

MATTHIJS BLANKERS, ROEL KERSEMAKERS, MARK SCHRAMADE & GERARD SCHIPPERS

Eerste ervaringen met internet-zelfhulp voor probleemdrinkers

Mensen met een drankprobleem zoeken niet gemakkelijk professionele hulp. Sneller zetten ze de stap naar *online* zelfhulp. Op het internet kun je anoniem maar mét persoonlijke ondersteuning de strijd aangaan.

Het internet is in Nederland erg populair als bron van gezondheidsgegevens. Uit onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (Van Rijen, 2005) blijkt dat Nederlanders vaker dan inwoners van omliggende landen gebruik maken van het internet om informatie te zoeken over gezondheidsproblemen. Driekwart van de Nederlandse internetgebruikers heeft in 2005 informatie over gezondheid opgezocht (RVZ, 2006). Gezondheidsinterventies via het internet zijn daarom een voor de hand liggende uitbreiding van het reguliere zorgaanbod. Vooral in de *geestelijke gezondheidszorg* groeit het aantal interventies gestaag: in hun *Programmeringsstudie E-Mental Health* beschrijven Riper e.a. (2007) veertien interventies voor depressie, zes voor angststoornissen, 27 voor uiteenlopende psychische klachten en achttien voor probleemdrukken.

De wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische interventies via internet stapelt zich langzaam op. Spek e.a. (2006) vergeleken de uitkomsten van twaalf gerandomiseerde, gecontroleerde trials met elkaar. Deze meta-analyse bevatte onderzoeken naar interventies voor angststoornissen en depressiviteit, en vond respectievelijk grote en kleine effecten in vergelijking met de controlegroepen. Behandelingen die (ook) e-mailcontact met een hulpverlener bevatten, behaalden meer resultaat.

Over het nut van internetinterventies bij problematisch gebruik van alcohol of drugs is nog weinig gepubliceerd (Copeland & Martin, 2004).

Niettemin lopen er op dit gebied diverse initiatieven. Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) ontwikkelde de website www.drinktest.nl, met informatie en advies over alcoholgebruik. Het Trimbos-instituut ontwikkelde (in samenwerking met de Jellinek kliniek en het NIGZ) www.minderdrinken.nl. Tactus behandelt mensen met verslavingsproblemen online via www.alcoholdebaas.nl. Brijder Verslavingszorg (een onderdeel van de Parnassia Groep) ontwikkelde een vorm van cognitieve gedragstherapie (leefstijltraining) via het internet voor mensen met alcohol- of gokproblemen. Ook de Jellinek, thans opgegaan in JellinekMentrum, is in dezen actief – en daarover gaat dit artikel.

1033

De Jellinek biedt sinds 2002 via www.jellinek.nl zogenaamde *zelfhulpmodules* aan. Aanvankelijk werd op de website voornamelijk algemene informatie verstrekt. Omdat bleek dat een aanzienlijk deel van de bezoekers behoefte had aan op maat gesneden advies, ontwikkelden we online zelfhulpmodules.

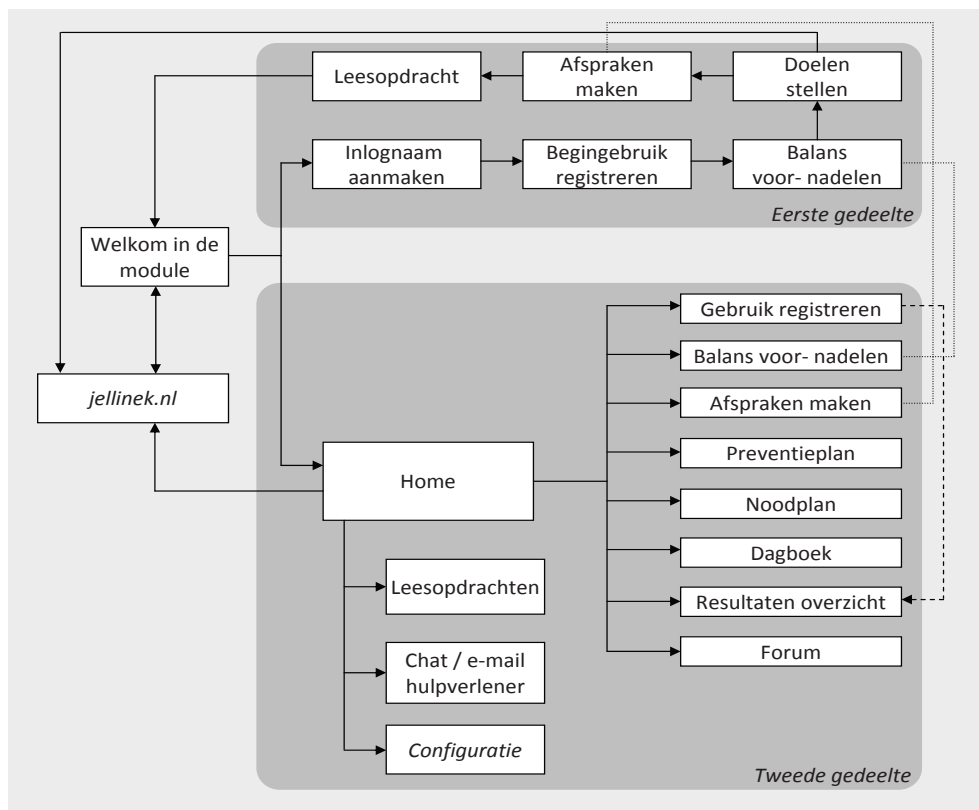
Bezoekers van www.jellinek.nl kunnen op de *homepage* doorklikken naar drie hoofdstromen. Eén stroom leidt hen naar informatie over middelen, risico's en verslaving. De tweede adviseert hen over hun eigen middelgebruik of dat van mensen in hun omgeving. Hier vinden ze onder meer mogelijkheden om het eigen gebruik te testen, tips om een gesprek aan te gaan met een naaste die problematisch gebruikt, en een link naar het Jellinek Jeugdnet. De derde stroom geeft toegang tot de zelfhulpmodules die bezoekers inzicht verschaffen in hun gebruikspatroon, en hen adviseren en ondersteunen als ze dat patroon willen veranderen. Het uitgangspunt van de zelfhulpmodules is dat de deelnemer zonder geregeld contact met een hulpverlener werkt aan gedragsverandering. Het gebruiken van de zelfhulpmodules is gratis, zodat ze laagdrempelig zijn.

Met behulp van deze zelfhulpmodules kunnen mensen zichzelf helpen om hun gebruik te verminderen of geheel te stoppen. Wie daar behoefte aan heeft, kan op gezette tijden even chatten of mailen met een hulpverlener van de Jellinek. De zelfhulpmodules zijn afgeleid van protocollen voor cognitieve gedragstherapie bij alcoholproblemen. Deze worden in de verslavingszorg toegepast onder de naam Leefstijltraining (CCBT) (De Wildt, 2000), Alcohol- of drugsgebruik wordt beschouwd als 'contextafhankelijk', aangeleerd gedrag. De interventie bestaat uit het leren herkennen en vermijden van omgevingsfactoren die gebruik uitlokken, het zoeken naar andere manieren om emoties of driften te reguleren, en uit vaardigheidstraining om 'trek' (*craving*) te weerstaan (Waldron & Kaminer, 2004).

Online zelfhulpmodule alcohol

Inschrijving en deelname aan de zelfhulpmodules verloopt geheel geautomatiseerd. Hierdoor is het aantal personen dat tegelijkertijd online kan zijn niet afhankelijk van de beschikbaarheid van hulpverleners. Om zich in te schrijven moet men inloggen. De deelnemers kunnen zelf een gebruikersnaam en wachtwoord kiezen, zodat hun privacy is gewaarborgd. Desgewenst kunnen ze per e-mail een automatische herinnering krijgen wanneer ze de zelfhulpmodule gedurende twee weken niet hebben bezocht.

Figuur 1 **Onderdelen zelfhulpmodule**



Figuur 1 geeft de verschillende onderdelen van de zelfhulpmodule alcohol weer. In het eerste gedeelte wordt de deelnemer gevraagd naar het alcoholgebruik in de afgelopen week. Vervolgens worden voor- en nadelen worden op een rijtje gezet en doelen gesteld: minderen of helemaal stoppen? Ook wordt bekeken hoe men die doelen kan bereiken. Aan het einde van dit eerste

gedeelte krijgt de deelnemer advies hoe hij of zij kan omgaan met gevoelens van trek. In totaal bestaat dit eerste gedeelte uit zes stappen. Het tweede gedeelte van de zelfhulpmodule bestaat uit zes behandelonderdelen, een resultatenoverzicht en een viertal leesopdrachten. Op een forum kunnen deelnemers elkaar ontmoeten. Daarnaast biedt de module een voorziening om per e-mail contact op te nemen met de Jellinek.

De behandeling rust op vier pijlers. De eerste is het *rapporteren* van gebruik en risicosituaties, en het formuleren van doelen. Dagelijks registreert de deelnemer hoeveel hij of zij de dag ervoor heeft gedronken en beschrijft daarbij de omgevingsfactoren. Dit helpt om risicosituaties te leren herkennen en te benoemen.

De tweede pijler is het krijgen van *feedback*. Die feedback wordt automatisch gegenereerd op basis van het gerapporteerde gebruik, vergeleken met het geformuleerde doel. Op deze manier wordt voor deelnemers inzichtelijk in hoeverre ze de doelen die zichzelf hebben gesteld verwezenlijken, en hoe hun gebruik zich ontwikkelt.

De derde pijler is het leren van *vaardigheden* en het krijgen van inzicht in het eigen alcoholconsumptiepatroon. De deelnemers krijgen leesopdrachten over het omgaan met trek en met sociale druk, over motivatie en over het inschatten van risicosituaties. Daarnaast worden ze gestimuleerd om dagboekfragmenten te schrijven (daar krijgen ze notitieruimte voor) en na te lezen.. Ook leren ze te anticiperen op risicosituaties waarin ze gemakkelijk worden verleid tot drinken.

Het onderhouden van *contact* met lotgenoten is de vierde pijler. Op het forum kunnen deelnemers hun ervaringen met zelfhulp bespreken en reageren op anderen. Zo ontstaat een online zelfhulpgroep waarin deelnemers elkaar kunnen steunen, motiveren en adviseren. Ook kunnen ze contact opnemen met een medewerker van de Jellinek. Elke werkdag is er een hulpverlener online die (via de chatfunctie) vragen kan beantwoorden. Per e-mail is de Jellinek uiteraard ook bereikbaar.

Evaluatieonderzoek

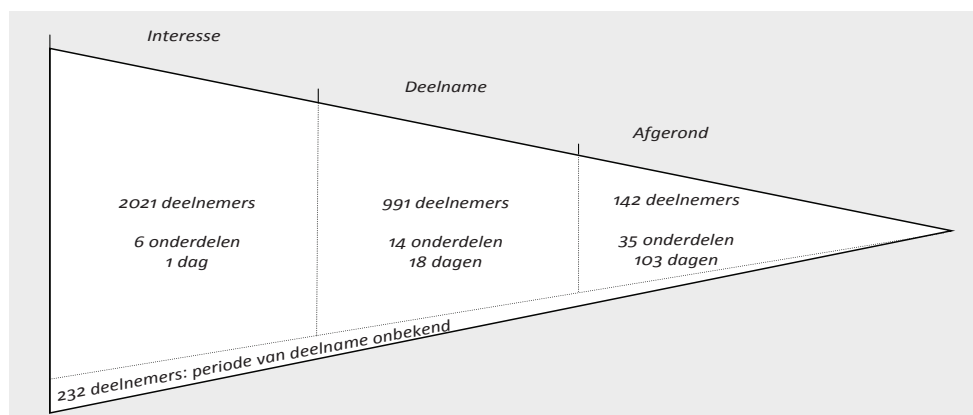
Tussen september 2003 en juli 2005 werden op www.jellinek.nl ruim 3.300 inlognamen aangemaakt; dat is gemiddeld 150 per maand. Zij die zich registreerden werd gevraagd naar hun geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonplaats en e-mailadres. 1.975 deelnemers gaven een functionerend e-mailadres op. De deelnemers werden gewezen op de mogelijkheid een hotmailadres aan te maken als ze op hun reguliere e-mailadres geen post van de Jellinek wilden ontvangen.

Om te onderzoeken wie gebruik maakten van deze internetmodule, hoe lang ze dat al deden, of ze er tevreden over waren en of deelname gepaard ging met gedragsverandering, maakten we gebruik van geanonimiseerde behandelgegevens uit de database waarin de activiteiten in de zelfhulpmodule worden opgeslagen,¹ en van vragenlijsten die we de deelnemers in juni 2005 toestuurd. De vragen hadden betrekking op demografische kenmerken, hun alcoholgebruik in de afgelopen week, en hun tevredenheid over de zelfhulpmodule. De vragen naar die tevredenheid hadden we overgenomen uit de GGZ-thermometer (Kok & Mulder, 2005), die ook wordt gebruikt bij het evalueren van de reguliere behandelingen van de Jellinek. Op 15 juni 2005 verstuurden we de vragenlijst per e-mail naar alle deelnemers die een e-mailadres hadden opgegeven (n=1.975). De lijst kon ingevuld worden teruggestuurd tot 21 juni 2005 – een week later.

We berekenden het alcoholgebruik van de deelnemers op twee manieren. In het eerste gedeelte van de zelfhulpmodule wordt gevraagd naar hun alcoholgebruik in de afgelopen week. Van elke dag wordt gevraagd hoeveel ‘standaardglazen’ alcohol ze hebben gedronken. Deze gegevens gebruikten we als voormeting.

Tijdens deelname aan het tweede gedeelte van de zelfhulpmodule registreert de deelnemer dagelijks alle risicosituaties en eventueel het gebruik. Op basis hiervan konden we het gebruik tijdens deelname berekenen. In de vragenlijst werd op dezelfde wijze als in het eerste gedeelte van de zelfhulpmodule gevraagd naar het alcoholgebruik in de afgelopen week. Deze gegevens beschouwden we als nameting. Doorat deze op één tijdstip plaatsvond, terwijl de deelnemers op verschillende tijden waren begonnen, vond de nameting voor sommige deelnemers kort na deelname plaats, terwijl anderen al toen langer klaar waren met de zelfhulpmodule.

Figuur 2 Deelname aan zelfhulpmodule alcohol (n=3.386)



Periode van deelname

De deelnemers kunnen op grond van hun deelname aan de zelfhulpmodule worden ingedeeld in drie groepen. Figuur 2 geeft inzicht in deze indeling.

Ongeveer 65% (n=2.021) van de bezoekers met 'interesse' keerden na het aanmaken van een gebruikersnaam niet meer teruggekeerd naar de zelfhulpmodule. Ruim 30% (n=991) bezocht de module nog minstens één keer, maar maakte haar niet af. Een kleine groep van zo'n 5% (n=142) deed dat wel. Dit betekent dat zij er gedurende minimaal vier weken actief aan hebben deelgenomen.

1037

Over de deelnemers weten we een aantal zaken. Gemiddeld zijn ze veertig jaar oud. Twee van de vijf (41%) zijn vrouw. 61% heeft een HBO- of universitaire opleiding afgerond. 27% woont in Amsterdam of in een van de omliggende gemeentes. Voordat de deelnemers beginnen met de zelfhulpmodule drinken ze gemiddeld zes glazen alcoholhoudende drank per dag. 68% heeft een betaalde baan.

Respondenten

Van 290 deelnemers ontvingen we antwoord op de vragenlijsten. Dat is 15% van alle mensen die een e-mailadres hadden opgegeven. In sommige gevallen was dat inmiddels ongeldig. (We weten niet hoeveel deelnemers een tijdelijk adres aangemaakt hebben). We kunnen ook niet nagaan in hoeverre dat de relatief lage response verklaart. Deze respondenten waren gemiddeld vier jaar ouder dan de deelnemers die de vragenlijst niet hadden teruggestuurd. Ook hadden ze langer deelgenomen aan de zelfhulpmodule. De verdeling tussen mannen en vrouwen, het aantal onderdelen waaraan ze hadden deelgenomen en het alcoholgebruik in de week voordat ze aan de zelfhulpmodule begonnen, verschilde niet significant tussen deze twee groepen.

Op basis van de antwoorden op de vragenlijst (n=290) kunnen we de respondenten als volgt omschrijven. 45% van deze respondenten typeert het eigen alcoholgebruik als riskant. 21% beschouwt zichzelf als langdurig verslaafd. 6% zegt dat ze niet ten minste geregeld alcohol hebben gedronken in de afgelopen periode. Met een gemiddeld gebruik van ruim zes glazen per dag is de alcoholconsumptie onder de respondenten meer dan twee keer zo hoog als de WHO-norm. Voor 21% was de zelfhulpmodule de eerste interventie om iets aan het alcoholgebruik te doen. 18% was al eens eerder behandeld door een verslavingszorginstelling. 22% had de problemen met de huisarts besproken. De overige 39% noemde allerlei andere interventies, zoals de Anonieme Alcoholisten, internetforums en gesprekken met een psycholoog.

Tevredenheid

83% van de respondenten zegt tevreden te zijn met de gebruiksvriendelijkheid van de zelfhulpmodule – het gemiddeld rapportcijfer is 6,4. Hoewel voldoende, is dit toch teleurstellend in vergelijking met de *face-to-face* behandeling (Leefstijltraining 1), die in 2004 bij de Jellinek een 7,6 kreeg. Reden temeer om de verbetersuggesties van de respondenten (die we straks beschrijven) serieus te nemen.

De voornaamste redenen om via internet aan het alcoholgebruik te werken, was voor meer dan de helft van de respondenten dat ze anoniem konden blijven en dat de module flexibel is. Er kleven geen verplichtingen aan deelname en je kunt ook buiten kantooruren terecht. Dat laatste gebeurt ook daadwerkelijk: 40% van alle activiteit in de module vindt plaats buiten kantooruren en 27% in het weekend.

Slechts 20% van de respondenten zegt dat ze een reguliere behandeling zouden hebben gekozen wanneer de zelfhulpmodule er niet was geweest. Slechts 15% zegt tijdens de nameting dat ze een volgende keer hulp zoeken bij de reguliere verslavingszorg. Verslavingszorg via het internet trekt kennelijk niet dezelfde mensen aan als de reguliere behandeling.

Tabel 1 **Verbetersuggesties van de respondenten***

Onderwerp	Aantal personen	%
interactie met Jellinek	32	21,9
interactie algemeen	18	12,3
interactie met andere deelnemers	14	9,6
aanpassingen aan de website	26	17,8
meer informatie	7	4,8
niets	27	18,5
overig	22	15,1
Totaal	146	100

Tabel 1 geeft een overzicht van de verbeteringen die de respondenten hebben gesuggereerd. In totaal deden 146 van de 290 respondenten een suggestie. Het gebrek aan *interactie* werd vaak genoemd – 44% van de respondenten die een verbetersuggestie deed, vond dat vooral de interactie beter kon. Er was niet voldoende mogelijkheid om op gezette tijden te communiceren met een hulpverlener. Liever had men directe en persoonlijke feedback gekregen op het geregistreerde gebruik, of een persoonlijke e-mail na een periode van inactiviteit. 18% van hen vond dat de module aangepast moest worden. De

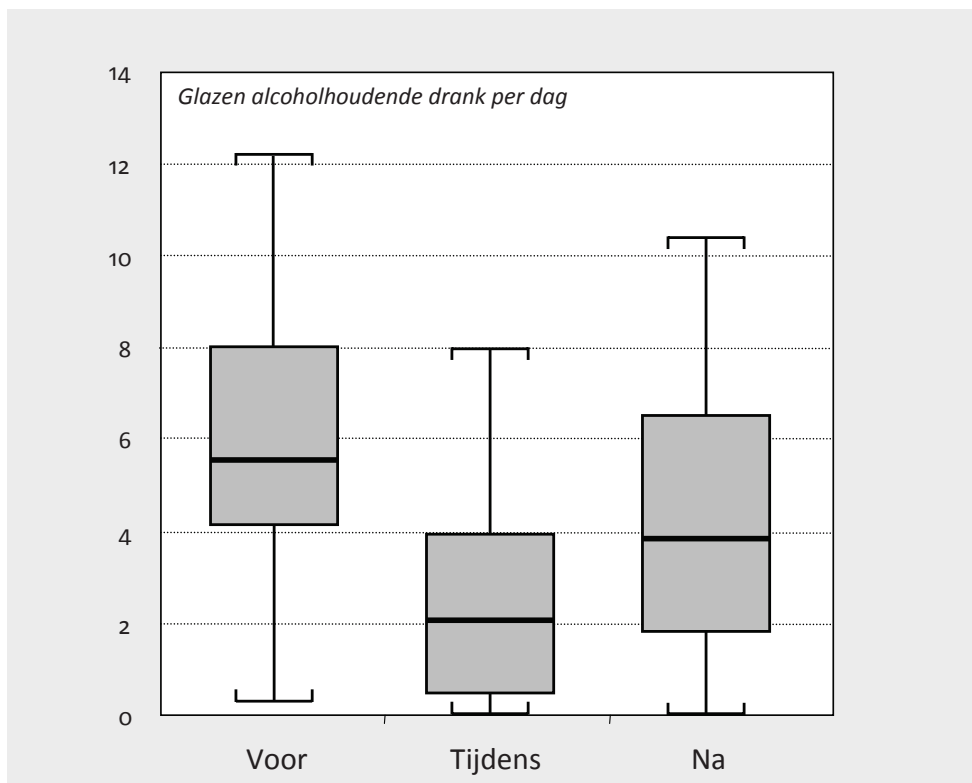
suggesties gingen ondermeer over de structuur en overzichtelijkheid ervan, maar ook over de toegankelijkheid met oudere webbrowsers. 10% van de mensen die een suggestie hadden, miste de interactie met lotgenoten. Het forum was een stap in de goede richting, maar men vond dat er een chatbox moest komen om de mogelijkheid tot interactie en wederzijdse steun verder uit te breiden. Voor 19% van de respondenten die deze vraag beantwoordden hoefden er geen verbeteringen in de module doorgevoerd te worden. Zij zijn in de tabel geschaard onder 'niets'.

1039

Verandering in alcoholgebruik

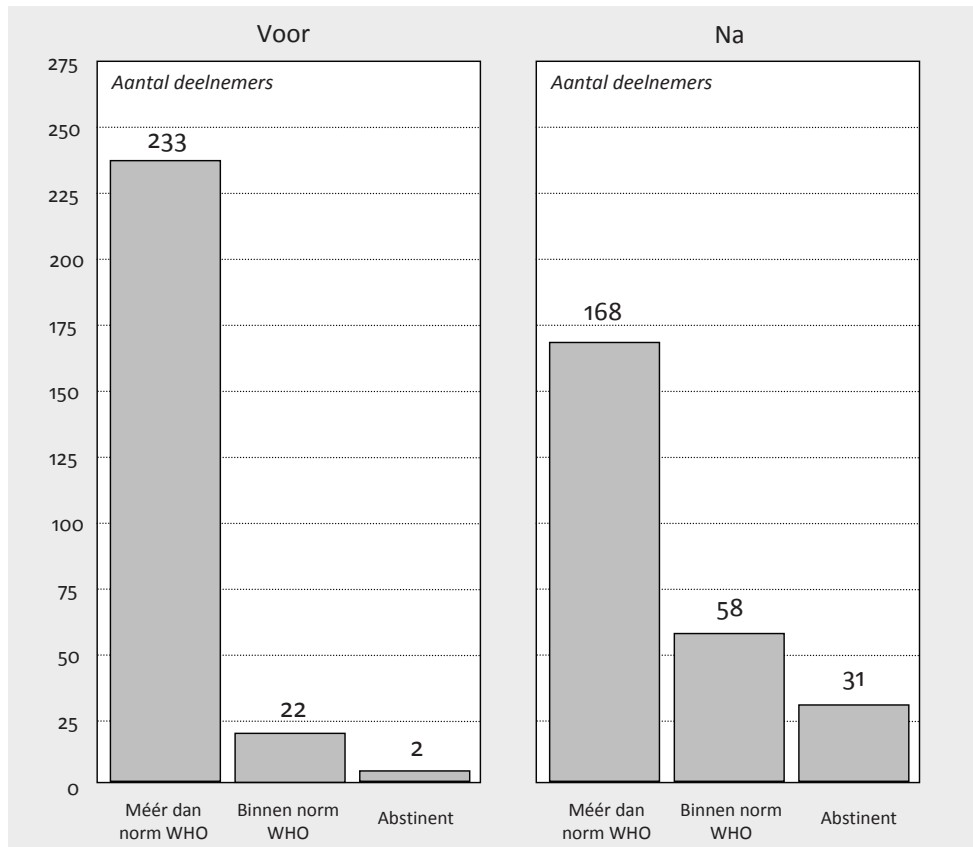
Leidt deelname aan de zelfhulpmodule tot minder drinken? Er zijn 991 actieve deelnemers die in de beschreven periode meer dan één dag met de zelfmodule hebben gewerkt. Van 106 van hen, bijna 10%, hebben we een vragenlijst terugontvangen over het alcoholgebruik voor, tijdens en na deelname aan de zelfhulpmodule. In Figuur 3 geven de boxplots² het aantal geconsumeerde glazen alcoholhoudende drank per dag weer.

Figuur 3 Alcoholgebruik deelnemers zelfhulpmodule (n=106)



Vóór deelname dronk de helft van deze respondenten tussen de vier en acht glazen alcoholhoudende drank per dag. Dit halveerde tijdens deelname tot tussen de een en vier glazen per dag. In de periode waarin de nameting plaatsvond (voor sommigen kort en voor anderen langer na deelname) dronk de helft van de respondenten twee tot zes glazen per dag. Gemiddeld dronken alle respondenten voorafgaand aan hun deelname 6,7 glazen per dag. Tijdens de nameting dronken ze gemiddeld nog vijf glazen op een dag. Het verschil in alcoholgebruik tussen de voormeting en de nameting is significant: $t(105) = 4.690$, $p < .0005$.

Figuur 4 Veranderingen in alcoholgebruik (n=257)



In Figuur 4 zijn de respondenten van wie het alcoholgebruik in de voor- en in de nameting gemeten is, ingedeeld in drie groepen. Eén groep bestaat uit deelnemers die niet drinken (abstinent), een tweede groep uit deelnemers die binnen de WHO-norm drinken. De derde groep omvat deelnemers die onverantwoord drinken (meer dan de WHO-norm). Toetsing laat zien dat de verschuiving in de drie groepen tussen voormeting en nameting significant is. Abstinent: $\chi^2(257) = 25.290$, $p < .0005$; binnen de WHO-norm: $\chi^2(257) = 21.875$, $p < .0005$; en meer dan de WHO-norm: $\chi^2(257) = 53.195$, $p < .0005$. Iets meer dan de helft van de respondenten dronk tijdens de nameting meer dan drie glazen per dag, wat volgens de WHO-norm verantwoord alcoholgebruik³ kan worden gekenschetst als ongezond. Toch zijn tijdens de nameting meer deelnemers abtinent en drinken minder deelnemers onverantwoord. 12% van de respondenten (31 personen) van wie tijdens de nameting het alcoholgebruik is vastgesteld, is gestopt met het drinken van alcohol in de week voorafgaand aan de nameting. 18% heeft het alcoholgebruik teruggebracht tot binnen de WHO-norm. In totaal drinkt 28% van de respondenten die bij de voormeting overmatig dronken, tijdens de nameting verantwoord volgens de norm van de WHO

1041

Slotoverweging

Het internet is een medium waarlangs ook de verslavingszorg haar diensten kan verlenen. De zelfhulpmodule alcohol van de Jellinek wordt daadwerkelijk gebruikt bij het veranderen van het drinkgedrag. Behandelvormen via internet verdienen een plaats binnen het zorgaanbod van verslavingszorginstellingen; ze trekken deelnemers die niet afkomen op het bestaande, reguliere aanbod. Dit resultaat is in lijn met wat Postel e.a. (2005) concluderen: een nieuwe groep cliënten, relatief vaak vrouw en hoger opgeleid, voelt zich aangetrokken tot behandeling via internet.

Veel deelnemers maken de module echter niet af; drop-out komt minstens zo vaak voor als in de reguliere behandelingen. De deelnemers vinden het moeilijk om gemotiveerd te blijven zonder persoonlijke feedback. Enerzijds is dit jammer, omdat de afwezigheid van zulke persoonlijke feedback juist een kenmerkend element van deze behandelbenadering is. Anderzijds spoort dit ons aan om te experimenteren met andere vormen van begeleide zelfhulp en online therapie (zie Schippers in MGv 07-09 [Beproefd]). Hiermee is de Jellinek eind 2006 dan ook begonnen.

Gezien de geringe respons en het ontbreken van een controlegroep kunnen we uit dit onderzoek weinig conclusies trekken. De gevonden gedragsverandering stemt wel hoopvol. De gerandomiseerde klinische *trial*

waar we op dit moment aan werken en waarin we deze module vergelijken met zowel de nieuw ontwikkelde online therapie van JellinekMentrum als met een controlegroep, levert naar verwachting meer helderheid op over de effectiviteit van deze vorm van zelfhulp via het internet voor probleemdrinkers.



Noten

- 1 De behandelgegevens worden beheerd en beveiligd opgeslagen door Edividual B.V., die ook voor de technische realisatie van de module heeft gezorgd.
- 2 Een boxplot is een grafiek waarin de spreiding van een variabele wordt weergegeven aan de hand van de mediaan en het eerste en derde kwartiel. De onderste en de bovenste lijn geven respectievelijk de laagst en de hoogst voorkomende waarde weer. De lijn in de grijze box stelt de mediaan voor en de onder- en bovenrand van de box zijn respectievelijk het eerste en derde kwartiel. De helft van de waarnemingen ligt dus in de box. De mediaan hoeft niet overeen te komen met het rekenkundig gemiddelde.
- 3 De WHO norm verantwoord alcoholgebruik schrijft een maximale consumptie voor van 21 standaardglazen alcoholhoudende drank per week voor mannen, en 14 standaardglazen alcoholhoudende drank per week voor vrouwen.

Literatuur

- Copeland, J., & G. Martin (2004). Web-based interventions for substance use disorders: A qualitative review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 109-116.
- Kok, I., & E. Mulder (2005). *Clïentwaardering in*

de GGz: handleiding bij de diverse thermometers. Amersfoort: GGz Nederland

Rijen, A. van (2005). *Internetgebruiker en veranderingen in de zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Riper, H., F. Smit, R. van der Zanden, B. Conijn, J. Kramer & K. Mutsaers (2007). *E-mental health: high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie e-mental health in opdracht van het Ministerie van vws*. Utrecht: Trimbos-instituut. Zie www.i.com.nl

RVZ (2006). *Nieuwsbericht rvz*, 17 januari 2006, www.rvz.net.

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

Spek, V., P. Cuijpers, I. NyklíĎek, H. Riper, J. Keyzer & V. Pop (2006). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 20, 1-10.

Waldron, H.B., & Y. Kaminer (2004). On the learning curve: The emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99, 93-105.

Wildt, W. de (2000). *Achilles leefstijl 1*. Zeist: Cure & Care publishers.

Summary

M. Blankers, R. Kerssemakers, M.H. Schramade
& G.M. Schippers

'Initial experiences with Internet self-help for
problem drinkers'

► This article evaluates an online alcohol self-help module based on cognitive behavioural therapy. Questionnaires were distributed via the Internet among the participants. The observed behavioural change after participation is promising: 12% stopped drinking and another 18% considerably reduced their alcohol consumption. The authors can conclude that this type of self-help is effectively used to reduce alcohol consumption. They have since begun to experiment with other forms of online assistance.

1043

Personalia

Drs M. Blankers (1982), psycholoog, is werkzaam bij JellinekMentrum en onderzoeker bij het Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR).

Adres: m.blankers@amc.uva.nl

Drs R. Kerssemakers (1952), sociaal-psycholoog, is senior-preventiemedewerker bij JellinekMentrum Preventie, Amsterdam.

Ir. M.H. Schramade (1970), is Directeur particuliere zorg JellinekMentrum, Amsterdam.

Prof. dr G.M. Schippers (1947), is bijzonder hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie, Amsterdam Institute for Addiction Research AIAR, Amsterdam