langetermijneffecten van 2 tot 5 jaar na deelname aan een internetbehandeling. Daarnaast is er ook geen onderzoek

bekend die verschillen in behandel-effecten heeft onderzocht tussen completers en dropouts op de lange termijn. Dit onderzoek kan wellicht een op stap zijn voor verder onderzoek in de toekomst.

Beperkingen

Het betrof een vrijwillig onderzoek, waardoor resultaten wellicht positiever zijn uitgevallen. Ex-deelnemers waar het momenteel (veel) “minder” mee gaat vullen waarschijnlijk minder snel een vragenlijst in. Het kan zijn dat ex-deelnemers die geen baat hebben gehad de follow-up vragenlijst niet hebben ingevuld. Hierover is geen onderzoek van beschikbaar. Gezien het ontbreken van een controlegroep kunnen er geen harde conclusies getrokken worden op basis van de resultaten.

In de studie hebben 45 respondenten de vragenlijst onvolledig ingevuld en konden daardoor niet meegenomen worden in de resultaten. Er is een mogelijkheid dat de behandel-effecten op zowel alcoholconsumptie als gezondheid voor deze respondenten minder goed is en de resultaten iets anders zouden zijn als deze gegevens wel meegenomen konden worden. Tevens heeft de groep dropouts geen nameting ingevuld en konden deze gegevens niet worden meegenomen in de vergelijking tussen alle meetmomenten. Het is gebleken dat dropouts significant hoger scoren op alcoholconsumptie en slechtere gezondheid hebben. Wanneer deze gegevens wel meegenomen konden worden bij de vergelijking met alle meetmomenten, verwachten we dat de lange termijn resultaten iets lager zouden uitvallen.

De telefonische interviews zijn door twee verschillende personen afgenomen en dit kan wellicht de resultaten beïnvloed hebben. Ook betrof het een interview met openvragen, die moeilijker te interpreteren zijn dan (semi)gestructureerde vragen.

Aanbevelingen praktijk

Aanbeveling voor de praktijk is om te kijken of er een nazorgtraject in gang gezet kan worden waardoor de behandelresultaten op lange termijn behouden blijven. Respondenten gaven in het telefonisch interview aan dat ze het prettig vonden dat er contact met hun werd opgenomen om deelname aan de behandeling te evalueren. Deelnemers gaven aan dat af en toe contact, een langere periode van nazorg of langer toegang tot de inloggegevens een extra ondersteuning zou kunnen bieden. Uit onderzoek van Kaminer et al. (2008) blijkt dat de alcoholconsumptie van de experimentele groep die nazorg kreeg meer was verminderd vergeleken met de controle groep. Eventueel kan een langere of intensiever vorm van nazorg het behandel-effect op lange termijn in stand houden of zelfs verbeteren. Uit onderzoek blijkt

dat een alcoholverslaving meer als een chronische ziekte moet worden beschouwd en een terugval meerdere malen voor komt. Rehm (2003) omschrijft in zijn onderzoek dat het een hersenziekte is met een grote kans op een progressief verloop. Gezien het chronische verloop is het noodzakelijk om continue zorg op de lange termijn aan te bieden, als een onderdeel van het behandelverloop (Mckay & Hiller-Stormhöfel, 2011). Een lichte nazorgtraject zoals telefonische ondersteuning of gerichte feedback leidt al tot betere resultaten (Mckay et al. 2010). De frequentie van de nazorgmomenten kan naarmate het goed gaat met de cliënt worden bijgesteld. De tijd tussen de contactmomenten kan dan langer worden. Echter blijvend ondersteuning noodzakelijk en belangrijk. Ook is het van belang zodat bij terugval de drempel naar hulpverlening niet meer zo hoog is, want er is immers al een binding met de zorg.

De gegeven verbeter suggesties kunnen wellicht een bijdrage leveren om de behandeling te verbeteren en hierdoor het uitvalpercentage te verminderen. In de vragenlijst en het telefonische interview werd als suggestie aangegeven om meer flexibiliteit toe te brengen en meer te individualiseren op de behoeften van de deelnemer. Door bijvoorbeeld het invoeren van het digitaal verder kunnen in de behandeling wanneer de module niet aansluit of de mogelijkheid om modules langer te volgen. Daarnaast werd er aangegeven om bij afronding van de behandeling het nazorgtraject te individualiseren op de behoefte van de deelnemer. Ook werd er een gemis in persoonlijk contact en interactie ervaren, een wekelijks contact moment per telefoon of face-to-face zou een uitkomst kunnen bieden om een beter behandel effect te halen en behouden. Er is een nieuwe vorm internetbehandeling in ontwikkeling ‘blended’ behandelen waarin behandelcontacten via internet worden gecombineerd met reguliere behandelcontacten, echter naar de effecten is nog geen onderzoek gedaan (Blankers, Donker & Riper, 2013). Wellicht zou het toepassen van deze vorm al een groot deel van de dropouts kunnen verminderen en tot een beter behandel effect kunnen leiden. Doordat er op deze manier ook ruimte is voor persoonlijk contact en interactie, zou dit een groot voordeel kunnen zijn voor belangrijke momenten waarin enige verduidelijking of extra aandacht nodig is. Hierin is non-verbale communicatie van de hulpverlener naar de cliënt en andersom erg belangrijk voor het oppikken van (non-verbale) signalen (Barak, Hen, Bniel-Nissim & Shapira, 2008) zoals mimiek en houding. De behandeling zou meer gepersonaliseerd kunnen worden doordat op basis van de ernst van de verslavingsproblematiek tijdens de intake waarna een persoonlijke behandeling wordt opgesteld. Het zou kunnen dat sommige cliënten het nodig hebben bepaalde modules langer te volgen of korter, eventueel in combinatie met telefoongesprekken voor extra ondersteuning.

Ten slotte werden er ook suggesties gegeven voor het onder de aandacht brengen van AdB door; (social) media, verspreiden van folders, groepsbehandeling en via huisarts.

Suggesties vervolgonderzoek

De MAP-HSS, DASS-21, EQ5D en EQ VAS waren niet opgenomen in de intake en nameting in 2009-2011. Hierdoor konden de gegevens van deze uitkomstmaten niet vergeleken worden met deze meetmomenten. Onderzoek naar lange termijn follow-up langer dan 12 maanden zal voor deze maten nog uitgevoerd moeten worden om hier inzicht in te krijgen. Tevens hebben de deelnemers die de behandeling niet hebben afgerond de nameting niet ingevuld en kon voor deze respondenten geen vergelijking worden gemaakt met dit meetmoment.

Het meetinstrument EQ5D, voor het meten van kwaliteit van leven omvat slechts drie meetniveaus waardoor deze minder gevoelig is voor verschillen in gezondheidstoestanden en daardoor ook minder betrouwbaar. Voor vervolgonderzoek is het goed om een ander instrument voor kwaliteit van leven op te nemen, zoals het meetinstrument AIQoL9 om kwaliteit van leven te meten bij mensen met alcoholproblematiek, met een hoge validiteit en interne consistentie (Malet, Llorca, Beringuier, Lehert & Falissard, 2006).

De groep dropouts hadden “ernstiger” alcoholproblematiek waardoor zij waarschijnlijk niet voldoende baat hebben gehad bij de internetbehandeling en daardoor meer alcohol consumeren en lichamelijke of psychische klachten ervaren. De groep dropouts in dit onderzoek is een kleine groep (n=41) daardoor zijn de resultaten voor deze groep slechts een indicatie en is de generaliseerbaarheid niet voldoende. Verder onderzoek met een grotere steekproef is nodig om een goed beeld te krijgen. Daarnaast is het belangrijk dat alle deelnemers die de behandeling voortijdig beëindigen ook een nameting invullen om in de toekomst een beter beeld te kunnen krijgen wat verschillen zijn tussen completers en dropouts op lange termijn.

Om de duurzaamheid van de bevindingen goed te kunnen beoordelen is toekomstig onderzoek naar lange termijn follow-ups langer dan 12 maanden en (lange termijn) behandelverschillen tussen completers en dropouts noodzakelijk.

Referentielijst

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (5th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe: A public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies
- Andersson, G., Hesser, H., Veilord, A., Svedling, L., Andersson, F., Sleman, O., Mauritzson, L. et al. (2013). Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 151, 986-994.
- Baarda, D.B., & de Goede, M.P.M. (2006). *Basisboek methoden en technieken.. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Groningen/Houten. Wolters-Noordhoff uitgevers BV.
- Barak, A., Klein, B. & Proudfoot, J.G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine* 38, 4-17. DOI: 1.1007/s12160-009-9130-7.
- Beurs de, E., Dyck van, 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.
- 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(3) 330-341
- Bongers, M.B., van Oers, B., van de Goor, H. A. M., Garretsen, I. A. M. (1997) Alcohol use and problem drinking: Prevalences in the general Rotterdam population. *Subst Use Misuse* 32:1491–1512.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42:937–944 DOI 10.1007/s00127-007-0239-3

- Eysenbach, G. (2001). What is eHealth? *Journal of Medical Internet Research* 3(2), e20, DOI: 10.2196/jmir.3.2.e20.
- Iwamoto, D., Castellanos, J. & Takamatsu, S. (2012). Binge drinking als Alcohol-Related Problems among U.S.-Born Asian Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. Jul 2012; 18(3): 219-227.
- Statline. Leefstijl, preventief onderzoek, persoonskenmerken. Centraal Bureau voor de Statistiek (2012). Verkregen op 14 februari, 2014 via www.cbs.nl.
- Christensen, H., Griffiths, K.M. & Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression: *Systematic review. Journal of Medical Internet Research*, 11 (2).
- Cunningham, J.A., Wild, T.C., Cordingley, 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.
- EuroQol, Group Brooks R. *EuroQoL (2006): the current state of play. Health Policy*. 37:53-72.
- Huizingh E. (2010). IBM SPSS Statistics. Den Haag. Sdu Uitgevers.
- Kaminer Y, Bureson J.A., Burke R.H. Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2008 (47) 1405-1412
- Keizer, H., Postel, M., Westendorp, H., & Brenninkmeijer, M. (2007). Ontwikkeling Alcoholdebaas.nl internetbehandeling. Amersfoort: GGZ Nederland, Resultaten Scoren.
- Koski-Jannes A, Cunningham J, Tolonen K. (2009) Self-assessment of drinking on the internet 3-, 6- and 12- month follow-ups. *Alcohol and alcoholism* (44): 301-305
- Laar, M. W., Cruts A. A. N., van Ooyen-Houben M.M.J., Meijer, R.F., Croes, E.A., Ketelaars, A.P.M., et al. (2013) Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2012. Ministerie van Veiligheid en Justitie & Trimbos-Instituut Utrecht. Verkregen op 13 februari, 2014, via www.trimbos.nl.

- LADIS. (2013). Kerncijfers Verslavingszorg 2012. Houten: Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem.
- Lovibond, P.F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-342.
- Malet L., Reynaud M., Llorca P., Beringuier, B., Lehert, P., Falissard, B., (2006). ALQOL9 for measuring quality of life in alcohol dependence. *Alcohol & Alcoholism*, 41, (2), 181-187.
- Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmannen et al., 1998. The Maudsley Addiction Profile (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 1998, 93, 1857-1867
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Moyer, A., Finney, J.W., Swearingen, C.E., Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Journal of Addiction*, 97, 279–292
- Moore, D.S., & McCabe, G.P. (2007). *Statistiek in de praktijk: Theorieboek* (5^e ed.) . Den Haag, Sdu Uitgevers.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2013). Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5. NIH Publication via www.niaaa.nih.gov • 301.443.3860 No. 13–7999
- Postel, M. G., de Haan, H. A., & de Jong, C. A. J. (2008). E-therapy for mental health problems: A systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 14(7), 707-714.
- 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., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & de Jong, C. A. J. (early online, 29 July 2011). Characteristics of problem drinkers in e-therapy versus face-to-face treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*.
- Postel, M. G., de Haan, H. A., & de Jong, C. A. J. (2010). Evaluation of an e-therapy program for problem drinkers: A pilot study. *Substance Use & Misuse*.
- Postel, M.G., ter Huurne, E. D., de Haan, H.A. & de Jong, C.A.J. (2009). Alcoholdebaas.nl. Drie jaar online hulpverlening voor probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 357-372.
- Postel, M.G., de Haan, H.A., ter Huurne, E.D., Becker, E., & de Jong, C.A.J.(2010) Effectiveness of a Web-based Intervention for Problem Drinkers and Reasons for Dropout: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4), e68.
- Postel, M. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., van der Palen, J., Becker, E. S., & de Jong, C. A. J. (in press). Attrition in Web-based Treatment for Problem Drinkers. *Journal of Medical Internet Research*.
- Reichheld, F. (2006). *The Ultimate Question. For Unlocking the Door to Good Profits and True Growth*. Harvard Business School Press. Boston, Massachusetts.
- Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health. High tech, high touch, high trust*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Riper, H., Straten, A. van, Keuken, M., Smit, F., Schippers, G. & Cuipers, P. (2009). Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions: a meta-analysis. *Am J Prev Med*. 36(3):247-55.
- Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conijn, B., Kramer, J., Martin-Abello, K., & Smit, F. (2011). *Effectiveness of E-Self-Help Interventions for Curbing Adult Problem Drinking; A Meta-Analysis*. *J Med Internet Res*, 13(2): e42.
- Ritterband, L.M., Gonder-Frederick, L.A., Cox, D.J., Clifton, A.D., West, R.W. & Borowitz, S.M. (2003). Internet interventions: *In review, in us, and into the future*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (5), 527-534.

- Ritterband, L.M., Thorndike, F.P., Cox, D.J., Kovatchev, B.P., & Gonder-Frederick, L.A. (2009). A behavior change model for internet interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38 (1), 18-27.
- Schramade, M., & Nabitz., U. (2005). Ondernemen in kwaliteit, een integrale en resultaatgerichte aanpak: de casus Jellinek, 1st ed. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schippers GM, Broekman TG, Bucholz A, et al. (2010) Measurements in the Addictions for Traige and Evaluation (MATE): an instrument based on the World Organization family of international classifications. *Addiction* 2010;105: 862-871
- Sobell MB, Sobell LC (2000). Stepped Care as a Heuristics Approach to the treatment of Alcohol Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Smit, F., Lokkerbol, J., Riper, H., Cristina Majo, M., Boon, B. & Blankers, M. (2011). *Modeling the Cost-Effectiveness of Health Care Systems for Alcohol Use Disorders: How Implementation of eHealth Interventions Improves Cost-Effectiveness*. *J Med Internet Re*, 13(3)e56.
- Van Spijker, A.J., van Straten, A., Kerkhof, J.F.M. (2014) Effectiveness of Online Self-Help for Suicidal Thoughts: Results of a Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE* 9(2): e90118. doi:10.1371/journal.pone.0090118.
- Valkenburg, H., van der Lely, N., Brugmans, M. (2007). Alcohol en jongeren: een ongelukkige combinatie. *Medisch contact online*.
- Van den Brink W, Van Bueren L, Drenthen A, et al. Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, CBO, Trimbos-Instituut, 2009
- Wallace, P., Murray, E., McCambridge, J., Khadjesari, Z., White, IR., et al. (2011) On-line randomize controlled trial of an internet based psychologically enhaced intervention for people with harzadous alcohol consumption. *Plos One*. 2011; 6 (3): e14740.

Bijlagen

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
- ☐ 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.

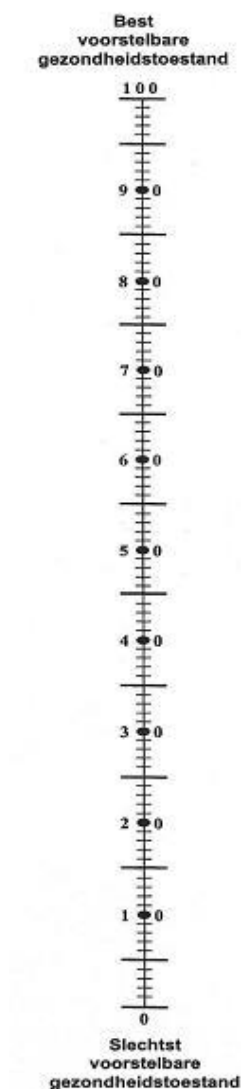
Antwoordcategorieën: ‘Zeer mee oneens’; ‘Mee oneens’; ‘Deels eens, deels oneens’; ‘Mee eens’; ‘Zeer mee eens’.

- ☐ 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.

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 buren?
- 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 spreek ik met meneer/mevrouw?

Antwoord:.....

U spreekt met.....

Ik bel u namens het team Alcoholdebaas. U heeft onlangs een online vragenlijst ingevuld en hierin aangegeven dat we u mochten benaderen voor een telefonisch interview. Bel ik u gelegen?

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.