

Jellinek Online Zelfhulp

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Jellinek Preventie
Postadres: Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR, Amsterdam
E-mail: preventie@jellinek.nl
Telefoon: 020-5901330

Website (van de interventie): jellinekzelfhulp.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam: Tamara de Bruijn
E-mail: tamara.de.bruijn@jellinek.nl
Telefoon: 020-5901318 / 06-15822615

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Tamara de Bruijn, Tom Bart en Elske van Putten
Titel interventie: Jellinek Online Zelfhulp
Databank(en): Interventiedatabase Gezond en Actief Leven
Plaats, instituut: Amsterdam, Jellinek
Datum: 28-03-2019

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op Loketgezondleven.nl en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	5
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing	16
4. Onderzoek	23
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	23
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	24
5. Samenvatting Werkzame elementen	26
6. Aangehaalde literatuur	27
7. Praktijkvoorbeeld	31

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Met de Jellinek Online Zelfhulp kunnen mensen door middel van zelfmanagement online werken aan het veranderen van hun gebruik. Het programma is gratis en anoniem en geschikt voor mensen die op een riskante manier alcohol, tabak, cannabis of cocaïne gebruiken of gokken. De zelfhulp richt zich op de beïnvloedbare psychische en gedragsmatige determinanten kennis, attitude, sociale invloed en vaardigheden.

Deelnemers registreren dagelijks hun gebruik en krijgen oefeningen en leesopdrachten aangeboden, die zijn gebaseerd op gedragstherapeutische principes, motivationele en zelfcontrole technieken. De onderdelen zijn gericht op psycho-educatie, het creëren van bewustzijn, stellen van doelen, ondernemen van actie, aanleren van meer bruikbare gedachte- en gedragspatronen en terugvalpreventie.

Om het gebruiksgemak te vergroten kan het dagelijks registreren van het gebruik gedaan worden via een mobiele app. Verder beschikt het zelfhulp-programma over een beloningssysteem, een dagboekfunctie, een deelnemersforum en educatieve animaties. De duur van het programma is minimaal 25 dagen, maar de deelnemer kan er voor kiezen om langer actief te blijven.

Doelgroep – max 50 woorden

De doelgroep bestaat uit volwassenen van 18 jaar en ouder, man en vrouw, die op een riskante manier alcohol, tabak, cannabis of cocaïne gebruiken of gokken en hiermee op eigen kracht en in hun eigen tijd willen minderen of stoppen.

Doel – max 50 woorden

Het doel van de Jellinek Online Zelfhulp is het op een laagdrempelige wijze ondersteunen van deelnemers bij het zelfstandig minderen van, of stoppen met, het gebruik van alcohol, cannabis, cocaïne, tabak of gokken.

Aanpak – max 50 woorden

De Zelfhulp ondersteunt mensen op laagdrempelige wijze bij het veranderen van gebruik door vergroten van inzicht, kennis en vaardigheden. Deelnemers registreren hun gebruik en maken online opdrachten. Anoniem, zelfstandig en in de eigen tijd. In de eerste stappen wordt geholpen een weloverwogen beslissing te nemen over het veranderen van het gebruik. Vervolgens wordt middels zelfcontroletraining en vaardigheidstraining geprobeerd problematisch gedrag te doorbreken en terugval te voorkomen.

Materiaal – max 50 woorden

Het betreft een online zelfhulp programma. Er zijn geen hard copy materialen nodig voor het uitvoeren van de interventie. Het programma is voor iedereen toegankelijk via:

- jellinekzelfhulp.nl
- zelfhulpalcohol.nl
- zelfhulpcannabis.nl
- zelfhulpcocaine.nl
- zelfhulptabak.nl
- zelfhulpgokken.nl

Ook kan er toegang tot de Online Zelfhulp verkregen worden via de algemene website van Jellinek: www.jellinek.nl.

Onderbouwing – max 150 woorden

De Jellinek Online Zelfhulp is gebaseerd op de cognitief gedragstherapeutische benadering (CGT). CGT is een behandelmethode die bij veel psychische klachten en problemen wordt gebruikt. We weten uit wetenschappelijk onderzoek dat ook problemen met alcohol-, middelengebruik of gokken hier heel goed mee behandeld kunnen worden. Het is een van de meest effectieve methodes om problemen met middelengebruik aan te pakken. Bij CGT wordt probleemgedrag aangepakt door het aanleren van beter passend gedrag en door het veranderen van (negatieve) gedachten.

Deelnemers aan de zelfhulp krijgen oefeningen en leesopdrachten aangeboden die zijn gebaseerd op deze cognitief gedragstherapeutische principes en motivationele- en zelfcontrole technieken. De verschillende onderdelen zijn gericht op het creëren van bewustzijn, stellen van doelen, ondernemen van actie en terugvalpreventie.

Onderzoek – max 100 woorden

De resultaten van de in 2011 gepubliceerde effectiviteitsstudie naar de Jellinek Online Zelfhulp voor alcohol ondersteunen de effectiviteit van internetinterventies gebaseerd op principes vanuit de cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering voor problematische alcoholgebruikers. Na 3 maanden laat IZ (Internet Zelfhulpinterventie) significant betere resultaten zien dan een onbehandelde wachtlijstgroep, en wordt er geen significant verschil met IT (Internet Treatment) gevonden. Zes maanden na randomisatie, leidt IT tot betere resultaten dan IZ. Dit komt doordat het gemiddeld aantal gedronken glazen in de IT conditie tussen 3 en 6 maanden gemiddeld verder afneemt; in de IZ conditie blijft de afname gerealiseerd tussen baseline en 3 maanden stabiel tussen de 3 en 6 maanden follow-up (Blankers, Koeter & Schippers, 2011).

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

De doelgroep bestaat uit volwassenen van 18 jaar en ouder, man en vrouw, die op een riskante manier alcohol, tabak, cannabis of cocaïne gebruiken of gokken en hiermee op eigen kracht en in hun eigen tijd willen minderen of stoppen. Het gaat hierbij om Nederlandssprekende volwassenen die de beschikking hebben over een desktop, laptop, smartphone of tablet en hiermee overweg kunnen. Voor deelname is geen verwijzing nodig van de huisarts. De interventie richt zich op een groep gebruikers die (nog) geen last hebben van ernstige onthoudingsverschijnselen bij minderen of stoppen.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

De Jellinek Online Zelfhulp richt zich direct op de einddoelgroep. Er zijn geen intermediaire doelgroepen betrokken bij de uitvoer van de interventie.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

De interventie is voor iedereen vrij online beschikbaar. Een online hulpverleningsprogramma is niet voor iedereen geschikt. Grolleman, Mutsaers & van 't Landet al. (2008) geven aan dat online hulpverlening onder andere afgeraden wordt bij een ernstige psychiatrische stoornis, zoals een psychose, schizofrenie of ernstige verslavingsproblematiek. De Jellinek Online Zelfhulp is dan ook niet geschikt voor zware gebruikers of gebruikers die een lange geschiedenis van drank- of drugsgebruik of gokverslaving hebben; voor mensen die last krijgen van onthoudingsverschijnselen bij minderen of stoppen; voor mensen die naast alcohol-, drugs- of gokproblemen last hebben van andere psychische of lichamelijke klachten. Of voor mensen die naast alcohol-, drugs- of gokproblemen nog andere middelen of medicatie gebruiken met een mogelijke wisselwerking.

Op de website staan signaleringstesten (bijlage 1) waarmee kan worden nagegaan of er op een riskante manier wordt gebruikt. Bij afname van deze testen krijgen mensen een bepaalde score en een advies. Daarnaast staat op de website informatie over voor wie deze interventie geschikt is. Bij start van de interventie wordt vervolgens een aantal vragen gesteld (exclusiecriteria) om mogelijke ontwenningklachten zoveel mogelijk te voorkomen en ervoor te zorgen dat potentiële deelnemers de zorg krijgen die het beste bij hen past. In het geval van een contra-indicatie wordt er een advies uitgebracht over een meer passende vorm van zorg of ondersteuning buiten de zelfhulp om.

Aangezien het om een online interventie gaat kunnen deelnemers nooit volledig uitgesloten worden van deelname. Privacy technisch is het niet wenselijk om deelnames te blokkeren. Ook is het mogelijk onwenselijk om mensen definitief uit te sluiten van de zelfhulp. Vanwege de gepersonaliseerde feedback in het programma is de kans op een warme overdracht naar een meer intensieve vorm van hulp groter dan wanneer iemand in zijn geheel uit beeld verdwijnt. Gedurende het programma zijn momenten ingebouwd waarop een deelnemer geadviseerd kan worden contact op te nemen met de huisarts of hulpverlening.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

Er wordt getracht de doelgroep continu te raadplegen en te betrekken bij de doorontwikkeling van het programma. Bij grote aanpassingen worden cliënten en/of de cliëntenraad van Jellinek geraadpleegd of wordt er een pre test uitgevoerd.

Jellinek voert jaarlijks een klanttevredenheidsmeting uit onder zelfhulpdeelnemers. De resultaten worden geanalyseerd waarna hier verbeterpunten uit worden gedestilleerd. Deze worden vervolgens meegenomen in de doorontwikkeling van het programma.

Ook zit er in het programma een ondersteuningsknop. Hiermee kunnen deelnemers een preventiemedewerker van Jellinek benaderen met hun vragen of tips omtrent het programma. Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor deelnemers om Jellinek input te geven voor verbeteringen via het forum. Jellinek stelt de tips en adviezen vanuit haar deelnemers erg op prijs en neemt deze waar mogelijk mee bij de doorontwikkeling van het programma.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Op laagdrempelige wijze ondersteunen van volwassen deelnemers bij het zelfstandig terugbrengen van hun gebruik¹. Na deelname aan de Jellinek Online Zelfhulp heeft de deelnemer een besluit genomen om het gebruik te veranderen; inzicht gekregen in zijn of haar gebruik; de negatieve consequenties van het gebruik en de positieve consequenties van stoppen of minderen; inzicht gekregen in wat hij/zij kan doen om de gestelde doelen te behalen en (sociale) vaardigheden geleerd voor hoe om te gaan met risico- en/of terugvalsituaties.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Na deelname aan de Jellinek Online Zelfhulp heeft de deelnemer:

1. Een besluit genomen om het gebruik te veranderen:
 - a. De deelnemer weet wat zijn/haar doel is: stoppen of minderen.
 - b. De deelnemer maakt de keus dit geleidelijk of direct te doen.
 - c. De deelnemer weet waarom er een afbouwschema gebruikt kan worden.
2. Inzicht gekregen in het eigen gebruik.
 - a. De deelnemer weet door dagelijkse registratie de frequentie en hoeveelheid van gebruik.
 - b. De deelnemer weet op welke plekken het gebruik meestal voorkomt.
 - c. De deelnemer weet met wie hij/zij meestal is wanneer er wordt gebruikt.
 - d. De deelnemer weet wat hij/zij denkt voorafgaand of tijdens het gebruik.
 - e. De deelnemer weet wat hij/zij voelt voorafgaand of tijdens het gebruik.
3. Inzicht gekregen in de negatieve consequenties van zijn/haar gebruik en in de positieve consequenties van veranderen.
 - a. De deelnemer is in staat negatieve gevolgen van het gebruik voor zichzelf te verwoorden.
 - b. De deelnemer is in staat positieve gevolgen van het stoppen voor zichzelf te verwoorden.
4. Inzicht gekregen in wat hij/zij kan doen om de gestelde doelen te behalen.
 - a. De deelnemer weet wat hij/zij kan doen om gebruik in risicosituaties te voorkomen.
 - b. De deelnemer heeft vaardigheden geleerd die ingezet kunnen worden bij sociale druk.
 - c. De deelnemer weet wat hij/zij kan doen wanneer er trek wordt ervaren.
 - d. De deelnemer weet hoe mensen uit de omgeving ingezet kunnen worden ter ondersteuning.
 - e. De deelnemer weet hoe hij/zij gevaarlijke gedachten over gebruik kan herkennen en ombuigen naar helpende gedachten.
5. Geleerd hoe om te gaan met een terugvalsituatie.
 - a. De deelnemer kent het verschil tussen een terugval en een uitglijder en weet dat dit onderdeel kan uitmaken van het proces.
 - b. De deelnemer weet wat hij/zij kan doen om een uitglijder of een terugval te voorkomen.
 - c. De deelnemer weet hoe een uitglijder of terugval benut kan worden als leermoment.
 - d. De deelnemer weet hoe hij/zij de draad na een uitglijder of terugval weer op kan pakken.
6. Het gebruik al naar gelang de eigen doelstelling veranderd.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

De Jellinek Online Zelfhulp bestaat uit de volgende onderdelen:

- Dagelijkse registratie van het gebruik
- Maakopdrachten
- Leesopdrachten

¹ Ten behoeve van de leesbaarheid zullen zowel alcohol-, tabak-, cannabis-, cocaïnegebruik en gokgedrag vanaf dit punt vallen onder 'gebruik'.

- Informatieve animaties
- Kennistesten
- Memoryspel
- Help ik heb trek! knop
- Beloningssysteem
- Afbouwschema
- Forum
- Dagboek
- Extra leesopdrachten
- Technische ondersteuning
- Gepersonaliseerde feedback
- Ondersteuning via persoonlijke buddy

Voor deelname is geen verwijzing nodig van de huisarts. Het programma kan gestart worden via een webbrowser. De deelnemers doorlopen na de start minimaal 5 fases. Elke fase bestaat uit een educatieve animatievideo, een leesopdracht en een maakoefening. Sommige onderdelen zijn continu beschikbaar en anderen komen beschikbaar gedurende het programma. In iedere fase registreert de deelnemer minimaal 5 dagen het gebruik voordat er gestart kan worden met de volgende fase.

Fase zes kan gezien worden als nazorgfase. Gedurende deze nazorg periode zijn er geen actieve opdrachten meer maar kan de deelnemer wel blijven registreren en blijft lotgenotencontact gefaciliteerd middels het deelnemersforum.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Werving

De werving voor de zelfhulp loopt voor een deel online en organisch via zoekmachines zoals Google. Ook komen veel mensen binnen via de Jellinek website. Deelnemers worden tevens geworven via de zogenaamde signaleringstesten op diverse pagina's. Door middel van signaleringstesten kan nagegaan worden of en in welke mate er op een riskante manier gebruikt wordt. Afhankelijk van de score wordt er een advies gegenereerd, waarvan deelname aan de Zelfhulp er een kan zijn.

Werving geschied tevens via Jellinek adviesgesprekken, de Jellinek advieslijn en de hulp-chat. Een andere mogelijkheid tot werving ligt bij Eerstelijns medewerkers (POH-GGZ, huisarts). Zij zien patiënten en kunnen in geval van milde alcohol en middelenproblematiek de zelfhulp aanraden als zelfmanagement tool.

Account aanmaken

De aanmeldprocedure duurt ongeveer 10 minuten. Voorafgaand aan het aanmaken van een account worden allereerst enkele vragen gesteld (zie 1.1: selectie doelgroepen en bijlage aanpassingen).

Vervolgens worden enkele gegevens uitgevraagd: Nick name, voornaam, e-mailadres en wachtwoord. Daarna wordt de beginstand ingevoerd: wat en hoeveel hij/zij gewoonlijk per dag van de week gebruikt. De deelnemer krijgt afhankelijk van de hoogte van het huidige gebruik een persoonlijk advies om ofwel verder te gaan met de zelfhulp of, in het geval van zeer risicovol gebruik, een meer intensieve vorm van ondersteuning te zoeken.

De deelnemer stelt hierna een einddoel in: stoppen of minderen. Dit kan geleidelijk of direct. Bij geleidelijk afbouwen kan er gebruik gemaakt worden van een automatisch gegenereerd afbouwschema. Vanwege de mate van ernst van sommige ontwenningverschijnselen bij alcohol is gekozen om deelnemers die boven een bepaalde hoeveelheid drinken niet de mogelijkheid te geven plotsklaps te stoppen. Deze krijgen naast het advies om professionele/medische begeleiding te zoeken altijd een afbouwschema aangereikt.

Ten slotte kan er een 'Buddy' worden betrokken bij het programma. Deze buddy wordt vervolgens periodiek via e-mail op de hoogte gesteld van de vorderingen van de deelnemer.

Programma

Navigatie

Deelnemers krijgen bij start een rondleiding met een korte uitleg van de belangrijkste onderdelen. Bij de openingspagina van de zelfhulp, 'het startscherm', zien de deelnemers een overzicht van hun vorderingen. Ook staan hier snelkoppelingen naar de onderdelen van het programma. In de vorm van een speelveld zien de deelnemers in welke fase ze zitten en bij welke opdracht ze zijn. Alles is zo overzichtelijk mogelijk weergegeven om de gebruiksvriendelijkheid te optimaliseren.

Dagelijkse registratie en voortgangsoverzicht

Een van de werkzame elementen van het programma is het dagelijks registreren van het gebruik. Dit kan via de knop 'Dagelijkse registratie' op het startscherm of via de registratie app op de mobiele telefoon. Bij de registratie wordt uitgevraagd hoeveel er is gebruikt en waar en met wie de persoon was. Vanaf fase 3, nadat risicosituaties aan bod zijn gekomen, komt hier bij wat de deelnemer dacht en voelde.

De registraties kunnen worden teruggevonden in het voortgangsoverzicht. Hierin staat d.m.v. rode en groene bollen overzichtelijk hoeveel er in de afgelopen periode is gebruikt en of dit onder of boven het gestelde doel was. Hier kunnen gemaakte registraties worden aangepast of extra registraties worden toegevoegd.

Leesopdrachten

De leesopdrachten geven informatie, tips en adviezen over wat de deelnemer in bepaalde situaties kan doen of denken en zijn ter ondersteuning van de maakopdrachten:

- Fase 1: Afspraken maken
- Fase 2: Leren van terugval
- Fase 3: Risicosituaties
- Fase 4: Omgaan met trek
- Fase 5: Gedachten

Maakopdrachten

Iedere fase bevat minstens één maakopdracht. Deze opdrachten zijn gebaseerd op de opdrachten uit cognitieve gedragstherapie.

1. Voor- en nadelen (fase 1)

Aan de deelnemer wordt gevraagd zoveel mogelijk nadelen van het gebruik en voordelen van het stoppen op korte en lange termijn te noteren.

2. Afspraken maken (fase 1)

Bij deze opdracht maakt de deelnemer afspraken met zichzelf die kunnen helpen bij het controleren van het gebruik.

3. Terugvalplan maken (fase 2)

In deze opdracht formuleert de deelnemer wat hij/zij gaat doen en denken in het geval van een uitglijder of terugval zodat hij/zij vast voorbereid is op een terugvalsituatie.

4. Jouw risicosituaties (fase 3)

Bij Jouw risicosituaties brengt de deelnemer situaties (plekken/locaties, persoon/personen, gedachten en gevoelens) in kaart waarin het risico om te gebruiken groot is.

5. Preventieplan maken (fase 4)

Bij deze opdracht formuleert de deelnemer manieren/strategieën om in te zetten tijdens zijn/haar meest voorkomende risicosituaties.

6. Gedachten ombuigen (fase 5)

Hier gaat de deelnemer aan de slag met het ombuigen van niet-helpende gedachten.

Animatievideo's

In het programma zitten educatieve animatievideo's. Sommige animaties zijn ter ondersteuning van een maakopdracht en andere behandelen een eigen thema.

- Fase 1: Startvideo
- Fase 2: Ontwenning
- Fase 3: Hulp van anderen
- Fase 4: Nee zeggen
- Fase 5: Helpende gedachten
- Fase 6: De laatste fase in

Kennistesten

In het programma zit één makkelijke (fase 3) en één moeilijke (fase 5) kennistest t.b.v. psycho-educatie. Deze zijn optioneel.

Memory spel

De deelnemer ziet 16 omgekeerde plaatjes waarvan 4 positieve paren en 4 negatieve. De positieve paren bijvoorbeeld zijn plaatjes van bijvoorbeeld sporten of frisdrank. De negatieve paren hebben te maken met het gebruik. Het doel is om de 4 positieve paren te vinden in zo min mogelijk beurten. Dit spel is optioneel.

Forum

Deelnemers kunnen op het forum een nieuw onderwerp starten, een bericht plaatsen of op een bericht reageren. Op deze manier kan er ondersteuning plaatsvinden door lotgenotencontact.

Dagboek

Het programma bevat een dagboekfunctie. Hier kunnen deelnemers eigen ervaringen, gevoelens en opmerkingen van zich afschrijven. Het dagboek kan na afloop van het programma worden gedownload als naslagwerk.

Help ik heb trek!

Via de knop 'Help ik heb trek!' krijgt de deelnemer tips aangereikt om acute trek te doorstaan. Ook zijn hier de persoonlijke nadelen van het gebruik van de deelnemer te zien als reminder.

Extra leesopdrachten

Onder Extra's is overige relevante informatie terug te vinden, bijvoorbeeld: alcoholvrije recepten, mindfulness oefeningen en informatie over behandeling. De aangeboden informatie is afgestemd op het desbetreffende middel.

Beloningssysteem

Deelnemers kunnen badges en mijlpalen halen door bijvoorbeeld dagelijks te registreren, onder het doel te gebruiken of actief te zijn op het forum. Een mijlpaal wordt behaald als er meerdere van een vergelijkbare badge zijn behaald. De behaalde badges worden ook aan andere deelnemers getoond. Deelnemers kunnen elkaar ook feliciteren met het behalen van mijlpalen.

Persoonlijke buddy

Via de instellingen kan er een buddy uit genodigd worden, bijvoorbeeld een vriend of familielid. Deze krijgt na iedere fase een mail met daarin of de doelen zijn behaald, welke opdrachten er zijn gemaakt en welke opdrachten er in de volgende fase aan bod komen. Ook worden er tips gegeven hoe de buddy het beste kan ondersteunen.

Technische ondersteuning

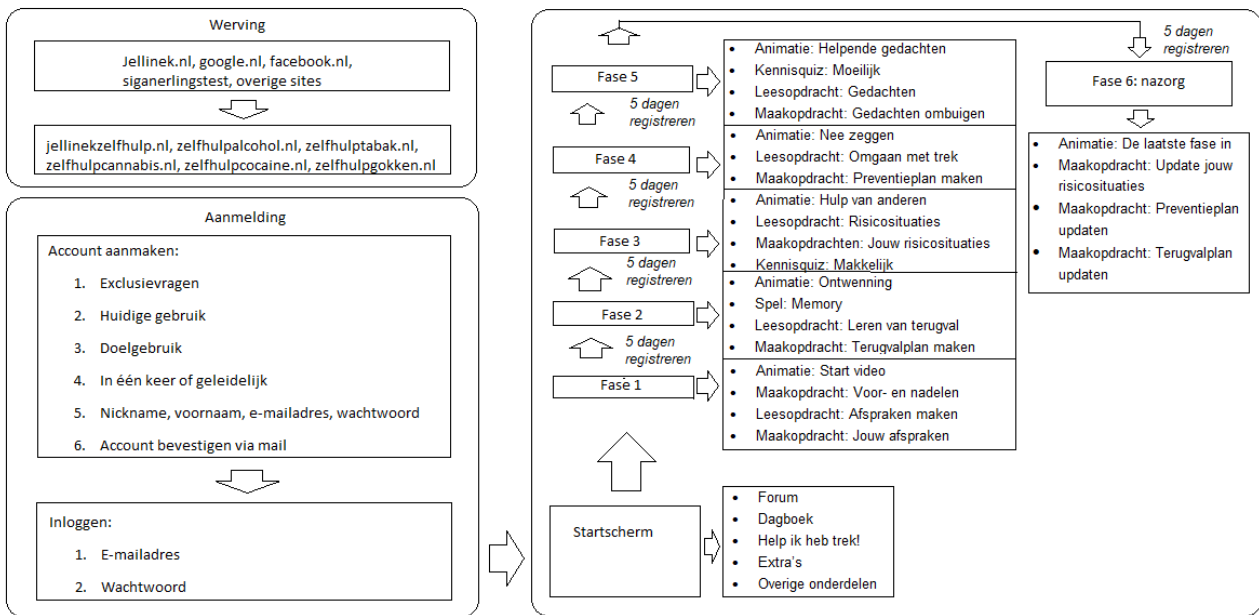
Via een knop in het programma kan er ondersteuning gevraagd worden aan een medewerker van Jellinek. Deze knop is voornamelijk bedoeld voor technische ondersteuning maar mensen kunnen hier ook terecht met andere vragen. De berichten worden dagelijks gecontroleerd en beantwoord.

Gepersonaliseerde feedback

Het programma biedt via geautomatiseerde pop-up berichten persoonlijke feedback over de voortgang. Een deelnemer die moeite heeft om zich aan de eigen gestelde doelen te houden krijgt andere berichten dan een deelnemer waarbij het goed gaat.

Mails

Deelnemers ontvangen periodieke voortgangse-mails. Na iedere fase krijgt de deelnemer een e-mail met een samenvatting van de resultaten. Daarnaast worden er ook herinneringsmails verzonden als iemand enkele dagen niet heeft ingelogd.



Figuur 1: Schematische weergave Jellinek Online Zelfhulp

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

Uitvoering:

1. Landingspagina's: jellinekzelfhulp.nl, zelfhulpalcohol.nl, zelfhulptabak.nl, zelfhulpcannabis.nl, zelfhulpcocaine.nl, zelfhulpgokken.nl. Op deze pagina's staan informatieve video's, uitleg, een disclaimer en privacyverklaring en een signaleringstest over het betreffende middel.
2. Jellinek.nl: hier staat veel informatie over de zelfhulp. Ook worden er meerdere pagina's gewijd aan eHealth in het algemeen.

Werving:

3. Informatiefolder: via de Jellinek website kan er een folder voor deelnemers worden besteld waarin het programma beschreven staat. Deze folder wordt ook actief uitgedeeld aan externe partijen.

Evaluatie:

4. Onderzoek: Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M., & Schippers, G.M. (2007). Eerste ervaringen met Internet-Zelfhulp voor Probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 1032-1043
5. Onderzoek: Blankers, M., Koeter, M. W. J., & Schippers, G. M. (2011). Internet Therapy versus Internet Self-help versus No Treatment for Problematic Alcohol Use: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 330-341
6. Onderzoek: Blankers, M. (2011). E-Mental Health Interventions for Harmful Alcohol Use: Research Methods and Outcomes (Doctoral Dissertation). Amsterdam: University of Amsterdam.
7. Onderzoek: Blankers, M., Nabitz, U., Smit, F., Koeter, M. W. J., & Schippers, G. M. Economic Evaluation of Internet-based Therapy for Problem Drinkers alongside a Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, Accepted, 2012.

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

De Jellinek Online Zelfhulp wordt uitsluitend online uitgevoerd. Alle oefeningen, leesopdrachten en instructies zijn online te vinden via www.Jellinekzelfhulp.nl. Het programma is volledig zelfstandig en uitvoer door professionele organisaties is niet mogelijk. Wel kunnen externe partijen via een licentieconstructie gebruik maken van de Jellinek Online Zelfhulp. Op deze manier kunnen er eventueel aanpassingen gedaan worden om het programma op maat te maken voor de aanvrager.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

De insteek van de Jellinek Online Zelfhulp interventie is zelfmanagement, zonder professionele ondersteuning. Het personeel dat betrokken is bij de interventie is daarom beperkt. Deelnemers kunnen indien gewenst contact zoeken met een preventiemedewerker van Jellinek via het forum of via een online formulier. Het kan gaan om vragen op het vlak van technische ondersteuning of een inhoudelijk advies. De medewerkers van Jellinek kan adviseren of besluiten de deelnemer door te verwijzen naar de huisarts of een andere vorm van behandeling of hulpverlening. Randvoorwaarde is dat dit medewerkers zijn met relevante kennis op het gebied van eHealth, cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en het (problematisch) gebruik van alcohol, cannabis, tabak en cocaïne of gokken.

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

De kwaliteit van de interventie wordt via enkele stappen gewaarborgd:

1. Jellinek staat voor het bieden van kwalitatief hoogwaardige, aantoonbaar effectieve en innovatieve zorg. Daarnaast doen we ook zélf wetenschappelijk onderzoek naar middelengebruik en verslaving. Jellinek investeert voortdurend in kwaliteit, in kennis en in personeel. Bij Jellinek werken goed opgeleide, betrokken professionals die voortdurend geschoold worden. De Jellinek Online zelfhulp wordt beheerd door preventiewerkers die doorlopend de laatste ontwikkelingen op het gebied van eHealth en verslavingsbehandeling volgen en hieruit punten destilleren ter verbetering van de Zelfhulp.
2. Op verschillende manieren worden er punten ter verbetering verzameld:
 - a. Alle gegevens van de deelnemers komen geanonimiseerd in een database terecht. Deze database is beschikbaar voor intern onderzoek. Zo wordt bijvoorbeeld gekeken hoe vaak deelnemers de site (her) bezoeken, hoe vaak deelnemers registreren, hoeveel opdrachten gedaan worden en hoeveel deelnemers hun doelen behalen. Preventiewerkers analyseren deze gegevens en op basis hiervan worden verbeterpunten geformuleerd.
 - b. Deelnemers kunnen via een ondersteuningsfunctie of via het forum opmerkingen en suggesties ter verbetering indienen.
 - c. Jaarlijks vindt er een klanttevredenheidsmeting plaats. De resultaten hiervan worden geanalyseerd en hieruit worden punten voor doorontwikkeling verzameld.
3. De verbeterpunten worden verzameld in een online systeem. Preventiewerkers van Jellinek beoordelen en prioriteren de punten op basis van hun ervaring en recente wetenschappelijke inzichten.
4. Kleine technische wijzigingen worden doorlopend verwerkt. Daarnaast vindt er tweemaandelijks een inhoudelijke doorontwikkel-sessie plaats. Hierin wordt, samen met de technische leveranciers, een plan opgesteld voor de uitwerking en de implementatie van grotere technische en/of inhoudelijke wijzigingen.
5. De wijzigingen komen eerst in een test omgeving terecht waar ze worden getest door preventiewerkers.
6. Na definitieve implementatie worden deze wijzigingen gemonitord zodat alle verbeteringen naar wens functioneren. Hiermee begint de cyclus weer bij stap 1.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

De interventie wordt uitsluitend online en op individueel niveau uitgevoerd. Andere organisaties zijn hier niet bij betrokken en dienen dus ook niet te voldoen aan bepaalde randvoorwaarden. Randvoorwaarden voor de deelnemer zijn:

- Beschikken over een desktop, laptop, smartphone of tablet met internetverbinding en up-to-date browser
- Beschikken over voldoende computertechnische vaardigheden
- De Nederlandse taal machtig zijn

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Het betreft een online programma dat via www.jellinekzelfhulp.nl voor iedereen vrij toegankelijk is. Andere instellingen mogen gebruik maken van het aanbod maar linken altijd door hetzelfde programma. Wat dat betreft is overdracht, binnen Nederland, niet aan de orde.

De interventie is in het verleden echter wel overgedragen in het buitenland. In dat geval krijgt de instelling in het buitenland het programma met de verschillende onderdelen welke vertaald kunnen worden. Belangrijk voor de overdracht is dat niets aan het programma gewijzigd mag worden en alle onderdelen en oefeningen behouden moeten blijven. Hiervoor wordt een licentieovereenkomst gesloten tussen beide partijen. Bij overdracht moet wel voorzien worden in eigen personeel dat eventuele e-mails afkomstig van het zelfhulpprogramma kan beantwoorden.

Er is geen implementatieplan opgesteld voor de Zelfhulp. Jellinek heeft een bekende naam. Hierdoor komen mensen die naar een programma als de Online Zelfhulp op zoek zijn relatief snel bij ons terecht. Er is dus geen behoefte aan een uitgebreide implementatiestrategie.

Wel doen we aan promotie. Er worden promotionele campagnes uitgevoerd via Facebook en Google. Via deze kanalen kunnen we gericht de juiste doelgroep bereiken. Ook maken we ons aanbod actief bekend aan intermediaire doelgroepen uit de eerstelijnszorg. Dit is onderdeel van ons standaard aanbod van folders, trainingen, advies en consultatie.

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

De interventie is doorlopend en vrijelijk online beschikbaar in heel Nederland via de Jellinek website en WWW.JELLINEKZELFHULP.NL. De zelfhulp telde in 2018 ruim 10.000 deelnemers. Waarvan bijna 4000 deelnemers aan de zelfhulp alcohol. Er zijn geen kosten voor deelname verbonden voor deelnemers.

Kosten periode 2004-2009

De interventiekosten bestaan uit kosten voor softwareontwikkeling, ICT-service kosten en beheerskosten voor Jellinek. Kosten voor wetenschappelijk onderzoek zijn buiten beschouwing gelaten. Ontwikkeling, ICT-dienstverlening en overheadkosten werden hoofdelijk omgeslagen over de deelnemers aan de interventie in de onderzochte periode. Totaal kosten per deelnemer zelfhulp per jaar: €15,90 (Blankers et al., 2012).

Kosten periode 2015 - 2018

Er is in grote lijnen gekeken in hoeverre de berekening van Blankers et al. nog actueel is. De kosten zijn bekeken aan de hand van gemaakte kosten en beheerskosten voor Jellinek in termen van fte over de periode 2015-2018. Deze kosten zijn omgeslagen over de deelnemers aan de interventies waarbij kosten en deelnemers van alle zelfhulpprogramma's tezamen zijn genomen. De kosten per deelnemer liggen iets hoger omdat de zelfhulpprogramma's vernieuwd zijn en er tegelijkertijd een door-ontwikkeltraject is gestart waardoor er na de levensduur van de interventie (3 jaar) niet opnieuw een grote investering nodig is voor een grootschalige update, hetgeen op de langere termijn meer kosten- en tijdefficiënt is. Daarbij liggen de personele kosten anders dan in 2009 waarbij er in de huidige berekening is uitgegaan van arbeidslonen op basis van CAO GGZ (FWG 55-b/11, 2019).

Kosten softwareontwikkeling & Kosten ICT-servicekosten: € 9,97

Kosten beheer Jellinek Preventie: € 8,11

Totaal kosten per deelnemer zelfhulp per jaar: € 18.09

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Alcohol

De Richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2015) geeft aan dat het voor de gezondheid beter is om geen alcohol te drinken, of in ieder geval niet meer dan één glas per dag. In 2017 dronk 79,5% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder alcohol. Van deze groep voldoet maar 40,1% aan de norm van de Gezondheidsraad. Verder was 9% een zware drinker en 9,2% dronk overmatig (Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor 2017 CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut)².

Tabak

Volgens de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (2017) rookt 23,1% van de Nederlanders ouder dan 18 jaar (waarvan 17,4% dagelijks). Dit komt neer op 3.100.000 mensen (2.320.000 dagelijks). Het roken van tabak heeft grote impact op de gezondheid. Naar schatting wordt 9% van de ziektelast veroorzaakt door roken en kost het aan ongeveer 19.000 mensen per jaar hun leven (Springvloed & van Laar, 2017).

Cannabis

21,8% rapporteert in de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (2017) ooit cannabis te hebben gebruikt. 7,2% heeft dit in het laatste jaar nog gedaan, 4,5% in de laatste maand. 1% gebruikt het (bijna) dagelijks, dat zijn circa 140.000 mensen. Volgens het NEMESIS-2-onderzoek uit 2007-2009 voldeed op jaarbasis naar schatting tussen 0,1% en 0,5% van de bevolking van 18-64 jaar aan de diagnose cannabisafhankelijkheid. Naar schatting 0,2% tot 0,6% van de respondenten voldeed aan de diagnose cannabismisbruik (American Psychiatric Association, 1994).

Cocaïne

Voor cocaïne ligt het ooit-gebruik volgens de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (2017) op 5,2%, het laatste jaar gebruik op 1,8%. Het laatste maand gebruik ligt op 0,6% (Zo'n 80.000 mensen). Betrouwbare schattingen van het totale aantal probleemgebruikers van cocaïne ontbreken. De Amsterdamse Antenne-monitor signaleert in 2017 wel dat onder uitgaanders het (bijna) wekelijks gebruik van cocaïne toeneemt, soms als gevolg van stress, hoge werkdruk en fors alcoholgebruik. Ruim een kwart (28%) van de laatste-jaar-gebruikers vindt dat zij te veel of vaak cocaïne gebruiken (Nabben et al., 2018).

Gokken

De meeste spelers van gokspellen zijn recreatieve spelers. Naar schatting zijn er 8.435.000 recreatieve spelers. De diagnostische criteria voor pathologisch gokken en middelenafhankelijkheid vertonen een grote overlap. Naar schatting zijn er van de 8.435.000 recreatieve spelers 95.700 risicospelers en 79.000 spelers die zeer waarschijnlijk gok- of kansspelverslaafd zijn (Intraval, 2016).

Risico's

Gebruik van alcohol, drugs en het spelen van kansspelen kunnen leiden tot gezondheidsschade, het ontstaan van psychische stoornissen en verslaving, ofwel afhankelijkheid (Cargiulo, 2007; Anderson & Baumberg, 2006; Van Laar & Schoenmaker, 2007., Nieskink en van Laar, 2012; Tait, Spijkerman & Riper, 2013). Middelengebruik leidt tot relatief hoge sterftecijfers wereldwijd (Blankers, Nabit, Smit, Koeter & Schippers, 2012; Boumparis, Karyotaki, Schaub, Cuijpers & Riper, 2017; Riper et al., 2018; Taylor, Dalili, Semwal, Civljak, Sheikh & Car, 2017; White et al., 2010). Naast schadelijke gevolgen voor de gezondheid van het individu of financiële problemen kan gebruik ook grote maatschappelijke gevolgen hebben en heeft het een grote belasting op de gezondheidszorg en daaruit voortkomende hoge zorgkosten (Blankers et al., 2012; Boumparis et al., 2017; Riper, Blankers et al., 2014; Riper, Hoogendoorn et al 2018; Taylor et al., 2017; White et al., 2010). De maatschappelijke kosten van stoornissen in alcoholgebruik zijn hoog en werden voor Nederland in 2013 geschat op een bedrag tussen de 2,3 en de 2,9 miljard euro per jaar (de Wit et al., 2016)³.

² Zware drinkers zijn volgens het CBS mannen die minstens één keer per week 6 of meer glazen op één dag drinken, of vrouwen die er 4 of meer op één dag drinken. Het CBS onderscheidt ook overmatige drinkers. Dit wordt gedefinieerd als mannen die meer dan 21 glazen per week drinken of vrouwen die meer dan 14 glazen of meer drinken per week (CBS, 2019).

³ Dergelijke kostenberekeningen zijn niet uitgevoerd voor andere middelen.

Behandelkloof

Jaarlijks zoeken ongeveer 30.000 mensen hulp voor alcoholproblemen bij de verslavingszorg (Wisselink, Kuijpers & Mol, 2016). Dit is slechts een fractie van het aantal mensen dat problematisch gebruikt. Dit wordt de behandelkloof genoemd (Blankers et al., 2012; Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004). In een onderzoek van de WHO schat men de 'behandelkloof' voor alcoholmisbruik en -afhankelijkheid op 78,1%. Dit percentage toont het aantal individuen die zorg nodig hebben maar geen behandeling ontvangen (Kohn et al., 2004). Volgens Saloner & Karthikeyan (2015) in Boumparis et al. (2017) maakt slechts 20% van de mensen met een stoornis in het gebruik van middelen gebruik van verslavingszorg.

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

De probleemanalyse laat zien dat een groot deel van de Nederlandse bevolking wel eens alcohol drinkt, rookt, drugs gebruikt of gokt. Hoewel het merendeel dit met mate doet is er een groep die de controle over dit gedrag verliest wat kan leiden tot zowel korte als lange termijn gezondheidsschade en verminderde kwaliteit van leven. Ook heeft dit sociale, economische en maatschappelijke gevolgen (Cargiulo, 2007; Anderson & Baumberg, 2006; Goossens, 2012; van Laar & Schoemaker, 2007).

Of en in welke mate deze risico's optreden hangt nauw samen met de dosis en frequentie van gebruik. In het algemeen kunnen we stellen dat (1) hoe hoger de totale consumptie van een middel, hoe groter het risico op schade; (2) hoe meer van het middel per week geconsumeerd wordt, des te ernstiger de schade⁴ (Anderson & Baumberg, 2006; Room, 2005; WHO, 2010). Dit geeft aan dat met zowel minderen als stoppen met gebruik (gezondheids-)winst te behalen is (m.u.v. tabak). De Jellinek Online Zelfhulp kan hierin een belangrijke rol spelen.

Het uitgangspunt van veel gehanteerde theoretische modellen over het ontstaan van problematisch middelengebruik of (gok)verslaving is dat er sprake is van een complex samenspel van drie factoren (Goudriaan, 2007; Kuunders & van Laar, 2009; Pos & Hekkink, 2004);

- De farmacologische en toxische eigenschappen van het middel (*drug*);
- Persoonsgebonden eigenschappen (biologische, sociale en psychologische) (*set*);
- Omgevingsfactoren (*setting*).

Tabel 1⁵: Determinanten problematisch middelengebruik en gokken

Drug	Set (Persoonsgebonden factoren)	Setting (Omgevingsfactoren)
Toxische eigenschappen van het middel	Demografische kenmerken	Fysieke omgeving: Beschikbaarheid
Verslavingspotentiaal van het middel	Lichamelijke en psychische gesteldheid	Fysieke omgeving: Prijs/ betaalbaarheid
Wijze van toediening	Gevoelens, gedachten, ervaringen	Sociale omgeving: - Waargenomen gebruik in de omgeving - Sociale steun Sociale invloed - Druk om te gebruiken, - Acceptatie van gebruik en minderen of stoppen
	Individuele genetische kwetsbaarheid (erfelijkheid)	Regels en wetgeving: legale status en al dan niet acceptatie van gebruik
	Kennis: van risico's, vaardigheden en tools om te minderen/stoppen	
	Kennis: inzicht in risicosituaties en verband tussen denken, doen en	

⁴ In het geval van gokproblematiek speelt de tijdsbesteding - hoe vaak en hoe lang achter elkaar gokt de persoon - een belangrijke factor in het ontstaan van problemen.

⁵ Tabel 1 toont een overzicht van de determinanten binnen deze drie factoren die invloed kunnen hebben op het ontstaan van verslavingsgedrag.

	voelen	
	Attitude: Positieve en negatieve uitkomstverwachting van alcohol gebruik	
	Attitude: Positieve en negatieve uitkomstverwachting van minderen of stoppen	
	Eigen effectiviteitsverwachting ten aanzien van minderen of stoppen	
	Eigen effectiviteitsverwachting ten aanzien van vaardigheden zoals weerstand bieden in risicosituaties	

Beïnvloedbare factoren

Theoretische modellen die zich richten op het beïnvloeden van gedrag, verklaren gedrag veelal aan de hand van de beïnvloedbare determinanten kennis, attitude, sociale invloed, sociale omgeving en vaardigheden. Modellen als de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1991) en het ASE-model (De Vries, 1988) zijn al in verschillende studies als theoretische basis gebruikt bij het voorspellen van alcohol- en druggebruik (Godin & Kok, 1996; Marcoux & Shope, 1997; Rooke, Hine & Thorsteinsson, 2008). Volgens deze modellen hangt het daadwerkelijk veranderen van de intentie en motivatie voor gedragsverandering af van iemands attitude, opvattingen over sociale invloed en verwachtingen over de eigen effectiviteit (Bandura, 1969). Uit een meta-analyse van 87 studies is gebleken dat 41% van de verschillen in gedragsintenties verklaard kan worden door een combinatie van attitude, sociale invloed en eigen effectiviteitsverwachting (Godin & Kok, 1996).

In de literatuur zijn verscheidene onderzoeken te vinden die aantonen dat persoonsgebonden factoren zoals gevoelens, verwachtingen en ervaringen van een persoon een rol kunnen spelen bij alcoholgebruik (Todd, Armeli & Tennen, 2009; Wiers, van Woerden, Smulders & de Jong, 2002). Oorzaken om te gaan drinken en verwachtingen van het effect van alcohol, de zogeheten uitkomstverwachtingen, hebben dan ook een invloed op alcoholconsumptie en drinkpatronen (Galen, Henderson & Coover, 2001).

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

De Jellinek Online Zelfhulp richt zich op de beïnvloedbare psychische en gedragsmatige determinanten kennis, vaardigheden, attitude, sociale invloed, sociale omgeving en eigen effectiviteit. Bij de interventie speelt de motivatie om het minderen of stoppen vol te houden, het afleren van geconditioneerd gedrag en aanleren van ander gedrag een belangrijke rol.

In de eerste stappen en oefeningen die de deelnemer van de zelfhulp uitvoert wordt hij/zij geholpen om alle voor en nadelen op een rij te zetten, een weloverwogen beslissing te nemen over het veranderen van gebruik en bij het stellen van concrete, laagdrempelige doelen. Hiermee wordt de attitude van de deelnemer beïnvloed met betrekking tot positieve en negatieve uitkomstverwachting van gebruik en van veranderen. In de Zelfhulp wordt vervolgens veel informatie aangeboden over het middel, risico's, vaardigheden en tools om te minderen/stoppen teneinde kennis van de deelnemer te vergroten. Middels het dagelijks registreren wordt inzicht verkregen in risicosituaties en het verband tussen denken, doen en voelen.

Vervolgens wordt middels zelfcontroletraining en vaardigheidstraining geprobeerd het problematische gedrag te doorbreken en terugval te voorkomen. Op deze manier wordt er gewerkt aan de eigen-effectiviteitsverwachting ten aanzien van minderen of stoppen en het weerstand kunnen bieden aan sociale invloed en in risicosituaties. Om te toetsen in hoeverre de (sub)doelstellingen worden behaald wordt in de jaarlijkse klanttevredenheidsmeting gevraagd in hoeverre de zelfhulp heeft voldaan aan de behoeften van de deelnemer en in hoeverre de zelfhulp heeft geholpen om het gebruik te veranderen.

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

De Jellinek Online Zelfhulp heeft als primair doel het bieden van ondersteuning bij de verandering van problematisch gebruik. Gehanteerde methodieken om de intentie en motivatie tot gedragsverandering te vergroten zijn vrijwel allemaal gebaseerd op motiverende, cognitief gedragstherapeutische en zelfcontrole

principes die effectief zijn gebleken bij het minderen of stoppen met gebruik⁶ (Andersson, Titov, Dear, Rozental & Carlbring, 2019; Bartelink, 2011; Gainsbury & Blaszczynski, 2011; Karyotaki et al., 2017; Miller & Rollnick, 1991; Rathbone, Clarry & Prescott, 2017). Het online toepassen van cognitieve gedragstherapie (CGT) is aangetoond effectief, begeleide online CGT blijkt zelfs net zo effectief is als face-to-face CGT.

Online aanpak

Mogelijke factoren die een rol spelen bij 'de behandelkloof' zijn; geen tijd hebben, afstand tot behandelcentra, lange wachtlijsten, aan huis gebonden zijn vanwege kinderen of ziekte, vooroordelen over therapeuten of behandeling, onwilligheid om met een vreemde te praten over persoonlijke problemen, angst voor stigmatisering en discriminatie (Bijl & Ravelli, 2000; Blankers, 2011; Boumparis et al., 2017; Cuijpers, Van Straten & Andersson, 2008; Karyotaki et al., 2017; Kohn et al., 2004; Room, 2005; Tait, Spijkerman & Riper, 2013). Riper et al (2014) noemt dat een groot deel van de hulpbehoevende mensen omtrent alcoholproblematiek bij voorkeur deze hulp buiten de conventionele gezondheidszorg ontvangen (Koski-Janne & Cunningham, 2001 in Riper et al., 2014).

Divers onderzoek toont aan dat het internet een geschikte plek is om deze behandelkloof te overbruggen door effectieve interventies aan te bieden voor het veranderen van het gebruik (Andersson et al., 2019; Blankers et al., 2012; Boumparis et al., 2017; Gainsbury & Blaszczynski, 2011; Graham et al., 2016; Riper, Blankers et al., 2014; Riper, Hoogendoorn et al 2018; Rooke et al., 2010; Tait, Spijkerman & Riper, 2013; White et al., 2010). Er is inmiddels relatief veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van online internetinterventies voor alcoholproblemen, met veelal positieve bevindingen (Blankers, 2016).

De toegankelijkheid en flexibiliteit van online aanbod draagt bij aan het bereik ervan, zeker gezien 95,9%⁷ van de volwassen Nederlandse bevolking gebruik maakt van internet. Online hulpverlening heeft de mogelijkheid om op grote schaal doelgroepen te bereiken die nog onvoldoende worden bereikt met reguliere hulpverlening (Gainsbury & Blaszczynski, 2011; Riper et al., 2008). Andere voordelen zijn de anonimiteit, flexibiliteit, effectiviteit, beschikbaarheid, laagdrempeligheid en kosten- en tijdsbesparingen (Moore et al., 2011; Schalken et al., 2013; Spek et al, 2007). Daarnaast biedt een online aanpak de volgende kansen; het gemakkelijk vernieuwen van de interventie, snellere werving van deelnemers, kosteneffectiviteit, toegankelijkheid en de mogelijkheid van *tailoring* (Andersson et al., 2019; Gainsbury & Blaszczynski, 2010; Karyotaki et al., 2017). De Online Zelfhulp biedt in dit kader een goede aanvulling op reguliere verslavingsbehandelingen.

Computer tailoring

Computer tailoring wordt in de Zelfhulp gebruikt om deelnemers te voorzien van persoonlijke 'op maat' gemaakte boodschappen. Ook worden de eigen risicosituaties en gedachten ingeladen in de opdrachten. Tailoring biedt de mogelijkheid om aspecten uit face-to-face behandelingen na te bootsen (Graham et al., 2016) en vergroot de effectiviteit en behandeltrouw (Nederlands Jeugdinstituut, 2012). De therapietrouw wordt vergroot naarmate de interventie minder is gestandaardiseerd en meer op de situatie van de deelnemer wordt aangepast (Schalken et al., 2013). Uit onderzoek van Sussman (2002) en Taylor et al. (2017) blijkt bovendien dat persoonlijke interventies bij roken effectiever zijn dan onpersoonlijke interventies.

Motivationale technieken

De effectiviteit van hulp hangt samen met motivatie. Motivatie is altijd in meer of mindere mate aanwezig. Diverse motivationale technieken in de Zelfhulp, zoals de principes van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991) kunnen helpen motivatie te behouden en vergroten.

Behalen van doelen

De deelnemer geeft aan wat de beginstand van het gebruik is en welk doel hij/zij wil bereiken. Deelnemers registreren dagelijks hun gebruik. De motivationale functies (de periodieke herinnerings- en overzichtsmail en het beloningssysteem) ondersteunen hierbij. Door de registraties af te zetten tegen de gestelde doelen heeft de deelnemer inzicht in behaalde resultaten. Het behalen van persoonlijke doelen verhoogt de waargenomen gedragscontrole en het vertrouwen dat toekomstige doelen behaald kunnen worden (Bandura, 1999). Het geloof dat iemand heeft in zijn mogelijkheden om controle uit te oefenen en ook de eigen-effectiviteit neemt hierdoor toe.

Voor- en nadelenbalans

⁶ Over het algemeen wordt in Nederland pathologisch gokken behandeld volgens methoden die ook gebruikt worden bij alcohol- en drugsverslaving. Motiverende gespreksvoering, het vergroten van de zelfcontrole over gokgedrag (zoals het aanleren van coping strategieën om met risicosituaties voor terugval in gokgedrag om te gaan) zijn onderdelen van de behandeling. Deze technieken worden vaak aangeboden in combinatie met schuldhulpverlening (Goudriaan, 2007).

⁷ <http://www.internetworldstats.com/europa.htm#nl>

Een determinant van middelengebruik is attitude, welke mede bepaald wordt door de uitkomstverwachtingen ten opzichte van dit gebruik. In het programma wordt de eigen voor-en nadelenbalans opgemaakt. In navolging van motiverende gesprekvoering wordt in deze opdracht getracht verandertaal te ontlokken door te focussen op de nadelen van gebruik en de voordelen van verandering (. Dit werkt motiverend in het volhouden van het gewenste gedrag.

Gamificatie

Gamificatie is een vorm van belonen (Zichermann & Cunningham, 2011) die binnen de huidige tijdsgeest en het digitale karakter van de Online Zelfhulp past. Gamificatie is het gebruik van spelelementen in een *non-game* context met als doel het gedrag, motivatie en betrokkenheid te beïnvloeden (Sardi, Idri & Fernández-Alemán, 2017). Beloningen zoals prestatiebadges en trofeeën worden gezien als een kernstrategie van gamificatie om gebruikers de gevraagde taken uit te laten voeren. Beloning is tevens een onderdeel van CGT en ligt ten grondslag aan de methodiek van contingentmanagement (Schippers et al., 2014). Ook tailoring en sociale netwerken zijn een belangrijk onderdeel van gamificatie. Dit verhoogt de betrokkenheid en interactie tussen deelnemers en daarmee de betrokkenheid bij de interventie. Daarnaast draagt gamificatie bij aan het ervaren van tevredenheid, verbondenheid en zelfvertrouwen. Dit kan bijdragen aan positieve veranderingen in het gedrag wat weer kan leiden tot betere gezondheid en welzijn (Sardi, Idri & Fernández-Alemán, 2017).

Cognitieve gedragstherapeutische technieken

Cognitieve gedragstherapeutische technieken zijn gericht op het aanleren van meer functionele gedachten- en gedragspatronen. Het opstellen van zelfcontrolemaatregelen, het inventariseren van risicosituaties voor gebruik en het leren omgaan met trek en sociale druk zijn vaste thema's in de CGT-behandeling (Merckx, Korrelboom & de Wildt, 2015). Via de analyse van het gedrag, de situatie waarin het gebruik plaatsvindt en bewustwording van de cognities, wordt geprobeerd het gedrag onder controle te krijgen (Boumparis et al., 2017; Rathbone et al., 2017).

Vaststellen van risicosituaties

Door regelmatig in te loggen en de omstandigheden die hebben geleid tot gebruik te registreren kunnen risicovolle situaties nauwkeurig geïdentificeerd en geanalyseerd worden.

Maken van preventieplan

Bij het maken van een preventieplan leert de deelnemer functionele gedachten en gedragspatronen aan. Hiermee zal hij/zij in de toekomst beter in staat zijn risicosituaties het hoofd te bieden.

Maken van terugvalplan

Gedragspatronen en gedachten die een rol spelen bij een mogelijke terugval worden gezien als een mogelijkheid om van te leren. Deze worden geanalyseerd en de deelnemer wordt in een vroeg stadium gevraagd een plan op te stellen hoe in een volgende situatie van terugval hier het beste mee om te gaan.

Zelfcontrole technieken

Zelfcontrole technieken hebben betrekking op het stellen van grenzen, maken van afspraken, belonen bij het bereikte doel, registratie van gebruik, omgaan met sociale druk, maken van een functionele analyse in het geval van terugval en het aanleren van alternatieve coping vaardigheden (Hester, 1995).

Zelfcontroletechnieken kunnen deelnemers helpen om het doel te halen.

Doelen stellen

Vaststellen van het maximale gebruik per dag en per week (zie ook Motivationale technieken).

Dagelijkse registratie

Zelfregistratie van gebruik. Door het gebruik dagelijks te registreren, in het programma of via de app, kan verandering gevolgd worden. Deze zelfregistratie oftewel *selfmonitoring* wordt ook veelvuldig gebruikt in de vernieuwde cognitief gedragstherapeutische behandeling zoals beschreven door Merckx, Korrelboom & de Wildt (2015).

Maken van preventieplan

Deelnemer maakt afspraken met zichzelf om het gebruik onder controle te houden (zelfcontrolemaatregelen). Er worden enkele suggesties gedaan zoals het weggooien van drank.

Ombuigen van gedachten

De deelnemer gaat aan de slag met het ombuigen van niet-helpende gedachten naar helpende gedachten. De helpende gedachte is een vorm van een zelfcontrolemaatregel, namelijk een stimulus-respons-interventie (Merckx, korrelboom en de Wildt, 2015).

Sociale invloed

Ook de sociale omgeving speelt een rol in de Online Zelfhulp. Uit onderzoek is gebleken dat verslaving zich regelmatig uit in vermindering van het sociale netwerk (Hammink, Altenburg & Schrijvers, 2011), terwijl de sociale omgeving juist een grote rol kan spelen in het verandertraject. De sociale invloed kan uitgesplitst worden in twee vormen; sociale steun en sociale druk.

Sociale steun

Het is belangrijk dat de deelnemer sociale steun ontvangt bij het behalen van zijn/haar doelen, dit kan de motivatie vergroten. Een van de componenten van CGT is het verbeteren van interpersoonlijk functioneren en het versterken van sociale steun (Schippers, Smeerdijk & Merkx, 2014). Ook in de Zelfhulp is hier veel aandacht voor en worden deelnemers gestimuleerd om hun omgeving/ een buddy bij het programma te betrekken, bijvoorbeeld bij aanmelden en in de opdracht 'Afspraken maken'. Zo kunnen naasten steun bieden aan de deelnemer. Ook kunnen deelnemers ervaringen uitwisselen via het forum.

Binnen de sociaal-cognitieve leertheorie wordt leren beschouwd als een interactie tussen persoonlijke factoren, omgeving en het gedrag van de lerende, welke elkaar onderling beïnvloeden (Bandura, 1969; 1977). Sociaal leren houdt in dat er geleerd wordt door de waarneming van anderen, dit is het zogenaamde observationeel leren, oftewel 'modeling' (Bandura, 1969; 1977). Het zien van bepaalde gevolgen die anderen bij bepaald gedrag ondervinden, ofwel de 'observationele bekrachtiging', is hierbij van belang. Het waarnemen van succesvol gedrag bij anderen kan leiden tot een verhoogd gevoel van zelfeffectiviteit. Voorbeeldgedrag en voorbeeldleren is een vorm van gedragsmodificatiemethodiek gebaseerd op het sociaal leren (Schippers, Smeerdijk & Merkx, 2014). Dit wordt gefaciliteerd op het forum in de zelfhulp. Door middel van lotgenotencontact. Hier kunnen ervaringen worden gedeeld, informatie worden uitgewisseld en steun worden gevonden. Onderzoek laat zien dat deze vorm van lotgenotencontact kan bijdragen aan toename in welzijn, een gevoel van zelfvertrouwen, zelfcontrole en acceptatie en dat het kan leiden tot *empowerment* (Barak, Boniel-Nissim & Suler, 2008; van Uden-Kraan, Drossaert, Taal, Seydel & van de Laar, 2008). Zelfs degenen die niet zelf actief zijn maar slechts de berichten van anderen meelesen zijn hierbij gebaat (van Uden-Kraan et al., 2008). Het forum geeft mensen het gevoel er niet alleen voor te staan en dit kan kracht geven bij het aanpakken van het verslavingsgedrag (Schalken et al., 2013). Informatie van lotgenoten wordt bovendien vaak sneller aangenomen dan van een professional (Barak, Boniel-Nissim & Suler, 2008). Het creëren van lotgenotencontact tijdens lastige onderdelen van een interventie kan therapietrouw bovendien vergroten en vroegtijdige uitval voorkomen (Schalken et al., 2013).

Sociale druk

Naast sociale steun kan er in de omgeving ook sociale druk zijn om te gebruiken. Een aspect van CGT is het weerstand bieden tegen sociale druk door te leren omgaan met kritiek en 'nee' te leren zeggen (Schippers, Smeerdijk & Merkx, 2014). De oefenen met de vaardigheid 'Weigeren' (nee zeggen) kan gezien worden als onderdeel van het maken van een preventieplan en heeft als doel de weerbaarheid vergroten.

Terugvalpreventie

Terugvalsituaties komen veel voor. Deze zijn van invloed op de mate van eigen effectiviteit. Het geloof in de eigen gedragscontrole kan dalen na een terugval dus is aandacht voor dit thema belangrijk.

Terugvalpreventie richt zich op het anticiperen op en voorkomen van terugval, het beperken van de negatieve consequenties en het trekken van lessen uit terugval. In de opdracht Terugvalplan maken brengt de deelnemer noodmaatregelen, gedachten en hulp uit de omgeving in kaart die ingezet kunnen worden bij een terugval. Een doel is dat de deelnemer na een terugval niet bij de pakken neer gaat zitten en terugval als een leermoment ziet.

Daarnaast heeft de Online Zelfhulp het voordeel dat het altijd beschikbaar is, zoals in situaties waarin de deelnemer een verhoogd risico heeft op een terugval. Door het terugvalplan te openen op bijvoorbeeld de mobiele telefoon kan de kans op een terugval verkleind worden (Tait, Spijkerman & Ripper, 2013).

Onderstaande tabel toont een overzicht waarin per (sub) doel een omschrijving staat van de aan te pakken factoren en de bekende werkzame methoden en op welke manier deze methoden ingezet in concrete interventie elementen.

Subdoelstellingen <i>Na deelname aan de Jellinek Online Zelfhulp heeft de deelnemer:</i>	Determinant	Toepassing in de Jellinek Online Zelfhulp en verantwoording
1. Een besluit genomen om het gebruik te veranderen	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivationale & Zelfcontrole technieken: Stellen van concrete, laagdrempelige doelen - Online aanpak
2. Inzicht gekregen in het eigen gebruik, risicosituaties en het verband tussen denken, doen en voelen.	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude 	<ul style="list-style-type: none"> - Zelfcontrole technieken: Dagelijkse registratie - Computer tailoring - Motivationale technieken: behalen van concrete, laagdrempelige doelen
3. Inzicht gekregen in de negatieve consequenties van het gebruik en in de positieve consequenties van veranderen	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude - Kennis 	<ul style="list-style-type: none"> - Aanbieden van informatie over het middel, risico's, vaardigheden en tools om te minderen/stoppen - Kennistesten t.b.v. psycho-educatie - Motivationale technieken: Voor- en nadelenbalans; beïnvloeding attitude met betrekking tot positieve en negatieve uitkomstverwachting van gebruik en van veranderen
4. Inzicht gekregen in wat hij/zij kan doen om de gestelde doelen te behalen	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis - Vaardigheden - Sociale omgeving - Eigen effectiviteit 	<ul style="list-style-type: none"> - Aanbieden van informatie over het middel, risico's, vaardigheden en tools om te minderen/stoppen - CGT-technieken opdracht risicosituaties, opdracht preventieplan - Zelfcontroletraining en vaardigheidstraining: opdracht preventieplan en opdracht ombuigen gedachten. - Gamificatie - Sociale steun: inlichten van de eigen omgeving, betrekken van een buddy en forum.
5. Geleerd hoe om te gaan met een terugvalsituatie	<ul style="list-style-type: none"> - Vaardigheden - Sociale invloed - Eigen effectiviteit 	<ul style="list-style-type: none"> - CGT-technieken opdracht terugvalplan - Zelfcontroletraining en vaardigheidstraining: opdracht preventieplan en opdracht ombuigen gedachten. - Dagelijkse registratie - Gamificatie - Sociale druk: opdracht 'Weigeren' (nee zeggen).
6. Het gebruik al naar gelang de eigen doelstelling veranderd	<ul style="list-style-type: none"> - Eigen effectiviteit 	<ul style="list-style-type: none"> - Dagelijkse registratie - Motivationale technieken: stellen en behalen van doelen - Gamificatie - Online aanpak: internet is een geschikte plek om effectieve interventies aan te bieden voor het veranderen van het gebruik

7. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

Bruijn, T.Q de, Bart, T., Jong, F. de, Putten, E. van (2019). *Jellinek Online Zelfhulp procesevaluatie 2016 – 2019*. Jellinek Preventie (niet gepubliceerd)

Er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden over de jaren 2016, 2017 en 2018/2019. Ten behoeve hiervan is er jaarlijks een klanttevredenheidsmeting uitgevoerd onder deelnemers aan de Jellinek Online Zelfhulp door middel van een gestandaardiseerde online vragenlijst. Deze is anoniem voorgelegd aan deelnemers. Het aantal respondenten dat de vragenlijst heeft afgerond betrof jaarlijks tussen de 78 en 128. De doelstelling was om zicht te krijgen op de mate waarin deelnemers tevreden zijn over de hulp die ze via het zelfhulpprogramma ontvangen hebben.

Belangrijkste resultaten:

Het bereik de interventie is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Van circa 5000 op jaarbasis in 2015 naar ruim 10.000 in 2018. Hoewel dit nog steeds maar een gedeelte van het totaal aantal mensen is die via de signaleringstest het advies krijgen om de zelfhulp te volgen. Deelnemers waarderen het programma in 2018/2019 met gemiddeld een 8.04 als rapportcijfer. De grote meerderheid zou het programma opnieuw kiezen als ze vergelijkbare hulp op afstand zouden willen hebben en het programma aan anderen aanbevelen.

Het merendeel van de Jellinek Online Zelfhulp deelnemers blijkt over het algemeen in een hoge mate tevreden over de hoeveelheid hulp en de kwaliteit van het programma. Ze geven aan dat de Jellinek Online zelfhulp aan hun behoeften heeft voldaan en dat het programma ze geholpen heeft om hun gebruik te veranderen. De Zelfhulp is de afgelopen jaren in zowel gebruikersvriendelijkheid als in functionaliteiten verbeterd. Er kunnen een aantal succesfactoren worden onderscheiden. Zo is het programma gratis en laagdrempelig; mensen kunnen anoniem en in hun eigen tijd en omgeving, zonder hulpverlener aan de slag. Daarnaast blijkt het lotgenotenforum een succesvol onderdeel binnen de zelfhulp. Evenals de gamificatie elementen binnen het programma. Ook werden door deelnemers enkele suggesties ter verbetering van het programma genoemd. Zo gaven gebruikers bijvoorbeeld aan hoe de gebruikersvriendelijkheid en het gebruik via de mobiele telefoon verder verbeterd zouden kunnen worden en dat het voor hen belangrijk was om beloond en bekrachtigd te worden binnen het programma. Kleine technische wijzigingen worden doorlopend verwerkt. Overige verbeterpunten worden verzameld in een online systeem. Er vindt tweemaandelijks een inhoudelijke doorontwikkel-sessie plaats waarbinnen deze suggesties waar mogelijk worden opgepakt. Nieuwe functionaliteiten verbeteren het programma. Het doorvoeren van (grote) aanpassingen leidt soms tot het optreden van bugs in de online omgeving. Jellinek doet haar uiterste best eventuele bugs altijd zo spoedig mogelijk te verhelpen.

Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M., & Schippers, G. M. (2007). Eerste ervaringen met internet-zelfhulp voor probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 1032-1043.

Via een retrospectieve cohortstudie (n=290) is in 2007 een evaluatie gedaan op basis waarvan de eerste ervaringen met internet zelfhulp voor probleemdrinkers als volgt zijn beschreven. Doel van de evaluatie was om kenmerken van de deelnemers, interventietrouw, tevredenheid over de interventie, en klinische resultaten te meten.

Belangrijkste resultaten:

Er is gevonden dat meer dan 150 mensen per maand zich hebben ingeschreven voor de zelfhulpinterventie alcohol in de 22 maanden voorafgaand aan deze evaluatie (september 2003 - juli 2005). Het demografische profiel van de internetcliënten verschilt van dat van de reguliere ambulante verslavingszorgcliënten. Internetzelfhulp voor probleemdrinkers trekt relatief veel hoogopgeleide cliënten aan, die succesvol zijn op de arbeidsmarkt en in vergelijking met ambulante verslavingszorgcliënten relatief vaak vrouw. Uit dit onderzoek bleek daarnaast dat de gemiddelde leeftijd van de deelnemers 41 jaar is. Dat is gemiddeld 5 jaar jonger dan de mensen die zich aanmelden bij de hulpverlening.

Alcohol internetzelfhulp heeft als doel om schadelijk alcoholgebruik te veranderen. Uit een eerste evaluatie blijkt dat het alcoholgebruik inderdaad afneemt nadat de cliënten aan de zelfhulpinterventie zijn begonnen. De behandeltrouw is echter beperkt - velen maken het volledige programma niet af.

Hoewel de interventie een ruime voldoende krijgt (rapportcijfer 6,4), is het volgens de deelnemers moeilijk om gemotiveerd te blijven zonder persoonlijk contact of individuele feedback. Dit vermeende gebrek aan personalisatie en contact zou niet moeten worden beschouwd als inherent aan internetinterventies. In plaats daarvan moet het aanmoedigen tot experimenteren met nieuwe vormen van (begeleide) zelfhulp en internettherapie, en tot het ontwikkelen van technieken om de persoonlijke feedback te verbeteren.

Deze twee handreikingen zijn opgepakt en hebben geleid tot verbeteringen aan het programma.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

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

Abstract van deze studie:

Doelstelling:

De huidige studie onderzocht de effectiviteit van op internet gebaseerde therapie (Internet Therapie, IT) en op internet gebaseerde zelfhulp (Internet Zelfhulp, IZ: nb. dit is de interventie waar deze aanvraag over gaat) voor problematische alcoholgebruikers.

Methode:

Volwassen probleemdrinkers (n=205; 51% vrouwen, gemiddelde leeftijd 42 jaar met een gemiddelde Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) score van 20) zijn random toegewezen aan IZ, IT of een onbehandelde wachtlijst controlegroep (WL). Randomisatie heeft plaatsgevonden op basis van minimization (Pocock & Simon) waarmee de interarm-variantie van de variabelen geslacht, AUDIT-score en jaren alcoholproblemen op baseline is geminimiseerd. Randomisatie vond plaats via het internet; direct na het invullen van de baseline-vragenlijst werden de deelnemers toegewezen aan een van de 3 armen. De drie groepen waren even groot (68, 68 en 69 personen). Cliënten waren niet geblindeerd voor de conditie waaraan zij waren toebedeeld, dit was niet haalbaar (is lastig haalbaar bij wachtlijst-gecontroleerd psychotherapie-onderzoek). Response was 70% 3 maanden na randomisatie, 60% 6 maanden na randomisatie; ontbrekende responses zijn m.b.v. multiple imputation benaderd om een intention-to-treat analyse uit te kunnen voeren.

De IT en IZ interventies waren gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering. Deelnemers aan IT ontvingen 7 individuele tekst gebaseerde chat-sessies, IZ deelnemers hadden geen contact met een professional. Deelnemers in de WL conditie kregen na de eerste follow-up meting (3 maanden na randomisatie) IT of IZ aangeboden. Op baseline, 3 en 6 maanden na randomisatie werden metingen afgenomen middels zelfrapportagevragenlijsten. Primaire uitkomstmaten waren alcoholgebruik in de week voorafgaand aan de meting, en positieve behandelrespons. Alcoholgebruik binnen de limiet die de British Medical Association heeft verbonden aan verantwoord alcoholgebruik (21 glazen per week voor mannen, 14 glazen per week voor vrouwen), en geen achteruitgang in kwaliteit van leven en AUDIT scores ten tijde van de follow-up werd beschouwd als een behaald behandelgoal en als gevolg daarvan een positieve behandelrespons.

Resultaten:

In alle drie de groepen rapporteerden respondenten een afname in alcoholconsumptie tijdens de 3 maanden follow-up, vergeleken met de Baseline. Bij de IT groep was wekelijks aantal gedronken standaard glazen verminderd van $M=46.6$ ($SD=26.4$) naar $M=22.4$ ($SD=21.3$). Bij de IZ groep was sprake van een afname van $M=43.6$ ($SD=23.8$) naar $M=27.0$ ($SD=24.8$). Tot slot bij de WL groep is een afname geconstateerd van $M=47.2$ ($SD=28.2$) naar $M=35.5$ ($SD=23.6$). Na 6 maanden na randomisatie dronk de IT groep nog gemiddeld 17,8 glazen en de IZ groep 26,2.

Met behulp van Generalized Estimating Equation regressiemodellen werden middels intention-to-treat analyses significante effecten gevonden voor IZ versus WL ($p=0,03$; $d=0,36$) op alcoholgebruik na 3 maanden randomisatie, in het voordeel van IZ. Verschillen tussen IT en IZ waren niet significant na 3 maanden randomisatie ($p=0,11$, $d=0,20$), maar waren significant na 6 maanden randomisatie ($p=0,03$; $d=0,38$), met grotere effecten verkregen voor IT. Er werd een vergelijkbaar resultaat gevonden voor de uitkomstmaat positieve behandelrespons.

Additionele subgroepanalyses

Op verzoek van de Erkenningscommissie zijn in aanvulling op de gepubliceerde paper een tweetal subgroepanalyses gedaan, namelijk bij alle deelnemers die aan zelfhulp of wachtlijstgroep zijn toegewezen met een baseline AUDIT score <20 en <19 . Een uitgebreide uiteenzetting van deze twee subgroep analyses is terug te lezen in bijlage 2.

Conclusie subgroep analyses

De twee subgroep analyses o.b.v. baseline AUDIT <19 en baseline AUDIT <20 ondersteunen de effectiviteit van internetzelfhulp gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering voor problematische alcoholgebruikers. Na 3 maanden laat IZ (Internet Zelfhulpinterventie in deze aanvraag) ook voor deze twee subgroepen significant betere resultaten zien dan een onbehandelde wachtlijstgroep.

Samenvatting

Studie 1

Auteurs: Blankers, M., Koeter, M. W. J., & Schippers, G. M.

Jaar: 2011

Onderzoekstype: Randomized Controlled Trial

Belangrijkste resultaten: De resultaten ondersteunen de effectiviteit van internetinterventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering voor problematische alcoholgebruikers. Na 3 maanden laat IZ (Internet Zelfhulpinterventie in deze aanvraag) significant betere resultaten zien dan een onbehandelde wachtlijstgroep, en wordt er geen significant verschil met IT gevonden. 6 maanden na randomisatie, leidt IT tot betere resultaten dan IZ. Dit komt doordat het gemiddeld aantal gedronken glazen in de IT conditie tussen 3 en 6 maanden gemiddeld verder afneemt; in de IZ conditie blijft de afname gerealiseerd tussen baseline en 3 maanden stabiel tussen de 3 en 6 maanden follow-up. Dit geeft aan dat ook de IZ groep positieve resultaten behaald, vergeleken met WL groep. Het effect van IZ blijft over de hele groep behouden tot 6 maanden na baseline.

Bewijskracht van het onderzoek: 5. Zeer sterk

Resultaten effectiviteit: 1. Positieve resultaten

NB: Er zijn sinds het onderzoek dingen aangepast in het programma om het programma up-to-date te houden. Maar de werkzame elementen uit het onderzoek blijven nog steeds geldend. Daarmee achten we het waarschijnlijk dat ook het vernieuwde programma nog steeds een positief effect heeft op het terugdringen van gebruik.

8. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

De Jellinek Online Zelfhulp is gebaseerd op diverse theorieën zoals cognitieve gedragstheorie, het ASE-model en het sociaal leren. Daarbij speelt motivatie om het minderen of stoppen vol te houden, het afleren van geconditioneerd gedrag en aanleren van ander gedrag een belangrijke rol. De belangrijkste werkzame elementen van de Jellinek Online Zelfhulp zijn:

- Een online aanpak
- Motivationale technieken
- Cognitief gedragstherapeutische principes
- Zelfcontrole technieken
- Sociale invloed
- Terugvalpreventie

Binnen deze elementen worden diverse determinanten die een belangrijke rol spelen in het veranderen van gedrag geadresseerd. De interventie richt zich op de beïnvloedbare psychische en gedragsmatige determinanten kennis, attitude, sociale invloed, vaardigheden en verwachtingen over de eigen effectiviteit. Zo richten de oefeningen en onderdelen zich op het stellen en halen van concrete doelen, het identificeren en analyseren van kwetsbare momenten en het formuleren van preventie- en terugvalmaatregelen en het ombuigen van gedachtepatronen. De onderdelen dragen hiermee bij aan het vergroten en versterken van de kennis en vaardigheden en het beïnvloeden van de attitude. Ook de eigen effectiviteit wordt in de Jellinek Online Zelfhulp beïnvloed door het monitoren van de resultaten via de dagelijkse registratie en de observationele bekrachtiging door lotgenoten via het forum. Tot slot zijn er onderdelen toegevoegd om te leren omgaan met sociale druk en sociale steun te vergroten. In het hele proces is er aandacht voor computer tailoring en het versterken van de eigen motivatie middels de principes van motiverende gespreksvoering en gamificatie elementen.

Het doorlopen van de verschillende opdrachten en onderdelen van de Jellinek Online Zelfhulp draagt bij aan het beïnvloeden van verschillende determinanten van gedrag en daarmee aan het zelfstandig terugbrengen van alcohol-, middelengebruik of gokgedrag.

9. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies

Andersson, G., Titov, N., Dear, B., Rozental, A. & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry*, 18, 20-28.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective *Psychological Science*, 10 (3), 214-217.

Barak, A., Boniel-Nissim, M., & Suler, J. (2008). Fostering empowerment in online support groups. *Computers in human behavior*, 24, 1867-1883.

Bartelink C. (2011). Motiverende gespreksvoering. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut. Binnengehaald 22 maart 2019 van http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf

Bijl, R.V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: Results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90, 602–607.

Blankers M., Nabitz U., Smit, F., Koeter, M.W.J. & Schippers, G.M. (2012). Economic evaluation of internet-based interventions for harmful alcohol use alongside a pragmatic randomized trial. Paper gepresenteerd op Deutscher Suchtkongress, Berlijn Duitsland, 2012

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

Boumparis, N., Karyotaki, E., Schaub, M.P., Cuijpers, P. & Riper, H. (2017). Internet interventions for adult illicit substance users: a meta-analysis. *Addiction*, 112, 1521–1532.

Brink, W. van de (1999). Verslavingen. In: Jong, A. de, *Handboek psychiatrische epidemiologie*. Maarsse: Elsevier/de Tijdstroom, 214-258.

Cargiulo T. (2007). Understanding the health impact of alcohol dependence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64 (3), s5-s11.

Cuijpers, P., Straten, A. van & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 169-177.

Gainsbury, S. & Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review*, 31, 490-498.

- Galen, L.W., Henderson, M.J., & Coover, M.D. (2001). Alcohol expectancies and motives in a substance abusing male treatment sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 205-214.
- Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (2017). Centraal Bureau voor de Statistiek in samenwerking met het RIVM en Trimbos-instituut
- Gezondheidsraad (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr. 2015/24
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications in health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11, 87-98.
- Goossens, F.X. (2012). *Verslaving: Maatschappelijke gevolgen. Overlast, geweld, verwervingscriminaliteit, verkeersongevallen en ziekteverzuim*. Utrecht: Trimbos instituut
- Goudriaan, A. (2007). Pathologisch gokken: Impulscontrolestoornis en gedragsmatige verslaving: *Directieve therapie*, 27 (4), 234-256.
- Graham A., Carpenter K., Cha S., Cole S., Jacobs M., Raskob M. & Cole-Lewis, H. (2016). Systematic review and meta-analysis of internet interventions for smoking cessation among adults. *Substance abuse and rehabilitation*, 7, 55.
- Hammink, A., Altenburg, M., & Schrijvers, C. (2012). 'De sociale gevolgen van verslaving. Een state of the art studie naar verstoring van sociale relaties, schooluitval, dakloosheid, schulden en huiselijk geweld als gevolg van alcohol- of drugsverslaving'. Rotterdam: IVO
- Hester, R. K. (1995). Behavioral self-control training. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (pp. 148-159). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon
- Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., et al (2017). Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. *JAMA psychiatry*, 74 (4), 351-359.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World health Organization*, 82, 858-866.
- Kuunders, M.M.A.P. & van Laar, M.W. (2009). Wat zijn de mogelijke oorzaken van alcoholgebruik? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM
- Laar, M.W. van, & Schoemaker, C. (2007). Wat zijn de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM
- Marcoux, B.C., & Shope, J.T. (1997). Application of the Theory of Planned Behavior to adolescent use and misuse of alcohol. *Health education research*, 12 (3), 323-331.
- Merkx, M.J.M., Korrelboom, K.W., & de Wildt W.A.J.M. (2015). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik: protocol en leertheoretische reflectie. *Gedragstherapie*, 48 (2), 111-137.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press
- Moore, B., Fazzino, T., Garnet, B., Cutter, C., & Barry, D. (2011). Computer-based interventions for drug use disorders: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 40 (3), 215-223.
- Nabben T., Luijk S.J. & Korf D.J. (2018) *Antenne 2017. Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers

- Nederlands Jeugd Instituut (2012). Dossier 'Online hulp', online sinds oktober 2010 en voor het laatst geactualiseerd in juli 2015. Geraadpleegd op 22-03-2019 van <http://www.nji.nl/Online-hulp>.
- Niesink, R., & van Laar, M.W. (2012). *THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: recente inzichten*. Utrecht: Trimbos instituut
- Pos, S., & Hekkink, C. (2004). Review 'Determinanten van alcoholgebruik bij volwassenen'. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ)
- Rathbone, A. L., Clarry, L., & Prescott, J. (2017). Assessing the Efficacy of Mobile Health Apps Using the Basic Principles of Cognitive Behavioral Therapy: Systematic Review. *Journal of Medical Internet research*, 19 (11), e399. Binnengehaald 25 januari 2019 van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5727354/>
- Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., ... & Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. *PLoS One*, 9 (6), e99912.
- Riper H, Hoogendoorn A, Cuijpers P, Karyotaki E, Boumparis N, et al. (2018) Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLOS Medicine*, 15 (12): e1002714.
- Riper, H., Kramer J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008) .Web-based self-help for problem drinkers, a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103, 218-227.
- Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J. & Allsop, D., (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: A meta-analysis. *Addiction*, 105, 1381-1390.
- Rooke, S.E., Hine, D.W., & Thorsteinsson, E.B. (2008). Implicit Cognition and substance use: A meta-analysis. *Addictive behaviors*, 33, 1314-1328.
- Room, R. (2005) Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Review*, 24, 143-55.
- Sardi, L., Adri, A. & Fernandez-Aleman L.J. (2017). A systematic review of gamification in e-health. *Journal of Biomedical Informatics*, 71, 31-48.
- Schalken, F., Blankers, M., Donker, T., Duinstra, U., Gemert van, M., Hoogenhuyze van, C., Kraefft, E., Limper, M., Meijer, E., Riper, H., Tilanus, W. & Wolters, W. (2013). *Handboek online hulpverlening; met internet zorg en welzijn verbeteren*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum
- Schippers, G.M., Smeerdijk, A.M., & Merkx, M.J.M. (2014). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken: Inleiding, toelichting en verantwoording. In G.M. Schippers, A.M. Smeerdijk, & M.J.M. Merkx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 23-52). Utrecht: Stichting Resultaten Scoren, Perspectief Uitgevers
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.
- Springvloet, L., van Laar M.W. (2017) *Factsheet roken onder volwassenen: kerncijfers 2016*. Utrecht: Trimbos instituut
- Sussman S. (2002). Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases*, 1, 35-81.
- Tait, R.J., Spijkerman, R. & Riper, H. (2013) Internet and computer based interventions for cannabis use: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 295-304.

- Taylor, G., Dalili, M., Semwal, M., Civljak, M., Sheikh, A. & Car, J. (2017). Internet-based interventions for smoking cessation (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.
- Todd, M., Armeli, S., & Tennen, H. (2009). Interpersonal Problems and Negative Mood as Predictors of Within-Day Time to Drinking. *Psychology of addictive behaviors*, 23 (2), 205-215.
- Uden-Kraan, C. van, Drossaert C., Taal E., Seydel E., van de Laar M. (2008). Self-Reported Differences in Empowerment Between Lurkers and Posters in Online Patient Support Groups. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (2), e18.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K. & van Laar, M. (2015) Factsheet continu onderzoek rookgewoonten 2014. Utrecht: Trimbos instituut
- Vries, H. de, Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research*, 3 (3), 273-282.
- White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., ... & Young, R. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of Medical Internet research*, 12 (5).
- Wiers, R.W., van Woerden, N., Smulders, F.T.Y., & de Jong, P.J. (2002). Implicit and explicit alcohol-related cognitions in heavy and light drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 648-658.
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T. & Mol, A. (2016). *Kerncijfers Verslavingszorg 2015, LADIS Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg
- Wit, G.A. de, van Gils, P.F., Over, E.A.B., Suijkerbuijk, A.W.M., Lokkerbol, J., Smit, F., ... & Spit, W.J. (2016) Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- World Health Organization (2010). *Atlas on substance use: resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneva: World Health Organization
- Zichermann, G., Cunningham, C. (2011). *Gamification by Design: Implementing Game Mechanics in Web and Mobile Apps*. Sebastopol: O'Reilly & Associates

10. Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Deelnemer Zelfhulp Alcohol:

“Zonder dit programma was ik niet wie ik nu ben. Ik was echt een drinker en voelde mij somber. Ik wist wel dat ik te veel dronk per keer en op een goede dag deed ik de test. Wat ik eigenlijk al wist werd bevestigd. Hier aangemeld en door de forum leden erg gesteund, de groene sterren die je krijgt bij een dag niet drinken werken erg motiverend en de opdrachten erbij doen je ogen openen. Ik ben nu ruim een half gestopt door dit programma en ik voel me bevrijd. Ik durf te zeggen dat mijn doel is om nooit meer te drinken. “Elke dag is een nieuw begin” en ik heb een nieuw leven gekregen mede door dit programma!”

Deelnemer Zelfhulp Tabak:

“Het programma heeft mij enorm geholpen om te stoppen met roken en rookvrij te blijven. Het regelmatig inloggen en de opdrachten invullen hebben mij handvatten aangereikt om verder te kunnen. Het dagboek is persoonlijk waar je alles in kwijt kunt. Het online stoppen, anoniem je verhaal kunnen doen heb ik als prettig ervaren. De stoppers weten waar ze het over hebben, waar ze door heen gaan. Als geen ander weten ze elkaar te bemoedigen, stimuleren, overwinningen te delen. Na afloop van het programma kon ik gewoon blijven deelnemen op het forum en het dagboek gebruiken.”