

Werkblad beschrijving interventie

Jellinek Online Zelfhulp

Gebruik de handleiding bij dit werkblad
www.nji.nl/jeugdinterventies/beschrijven
of
www.loketgezondleven.nl/interventies/

Contact NJi
Gert van den Berg
g.vandenberg@nji.nl
030-2306873

Contact NCJ
Trudy Dunnink
tdunnink@ncj.nl
030-7600413

Contact RIVM-CGL
Projectgroep Erkenningen
centrumgezondleven@rivm.nl
030-274 4798

De Erkenningscommissie Interventies is een landelijke en onafhankelijke commissie die de kwaliteit en effectiviteit van interventies beoordeelt voor jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, jeugdwelzijnswerk, ontwikkelingsstimulering, gezondheidsbevordering en preventie. De commissie is ingesteld en wordt secretariael ondersteund door het Nederlands Jeugdinstituut, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid en RIVM Centrum Gezond Leven.



Achtergrondgegevens

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam **Jellinek Preventie**
 (Post)adres **Postbus 75848**
 Postcode **1070 AV**
 Plaats **Amsterdam**
 E-mail **preventie@jellinek.nl**
 Telefoon **020-5901330**
 Fax
 Website **Jellinek.nl/zelfhulp**
 (van de interventie)

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder

Naam **Roel Kerssemakers**
 (Post)adres **Postbus 75848**
 Postcode **1070 AV**
 Plaats **Amsterdam**
 E-mail **Roel.Kerssemakers@jellinek.nl**
 Telefoon **020 5901324**
 Fax **020-5901324**

Onderstaande in te vullen door Nederlands Jeugdinstituut /RIVM

Documentatie voor de erkenningscommissie

De volgende documentatie wordt in viervoud toegestuurd aan de erkenningscommissie:

Aangekruiste documenten worden na de beoordeling geretourneerd.

- | | | |
|--------------------------|----|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. | Interventiebeschrijving |
| <input type="checkbox"/> | 2. | |
| <input type="checkbox"/> | 3. | |
| <input type="checkbox"/> | 4. | |
| <input type="checkbox"/> | 5. | |

Deelcommissie

Aankruisen welke deelcommissie de interventie zou moeten beoordelen.

- | | | |
|--------------------------|--------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Deelcommissie I. | jeugdzorg, psychosociale en pedagogische preventie |
| <input type="checkbox"/> | Deelcommissie II. | jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering |
| <input type="checkbox"/> | Deelcommissie III. | ontwikkelingsstimulering, onderwijsgerelateerde hulpverlening en jeugdwelzijn |
| <input type="checkbox"/> | Deelcommissie IV | preventie en gezondheidsbevordering voor volwassenen en ouderen |

Documentnummer

Voor u begint

Check met behulp van onderstaande lijst of u alle vereiste informatie op het werkblad kunt invullen. Als u één of meer vragen met nee moet beantwoorden, maakt uw interventie geen kans op erkenning door de erkenningscommissie. Uw interventie moet eerst verder ontwikkeld worden. Neem bij twijfel contact op met het Nederlands Jeugdinstituut of RIVM (zie voorblad).

De vraagnummers in de checklist corresponderen met de onderdelen van de beschrijving op dit werkblad en met de erkenningscriteria. Op de websites van het Nederlands Jeugdinstituut en van RIVM vindt u een meer uitgebreide lijst van de criteria voor erkenning en een toelichting daarop.

Criteria voor erkenning op Niveau I: theoretisch goed onderbouwd

Vraag 1	Is de aard, ernst, omvang of spreiding van het probleem of risico waar de interventie zich op richt duidelijk omschreven?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
Vraag 2	Zijn er concrete doelen, zo nodig onderscheiden in einddoelen en voorwaardelijke doelen?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
Vraag 3.1	Bevat de documentatie een definitie van de doelgroep met relevante kenmerken?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
Vraag 4.1	Bevat de methodiek een handleiding of protocol waarin de benodigde handelingen, de volgorde ervan, de duur van de interventie, de frequentie en intensiteit van de contacten en materialen zijn vastgelegd?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
Vraag 4.2	Zijn de verschillende onderdelen van de interventie beschreven op het niveau van concrete activiteiten?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
Vraag 5	Is duidelijk wat de benodigde materialen, waaronder een Nederlandstalige handleiding of protocol, zijn en waar deze materialen verkrijgbaar zijn?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
Vraag 6	Is een analyse gemaakt van met het probleem samenhangende factoren (oorzaken, directe en indirecte risico- en beschermingsfactoren)?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
	Is er een theoretische onderbouwing gegeven waarin de doelgroep, de doelen en de methodiek (de werkzame factoren) verantwoord worden op basis van de probleemanalyse?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
	Is duidelijk hoe de doelgroep, doelen en methodiek onderling op elkaar aansluiten?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
Vraag 8	Is de interventie overdraagbaar, bijvoorbeeld door een systeem van trainingen, begeleiding, registratie, licenties, een overdrachtsprotocol, website, helpdesk of eerdere ervaringen?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
Overige	Is bekend wie de ontwikkelaar, licentiehouder is en wie de uitvoerende en of ondersteunende organisaties zijn?	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee

Samenvatting

Het is handig de samenvatting als laatste in te vullen. Gebruik voor de samenvatting als geheel maximaal 600 woorden.

Beschrijf hoofddoel(en) of meest karakteristieke (sub)doelen van de interventie.	<p>Doel</p> <p>Het doel van de Jellinek Online Zelfhulp is het op een laagdrempelige wijze ondersteunen van deelnemers bij het zelfstandig minderen of stoppen met gebruik van alcohol, cannabis, cocaïne, tabak of gokken.</p>
Noem de doelgroep waarop de interventie direct gericht is.	<p>Doelgroep</p> <p>De Jellinek Online Zelfhulp is ontwikkeld voor volwassenen die op een problematische manier alcohol, cannabis, cocaïne of tabak gebruiken of problematisch gokken en hiermee op eigen kracht willen minderen of stoppen.</p>
Beschrijf de structuur en de inhoud van de interventie.	<p>Aanpak</p> <p>De Jellinek Online Zelfhulp is een online zelf hulp programma. Met behulp van dit programma kunnen mensen die op een problematische manier genotmiddelen gebruiken of gokken zichzelf helpen (anoniem, zonder hulpverlener en in hun eigen tijd) om hun gebruik te verminderen of om geheel te stoppen. De deelnemers krijgen oefeningen en leesopdrachten aangeboden die zijn gebaseerd op 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. Om de motivatie en regelmatige registratie te bevorderen zijn elementen ingebouwd waaronder een dagelijkse mail als reminder, geautomatiseerde feedback op basis van de behaalde resultaten, een succesmeter en een forum dat naar keuze gebruikt kan worden voor het stellen van vragen of verkrijgen van of verlenen van sociale steun aan andere deelnemers.</p>
Geef aan of er een handleiding en ander materiaal is.	<p>Materiaal</p> <p>Het betreft een online zelfhulp programma. Het programma is voor iedereen toegankelijk via :</p> <p>www.jellinek.nl/zelfhulp</p> <p>Alle instructies, toelichtingen en bijvoorbeeld antwoorden op veelgestelde vragen van deelnemers zijn online beschikbaar.</p>
Beschrijf concluderend de resultaten van Nederlands effectonderzoek, buitenlands effectonderzoek en proceseva-	<p>Onderzoek</p> <p>Procesevaluatie studie</p> <p>In 2007 is een evaluatiestudie naar de Jellinek Online Zelfhulp voor alco-</p>

luaties van de interventie in maximaal 200 woorden.

Meld als er geen onderzoek is: Er zijn geen studies voorhanden.

hol uitgevoerd.

Het demografische profiel van de internetcliënten verschilt van dat van de reguliere ambulante verslavingszorgcliënten. Internetzelfhulp voor probleemdrinkers trekt relatief jonge, veel hoog opgeleide cliënten aan, die succesvol zijn op de arbeidsmarkt en in vergelijking met ambulante verslavingszorgcliënten relatief vaak vrouw.

De interventie krijgt een ruime voldoende krijgt (rapportcijfer 6,4). Uit deze eerste evaluatie blijkt dat het alcoholgebruik inderdaad afneemt nadat de cliënten aan de zelfhulpinterventie zijn begonnen. De behandeltrouw is echter beperkt (Blankers, Kerssemakers, Schramade, & Schippers, 2007)

Effectiviteitsstudie

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 in deze aanvraag) significant betere resultaten zien dan een onbehandelde wachtlijstgroep, en wordt er geen significant verschil met IT (Internet Treatment) 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 (Blankers, Koeter & Schippers, 2011)

Beschrijving voor erkenning op niveau I: theoretisch goed onderbouwd

A. Interventiebeschrijving: probleem, doelgroep, doel, aanpak, materialen en uitvoering

1. Risico- of probleemomschrijving

Geef aan wat het probleem of het risico is waarop de interventie zich richt. Beschrijf de aard, ernst, omvang en spreiding van het probleem, en de gevolgen bij niet ingrijpen.

Als deze informatie er niet is, geef dat dan ook aan.

Maximaal 400 woorden.

Alcohol- en drugsgebruik en gokken

Volgens een peiling van het CBS dronk in 2009 ruim 80% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder wel eens alcohol (CBS StatLine, 2011). Het percentage 15-64-jarigen dat de afgelopen maand alcohol heeft gedronken is 76% (Van Rooij, Schoenmakers & van de Mheen, 2011). In 2010 rookte 27% van alle Nederlanders van 15 jaar en ouder wel eens of dagelijks. Het gemiddelde dagelijks aantal sigaretten bij rokers van 15 jaar en ouder was 14 sigaretten.(STIVORO, 2010c). Van de Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar gaf in 2009 ongeveer één op de vier (26%) aan ooit cannabis te hebben gebruikt. Het percentage mensen van 15 tot en met 64 jaar dat ooit cocaïne heeft gebruikt lag in 2009 op 5,2% voor cocaïne (Van Laar, Cruys, Ooyen-Houben, Meijer, Croes, & Ketelaars, 2012). In 2011 heeft 81,8% van de Nederlanders ooit wel eens deelgenomen aan een Kansspel. Van de Nederlanders die wel eens hebben deelgenomen aan een kansspel heeft in 2011 79,8% dat het afgelopen jaar gedaan (Bieleman, Biesma, Kruize, Zimmerman, Boendermaker, Nijkamp & Bak, 2011).

Stoornissen in het gebruik van middelen of gokgedrag

Voor de meeste mensen blijft het gebruik of spelen van kansspelen een recreatieve vorm van vrijetijdsbesteding, maar bij een klein gedeelte ontwikkelt zich een stoornis in het gebruik of een verslaving, waarbij de gokker of gebruiker de controle verliest over zijn eigen gokgedrag, of gebruik.

De meest recente en meest complete gegevens over het voorkomen van stoornissen in het gebruik van alcohol in de algemene bevolking dateren uit 2009 en zijn afkomstig uit NEMESIS-2 onderzoek (De Graaf, ten Have, & van Dorsselaer, 2010). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat in de periode 2007-2009 op jaarbasis naar schatting tussen de 0,3 en 1,2 procent van de bevolking van 18 tot en met 64 jaar aan de diagnose alcoholafhankelijkheid¹ (DSM 4e gewijzigde editie²). Naar schatting 2,9 tot 4,5 procent van de respondenten voldeed aan een diagnose alcoholmisbruik³. Omgerekend naar de bevolking van 18-64 jaar ging het om naar schatting 82 400 mensen met alcoholafhankelijkheid. Het aantal mensen met alco-

¹ Afhankelijkheid: Iemand gebruikt alcohol of drugs veelvuldig, en er is sprake van verslaving die zich uit in symptomen zoals meer en langer gebruiken dan men van plan was, weinig succesvolle pogingen om te minderen, en onthoudingsverschijnselen (De Graaf et al., 2010).

² DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een handleiding om te bepalen welke psychische stoornis iemand heeft. Misbruik en afhankelijkheid zijn volgens de DSM psychische stoornissen. De DSM-IV is de vierde versie.

³ Misbruik: Iemand gebruikt alcohol of drugs veelvuldig ondanks problemen die dat veroorzaakt, maar er is (nog) geen sprake van verslaving (De Graaf et al., 2010).

holmisbruik is bijna vijf keer hoger (395 600).

Een op de vijf Nederlanders is dagelijks roker. Van deze groep is 19,2% zware roker dus rookt twintig sigaretten en/of shagjes per dag.

De prevalentie van drugsmisbruik is 0,9% voor mannen en 0,8% voor vrouwen. Voor drugsafhankelijkheid is dit 0,4 tot 1,0%, waarvan 0,1 tot 0,5% voor rekening komt van cannabis. Omgerekend naar de bevolking van Nederland in 2009 bedraagt het absolute aantal personen van 18-64 jaar met drugsafhankelijkheid in totaal 77.000, van wie er 29.300 verslaafd zijn aan cannabis. Drugsmisbruik komt voor bij 92.900 personen, van wie het bij 40.200 personen om cannabismisbruik gaat. Ook deze gegevens over drugsmisbruik en afhankelijkheid komen uit het NEMESIS-2-onderzoek over de periode 2007-2009 (De Graaf et al., 2010a).

Betrouwbare schattingen van het totale aantal probleemgebruikers van cocaïne ontbreken. Een deel van de (probleem) gebruikers bevindt zich in de harddrugscene, het gaat dan veelal om het gebruiken van crack. Het is onbekend hoe groot deze groep is. Ook hoe groot de groep probleemgebruikers, bij wie het aanvankelijk recreatief gebruik van snuifcocaïne was en die is doorgeschoten, is niet bekend. Uit onderzoek uit 2010 weten we wel dat van de uitgaanders van 15 t/m 35 jaar die recent (in het afgelopen jaar) cocaïne had gebruikt, 13% daarvan probleemgebruiker bleek te zijn (Van der Poel et al., 2010).

De diagnostische criteria⁴ voor pathologisch gokken en middelenafhankelijkheid vertonen een grote overlap. Omgerekend naar de Nederlandse bevolking zijn er in 2011 naar schatting 92.000 risicospelers en 20.300 probleemspelers (Bieleman et al, 2011)

Risico's

Alcohol en de meeste andere drugs maar ook het spelen van kansspelen kunnen, afhankelijk van gebruikspatronen, kenmerken van de gebruiker en omgevingsfactoren, 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). Naast schadelijke gevolgen voor de gezondheid kan zowel alcohol en ander drugsgebruik als gokken ook maatschappelijke gevolgen hebben, zoals overlast, geweld en verwervingscriminaliteit (Goossens, 2012). De maatschappelijke kosten van stoornissen in alcoholgebruik zijn hoog en werden voor Nederland in 2001 geschat op 2,6 miljard euro per jaar: bijna 300 miljoen euro voor behandeling en zorg, ruim 800 miljoen voor misdrijven samenhangend met alcohol en ruim 1,5 miljard voor verminderde arbeidsproductiviteit (KPMG, 2001). Dergelijke kostenberekeningen zijn niet uitgevoerd voor andere middelen. Gokverslaving gaat meestal gepaard met financiële problemen, wat kan leiden tot verwaarlozing van partner/familie, verlies van werk, schulden en stemmingsveranderingen (prikkelbaar, rusteloos, of teruggetrokken) (Goudriaan, 2007)

Polydruggebruik

Volgens de gegevens van mensen die bij de verslavingszorg in behandeling komen is er bij 36% van de hulpvragers sprake van meervoudige problematiek. Van de mensen die met alcoholproblemen binnenkomen gebruikt 8% cannabis op een problematische manier en 6% doet dat voor cocaïne. Van de mensen die met cannabis binnenkomen gebruikt 13% alcohol en 5% cocaïne op een problematische manier. Voor Cocaïne klanten geldt dat 20% alcohol en 15% cannabis op een problematische manier gebruikt. Van de gokkers gebruikt 8% ook alcohol op een problematische manier. Wat betreft tabak zijn geen cijfers bekend (Wisseling, 2012).

⁴ Voor het vaststellen van deze categorieën is de SOGS gebruikt. De South Oaks Gambling Screen (SOGS) is een screeningsinstrument waarmee de mate van mogelijke kansspelverslaving kan worden vastgesteld. Het meetinstrument SOGS is gebaseerd op het psychiatrische classificatiesysteem DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual).

Treatment gap

Jaarlijks zoeken ongeveer 33.000 mensen hulp voor alcoholproblemen bij de verslavingszorg (Van Laar et al., 2010). Wanneer we dit afzetten tegen het aantal mensen dat problematisch alcohol gebruikt blijkt het bereik van de behandeling beperkt te zijn. Dit wordt ook wel een *treatment gap* of behandelkloof genoemd. Wereldwijd schat men de ‘behandelkloof’ (het verschil tussen de prevalentie van een aandoening en het aantal personen in behandeling) voor alcoholmisbruik en -afhankelijkheid zelfs op 78,1% (World Health Organization, 2005). Onderzoeksgegevens over de treatment gap voor andere middelen en pathologisch gokken ontbreken maar gebaseerd op gegevens over de schattingen van probleemgebruik en de aantallen mensen die in behandeling zijn kunnen we constateren dat deze er zeker is (De Graaf et al., 2010; Ouwehand, Kuijpers, Wisselink, van Delden, & Mol, 2011)

Mensen met een nicotine verslaving doen niet snel een beroep op verslavingszorg. In 2010 werden in de verslavingszorg 251 personen behandeld voor een nicotine verslaving (Ouwehand, Kuijpers, Wisselink, van Delden, & Mol, 2011). Bij de hulpvraag voor tabaksverslaving gaat het in hoofdzaak om zelfzorg en het zoeken van hulp bij de huisarts. Per jaar doet ongeveer een kwart van de rokers een poging om te stoppen met roken. In absolute aantallen gaat het om ongeveer 900.000 rokers die per jaar een stoppoging ondernemen (Stivoro 2011a, 2012a).

Wat betreft cannabis stonden in 2010 ongeveer 11.000 cliënten ingeschreven met een primair cannabis probleem. Geschat wordt dat er zo’n 40.200 cannabismisbruikers en 29.300 verslaafde gebruikers zijn.

2. Doel van de interventie

Wat is het doel van de interventie? Beschrijf de einddoelen en eventuele sub- of voorwaardelijke doelen zo concreet mogelijk en bij voorkeur SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden).

Einddoel

Het doel van de Jellinek Online Zelfhulp is het op een laagdrempelige wijze ondersteunen van deelnemers bij het zelfstandig minderen of stoppen met gebruik van middelen (afhankelijk van de gestelde doelen).

Na deelname aan de Jellinek Online Zelfhulp heeft de deelnemer;

- inzicht in de positieve en negatieve consequenties van zijn/haar gebruik van alcohol, cannabis of cocaïne
- een besluit genomen om te minderen of te stoppen;
- inzicht gekregen in wat hij/zij kan doen om de gestelde doelen te behalen;
- vaardigheden geleerd hoe om te gaan met risico- en/of terugvalsituaties

3. Doelgroep van de interventie

Wat is de einddoelgroep van de hier beschreven interventie? Noem ook een eventuele intermediaire doelgroep. Geef een zo precies mogelijke beschrijving van

3.1 Voor wie is de interventie bedoeld?

Einddoelgroep

De Jellinek Online Zelfhulp is ontwikkeld voor volwassenen die op eigen kracht en in hun eigen tijd willen minderen of stoppen met gebruik.

Intermediaire doelgroep

Eerstelijns zorgaanbieders zoals huisartsen, praktijkassistentes en verloskundigen hebben onder andere als taak de vroegsignalering en het geven van voorlichting over het gebruik van

relevante kenmerken van de doelgroep waarop de interventie zich direct richt.

drugs en schadelijke gevolgen hiervan. Zij verwijzen cliënten naar de zelfhulp.

Beschrijf indicatie- en contra-indicatiecriteria indien van toepassing (indien van toepassing kunnen deze criteria vereist zijn voor erkenning; zie handleiding). Meld ook hoe de doelgroep wordt geselecteerd. Noem eventueel gebruikte selectie-instrumenten en vereiste scores.

3.2 Indicatie- en contra-indicatiecriteria

De zelfhulp is bedoeld voor mensen die zelf willen minderen of stoppen met gebruiken. Er zijn geen strikte exclusie criteria op basis waarvan de doelgroep wordt geselecteerd. De interventie wordt online aangeboden en is voor iedereen beschikbaar.

Een online hulpverleningsprogramma is niet voor iedereen geschikt. Grolleman et al. (2008) geven aan dat online hulpverlening bijvoorbeeld afgeraden wordt bij cliënten met een ernstige stoornis, zoals een psychose en schizofrenie.. Mensen met (ernstige) verslavingsproblematiek, of onthoudingsverschijnselen wordt aangeraden contact op te nemen met de hulpverlening. Aangezien het om een online interventie gaat worden deze mensen worden echter niet uitgesloten van deelname. Op de website staat informatie over voor wie deze interventie geschikt is en gedurende het programma zijn momenten ingebouwd waarop een deelnemer geadviseerd kan worden contact op te nemen met de huisarts of hulpverlening.

Wat betreft geschiktheid kan gesteld worden dat de interventie niet geschikt is voor mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn, geen toegang hebben tot het internet of onvoldoende internetvaardigheden hebben.

Geef aan of de interventie uitsluitend, mede of niet bedoeld is voor (specifieke) migrantengroepen en voor welke. Geef ook aan of er speciale aanpassingen of voorzieningen voor deze groepen zijn.

3.3 Toepassing bij migranten

De interventie is niet speciaal ontwikkeld voor migranten groepen

Meld indien niet bekend of niet van toepassing: De interventie is niet speciaal ontwikkeld voor migrantengroepen.

Meld indien niet bekend of niet van toepassing: Het programma heeft geen speciale faciliteiten (zoals vertaalde schriftelijke instructies of tolken) om migrantengroepen in het bijzonder te kunnen bedienen.

4. Aanpak van de interventie

Beschrijf de structuur en de opbouw van de interventie. Denk aan de gebruikelijke duur, indien van toepassing de frequentie en intensiteit van de contacten, de volgorde van de onderdelen, handelingen of stappen, en de setting waarin de interventie wordt uitgevoerd.

4.1 Opzet van de interventie

De Jellinek Online Zelfhulp is een online zelf hulp programma, ontworpen om deelnemers te ondersteunen bij het minderen of stoppen met gokken, alcohol, tabak, cannabis of cocaïne gebruik. Aangezien het om een interventie gaat die wordt aangeboden via het internet en te bereiken is via een zelfgekozen gebruikersnaam en wachtwoord kan de interventie overal en altijd uitgevoerd worden, mits er toegang is tot een computer of telefoon met internetverbinding.

Werving

De werving voor de zelfhulp loopt voor een deel via de website van de Jellinek. Deelnemers komen direct op de website van de Jellinek terecht of zoeken via zoekmachines. De website van de Jellinek is vanaf 1 januari tot 24 oktober door 641.393 unieke bezoekers bezocht. Op de homepage zien bezoekers de Jellinek Online Zelfhulp direct staan. Deelnemers worden tevens voor het programma geworven na het maken van de zogenaamde signaleringstesten, welke net als de zelfhulp programma's op de homepage van de website van de Jellinek staan.

Met signaleringstesten kan nagegaan kan worden of je op een riskante manier gebruikt. Bij afname van deze testen, die afhankelijk van het middel uit 10 tot 16 vragen bestaat, krijgen mensen een bepaalde score. Bij de hoogste scores worden deelnemers geadviseerd om een behandeling te overwegen. Bij de scores daaronder bevelden we mensen aan de zelfhulp te volgen. Deelname aan de zelfhulp kan dus bevorderd worden door de afname van testen te stimuleren

De signaleringstesten zijn ook te vinden op de website van Jellinek maar ook op diverse andere sites zoals www.ziekofbezeten.nl, www.blowout.nu, www.drugsenuitgaan.nl, www.unity.nl en www.mindmasters.nl

Het stimuleren van het invullen van de signaleringstesten kan, behalve door het plaatsen van de testen op andere websites ook verlopen via campagnes. Op internet is een facebook-, een google search en een google display campagne gevoerd. Middels deze campagnes werden mensen gestimuleerd om de alcohol signaleringstest af te nemen. In een periode van 4 weken nam het aantal afgenomen testen met 4246 toe. 11% van degenen die de test afnamen kregen het advies om de zelfhulp te volgen.

Daarnaast is een campagne in tram en bus gevoerd. Deze campagne resulteerde in 947 extra afnamen van de cannabis test waarbij 51 % het advies kreeg om de tips voor verantwoord gebruik te lezen of de zelfhulp te volgen. Er waren 3994 extra afnamen van de alcoholtest waarbij 9,4% het advies kregen om de zelfhulp te volgen.

Via dergelijke campagnes is het mogelijk veel meer mensen te attenderen op de zelfhulp. Voor de overige testen zullen vergelijkbare campagnes gevoerd worden zodra de vernieuwde versies van de zelfhulpen operationeel zijn.

Er zijn nog meer mogelijkheden om het volgen van het zelfhulpprogramma te bevorderen.

Een belangrijke mogelijkheid ligt bij het stimuleren van actief gebruik van de zelfhulp door medewerkers van de POH GGZ (praktijk ondersteuners huisartsen) POH

GGZ medewerkers zijn in dienst bij GGZ en verslavingszorginstellingen en kunnen door huisartsen praktijken ingehuurd worden. Huisartsen kunnen de kosten daarvoor weer vergoed krijgen van de zorgverzekeraar. Hiertoe verzorgen preventiemedewerkers voorlichting voor deze collega's om dit aanbod beter bekend te maken.

De testen

De alcohol test is gebaseerd op de Alcohol Use Disorders Identification Test (Babor et al 2001). Deze test kent vier uitslagcategorieën. Bij een score tot 8 punten is er geen sprake van riskant gebruik. Bij 8 tot 15 punten worden mensen aangeraden om de adviezen voor verantwoord gebruik te lezen. Ook wordt gewezen op het bestaan van de zelfhulp. Bij 16 tot 19 punten krijgen mensen het advies hun alcoholgebruik te minderen en bij wijze van ondersteuning de zelfhulp te volgen. Bij 20 tot 40 punten wordt mensen aangeraden om te stoppen of te minderen en contact op te nemen met de hulpverlening. In het onder 10.1 genoemde onderzoek zijn deelnemers aan het onderzoek met een gemiddelde AUDIT score van 20 toegewezen aan de condities (voor de groep die de zelfhulp ging volgen lag de score op 19.6, voor de groep die de online behandeling ging volgen lag de score op 18.8 en voor de wachtlijstgroep op 20.1). Hoewel hoger dan 19 punten lagen de Audit scores van de deelnemers die in het onderzoek de zelfhulp volgden nog net onder de range van 20 tot 40 punten.

Voor tabak wordt de Fagestromtest gebruikt. (Fagerström & Schneider 1989). Deze test meet nicotine afhankelijkheid en bestaat uit 6 vragen. Bij een score tot 1 punt is de afhankelijkheid gering. Bij een score tussen 2 en 6 punten is er sprake van beginnende afhankelijkheid. Bij deze score worden mensen aangeraden zich goed te informeren of de zelfhulp te volgen. Bij een score van 6 meer is er sprake van afhankelijkheid. Mensen worden aangeraden om de zelfhulp te volgen of als dat onvoldoende is contact op te nemen met de hulpverlening. De tabakstest is van januari tot eind november 2012 4591 keer gedaan.

Voor gokken gebruiken we de South Oaks Gambling Screen. (Lesieur & Blume, 1987). Deze test bestaat uit 12 vragen. Bij een score tot 2 punten is er geen reden tot bezorgdheid. Bij 3 tot 5 punten worden mensen aangeraden om de adviezen voor verantwoord gokken of de zelfhulp te volgen. Bij 5 punten of meer worden mensen aangeraden de zelfhulp te volgen of als dat onvoldoende is contact op te nemen met de hulpverlening

Voor cannabis en cocaïne hebben we een eigen test ontwikkeld. Hierbij zijn we uitgegaan van de AUDIT. De AUDIT bestaat uit drie typen vragen: vragen over hoeveelheden, vragen over afhankelijkheid en vragen over negatieve gevolgen voor alcoholgebruik. Deze drie typen vragen zijn vertaald naar cannabis en cocaïne. Vervolgens is er een face validity studie op deze testen uitgevoerd. De testen zijn sinds 2003 in gebruik.

De cannabis test bestaat uit 16 vragen de verkorte mobiele versie uit 11 vragen. Tot 5 punten is er geen reden tot bezorgdheid. Van 6 tot 15 punten worden mensen aangeraden om de tips voor verantwoord gebruik te lezen of om als zij willen minderen of stoppen, de zelfhulp te volgen (De Graaff, 2003). Bij 15 meer wordt mensen aangeraden om te minderen of te stoppen en daarbij eventueel hulp te zoeken.

De cocaïne test bestaat uit 16 vragen. Tot 4 punten is er geen extra risico. Van 5 tot 15 punten worden mensen aangeraden om de adviezen voor verantwoord gebruik te lezen of om als zij willen minderen of stoppen, de zelfhulp te volgen. Bij meer dan 15

punten wordt mensen aangeraden om te minderen of te stoppen en daarbij eventueel hulp te zoeken.

Aanmelding

Bij aanvang van de zelfhulp maakt de deelnemer een account aan en wordt hij/zij gevraagd aan te geven hoeveel hij/zij gewoonlijk gokt, drinkt of gebruikt. Vervolgens stelt hij/zij een einddoel waarbij gekozen kan worden tussen stoppen of minderen. De zelfhulp voor tabak vorm hierbij de uitzondering. Rokers moeten als einddoel hebben dat ze helemaal stoppen maar kunnen wel kiezen of ze gelijk stoppen of eerst afbouwen. Kiest de deelnemer voor minderen dan geeft hij/zij vervolgens aan met hoeveel hij/zij wil minderen. Deelnemers worden de keuze geboden om 4 of 6 weken aan het programma deel te nemen. Het programma is exact hetzelfde, dezelfde onderdelen en opdrachten worden uitgevoerd maar dit geeft de deelnemer de gelegenheid zelf te kiezen hoe lang hij/zij er over zou willen doen. Deze aanmelding en de registratie duurt ongeveer 10 minuten.

Programma

De kern van het programma is het dagelijks registreren van trek en gebruik, het uitvoeren van de opdrachten en het lezen van de leesopdrachten. Registratie moet bij voorkeur dagelijks worden gedaan, de opdrachten en leesopdrachten kunnen gedurende het programma worden gedaan. De opdrachten worden beschikbaar in de week dat ze gemaakt moeten worden. Hiermee wordt bereikt dat de deelnemers de oefeningen in de juiste volgorde uitvoeren. De oefeningen en opdrachten worden uitgevoerd in een eigen tempo, op de dag en het tijdstip dat het iemand schikt.

De Jellinek Online Zelfhulp is een programma dat de deelnemer zelfstandig volgt. Bij het ontwerp is veel aandacht besteed aan een heldere navigatie en het motiveren van de deelnemers. Daarnaast wordt ondersteuning geboden.

Helderheid, navigatie

Aan de navigatiestructuur van de Jellinek Online Zelfhulp is veel aandacht besteed. Bij de knop rondleiding kunnen deelnemers een korte uitleg krijgen van de belangrijkste functionaliteiten. Bij de openingspagina van de zelfhulp, 'het dashboard' krijgen de deelnemers bij iedere inlog een overzicht van hun vorderingen in het programma en wordt duidelijk wat ze nog moeten doen. In een tijdsbalk zien ze welke dagen ze hun trek en gebruik geregistreerd hebben en op welke dagen nog niet. Met behulp van een afvink lijstje kunnen deelnemers zien welke opdrachten al uitgevoerd zijn en welke nog niet. Bij de pagina resultaten krijgen de deelnemers een grafisch weergegeven overzicht van hun belangrijkste resultaten tot nu toe. Daarnaast kunnen deelnemers via de knop 'Help' een overzicht krijgen met veelgestelde vragen ingedeeld in de thema's registratie, privacy, werking programma en communicatie.

Ondersteuning

Op elke pagina van de zelfhulp staat rechtsonder de knop: 'ondersteuning'. Indien deelnemers op deze knop klikken, kunnen zij via een formulier een vraag stellen. Het gaat hierbij voornamelijk om vragen ter technische ondersteuning bij het programma maar biedt de deelnemer ook de mogelijkheid om inhoudelijk advies te vragen. Deze vragen worden beantwoord door medewerkers van de Jellinek. De medewerker van de Jellinek kan naar aanleiding van deze vragen besluiten de deelnemer door te verwijzen naar de online behandeling of contact op te laten nemen met de huisarts of hulpverlening. Deelnemers kunnen daarnaast ondersteuning krijgen via het forum. Op dit forum kunnen deelnemers aan andere deelnemers om ondersteuning vragen of zelf ondersteuning bieden.

Motivatie om te blijven deelnemen

Aan de motivatie tot deelname wordt aandacht besteed door: het versturen van een geautomatiseerde dagelijkse email wanneer de deelnemer niet heeft ingelogd en dus geen trek en gebruik heeft geregistreerd, het op en neer gaan van een grafische succesmeter en door het te

zien krijgen van inspirerende boodschappen.

4.2 Inhoud van de interventie

Wat gebeurt er concreet bij de uitvoering? Beschrijf hoe de onderdelen van de interventie worden ingevuld of uitgevoerd, zo nodig met enkele typerende voorbeelden.

Aanmelden / Beslissen

Tijdens de aanmelding doorlopen deelnemers de volgende 5 stappen:

1. Account aanmaken

Aan de deelnemers wordt gevraagd een gebruikersnaam, wachtwoord, nickname en een e-mail adres op te geven. De nickname is meteen de naam van de deelnemer in het forum. Het e-mailadres kan een voor de gelegenheid gemaakt e-mail adres zijn. Hiermee wordt de anonimiteit van de deelnemer gewaarborgd.

2. Vaststellen beginstand

Aan de deelnemer wordt gevraagd om aan te geven wat en hoeveel hij/zij gewoonlijk en per dag van de week drinkt, rookt, gebruikt of gokt. Dit is zijn/haar beginstand. Deze stand kan hij/zij straks vergelijken met wat hij/zij in de loop van het programma drinkt. Dit geeft inzicht in welke eventuele voortgang er geboekt wordt.

3. Vaststellen doel

Aan de deelnemer wordt gevraagd of hij/zij met gebruik wil minderen of stoppen. (In het geval van roken wordt gevraagd of de deelnemer gelijk wil stoppen of eerst wil minderen met als doel om te stoppen). In geval van minderen moet de deelnemer aangeven hoeveel hij/zij op de verschillende dagen van de week wil drinken, roken of gokken. Bij het invullen wordt het doel meteen vergeleken met zijn beginstand.

4. Vaststellen programmaduur

Na deze stap moet worden aangegeven hoe lang hij/zij met het programma bezig wil zijn 4 weken of 6 weken. Ook moet hij/zij aangeven wanneer hij/zij met het programma wil beginnen. Dit kan gelijk of bijvoorbeeld later in de week.

5. Bevestiging

Na de keus gemaakt te hebben verschijnt een overzichtsscherm met alle door hem/haar zelf gemaakte keuzes en gestelde doelen. De deelnemer kan zo in een oogopslag zien wat het verschil is tussen de beginstand en doel. De gemaakte keuzes kunnen nu nog veranderd worden. Na bevestiging liggen de keuzes vast en gaat de deelnemer naar het eigenlijke programma.

Programma onderdelen

- Rondleiding

De deelnemer kan na de bevestiging eerst een rondleiding door het programma en de verschillende onderdelen krijgen waarin uitleg wordt gegeven over wat het is en hoe het werkt.

- Dashboard

Na zich de eerst keer aangemeld te hebben en bij iedere latere inlog komt de deelnemer op het zogenaamde *dashboard*. Het dashboard of openingscherm laat zien waar de deelnemer in het programma staat, hoe vaak hij geregistreerd heeft, welke oefeningen hij gedaan heeft en is grafisch weergegeven wat zijn resultaten zijn.

1. Trek en gebruik registratie

Aan de deelnemer wordt gevraagd om zo vaak als mogelijk zijn/haar trek en gebruik te registreren. Voor elke dag en dagdeel kan hij/zij invullen of hij/zij trek ervaart, hoe sterk de trek is, waar hij/zij op dat moment was, met wie hij/zij was, wat hij/zij voelde en wat hij/zij op dat moment dacht. Vervolgens moet hij/zij aangeven of hij/zij toen gedronken heeft en zo ja hoe-

veel.

2. Resultaten

Wanneer gebruik gemaakt wordt van de knop 'resultaten' worden de ingevoerde registraties overzichtelijk en grafisch weergegeven. Over de periode van deelname kan de deelnemer zijn/haar actuele gebruik, afgezet tegen zijn/haar doelen, zien. In andere grafieken wordt duidelijk wanneer, waar en met wie hij/zij meestal is en wat hij/zij daarbij denkt en voelt, als zijn/haar trek sterk of het gebruik hoog is.

3. Opdrachten

In de loop van het programma moeten 6 oefeningen worden gedaan. Deze oefeningen zijn:

- A. Voor en nadelen gebruik bepalen
- B. Voor en nadelen minderen of stoppen bepalen
- C. Afspraken met jezelf maken
- D. Risicosituaties invullen
- E. Preventieplan maken
- F. Terugvalplan maken

A. Voor- en nadelen gebruik

Aan de deelnemer wordt gevraagd zoveel mogelijk voor- en nadelen van het gebruik op te noemen. Vervolgens wordt hem/haar gevraagd om de voor en nadelen tegen elkaar af te wegen. Op die manier kan worden afgewogen of het lonend is voor een deelnemer om te minderen of stoppen.

B. Voor- en nadelen minderen of stoppen

Aan de deelnemer wordt gevraagd zoveel mogelijk voor- en nadelen van het minderen of stoppen te noemen. Vervolgens wordt gevraagd de voor en nadelen tegen elkaar af te wegen. Op die manier kan worden afgewogen of het lonend is voor een deelnemer om te minderen of stoppen

C. Afspraken met jezelf maken

Aan de deelnemer wordt gevraagd om zoveel mogelijk afspraken met zich zelf te maken om zijn/haar drinkgedrag onder controle te houden. De oefeningen en de leesopdracht die bij deze oefening hoort, geeft een aantal suggesties zoals: het weggooien van drank of het informeren van belangrijke anderen dat je gaat minderen. Bij deze oefening hoort de leesopdracht: 'Het maken van afspraken'.

D. Risicosituaties invullen

Aan de deelnemer wordt gevraagd om een lijst in te vullen waarin allerlei risicosituaties genoemd worden. De deelnemer kan aangeven hoeveel trek hij/zij in deze situatie verwacht te krijgen. Op deze manier kan hij/zij een top 5 maken van riskante situaties. Behalve met behulp van deze lijst kan dat de deelnemer ook inzicht krijgen in de risicosituaties middels de knop: 'Resultaten'. Bij deze oefening horen 2 leesopdrachten: 'Wat zijn risicosituaties' en 'Wat is trek'.

E. Preventieplan maken

Aan de deelnemer wordt gevraagd een Preventieplan te maken over hoe hij/zij met zijn top 5 risicosituaties wil omgaan. Hij/zij moet manieren/strategieën formuleren over wat hij/zij gaat doen als hij/zij in een riskante situatie terecht komt. Bij deze oefening horen de leesopdrachten: 'Omgaan met trek', 'Omgaan met gevoelens' en 'Wat doe ik als ik een drankje aangeboden krijg'.

F. Terugvalplan maken

Aan de deelnemer wordt gevraagd een plan te maken voor het geval hij/zij terugvalt in ge-

bruik. Hem/haar wordt gevraagd te bedenken en formuleren wat hij/zij in het geval van een terugval zal doen en denken zodat hij/zij voorbereid is op deze situatie. Bij deze oefening hoort de leesopdracht: 'Leren van terugval'.

4. Leesopdrachten

In de zelfhulp zitten de volgende leesopdrachten:

Onthoudingsverschijnselen

Wat zijn risicosituaties?

Wat is trek eigenlijk?

Hoe bereik ik mijn doel?

Het maken van afspraken

Omgaan met gevoelens

Omgaan met trek of verlangen

Als ik een drankje/joint/snuif/sigaretje aangeboden krijg

Gokken: Sociale druk: het nee kunnen zeggen tegen gokken.

Leren van terugval

De leesopdrachten geven informatie maar geven ook tips en adviezen over wat de deelnemer in bepaalde situaties kan doen of denken. De leesopdracht omgaan met trek geeft bijvoorbeeld 4 manieren aan hoe je met trek kunt omgaan: zit de trek uit (trek duurt zelden langer dan 30 minuten), zoek afleiding, praat erover en probeer een andere manier te denken.

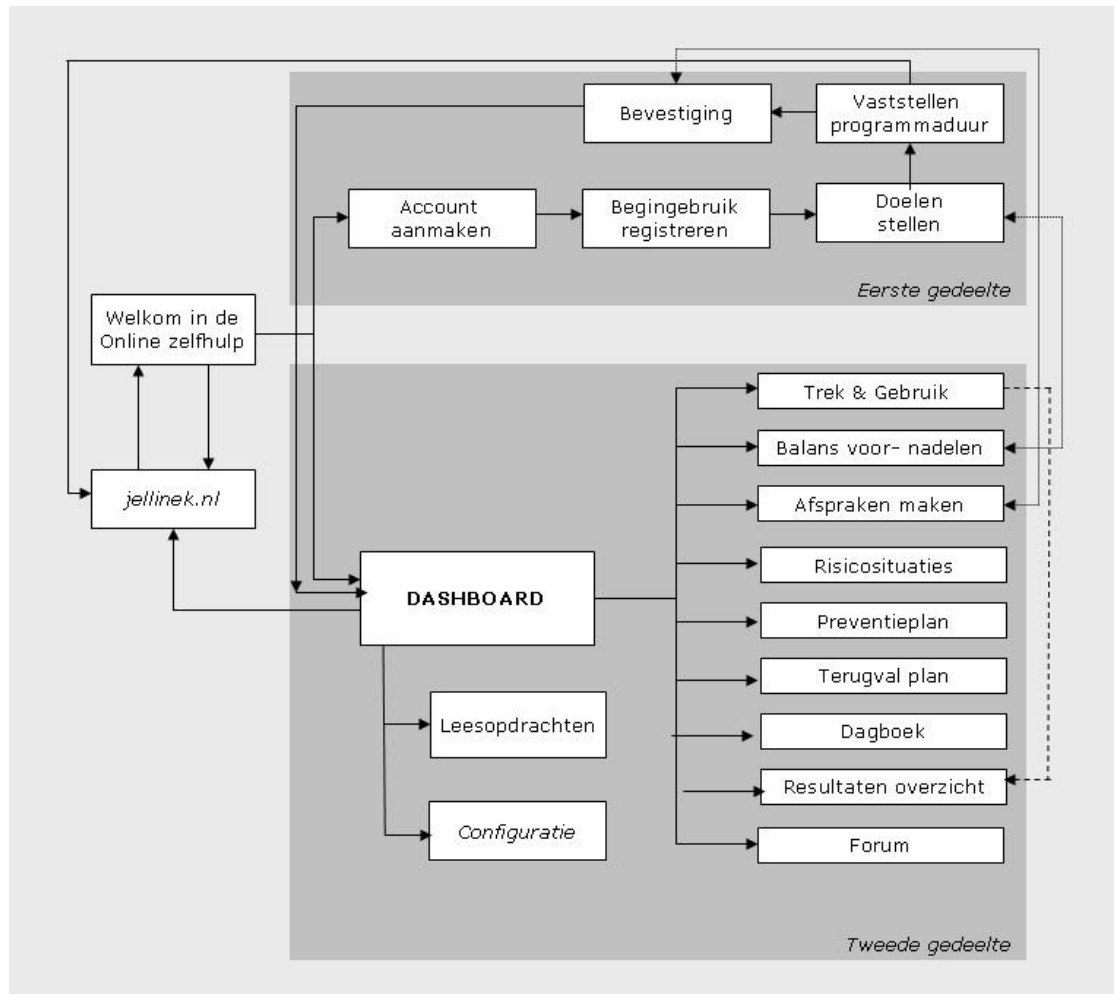
5. Forum

Behalve ondersteuning via de mail kunnen deelnemers ondersteuning vragen via het forum.

Op het forum kunnen deelnemers een nieuw onderwerp starten, een bericht plaatsen of op een bericht reageren. Onderwerpen kunnen geplaatst worden onder 6 thema's. Deze thema's zijn: jouw redenen om te minderen of stoppen, onthoudingsverschijnselen, tips, steun en tips gevraagd en geboden, jouw ervaringen met het programma, vragen over het programma.

6. Dagboek

Het programma is voorzien van een dagboek functie. Hier kunnen deelnemers hun eigen ervaringen, gevoelens en opmerkingen kwijt.



Figuur 1: Schematische weergave van de Jellinek Online Zelfhulpmodule

Vernieuwde versus oude zelfhulp

Hierboven is een beschrijving gegeven van de verschillen onderdelen van de nieuwe Jellinek Online Zelfhulp, zoals deze op dit moment online is.

Op basis van de onderzoeksresultaten van zowel een procesevaluatieonderzoek uitgevoerd in 2007 (Blankers et al., 2007) als het effectonderzoek van Blankers (Blankers et al., 2011) is de Jellinek Online Zelfhulp aangepast en vernieuwd. De nieuwe versie staat sinds mei 2011 voor alcohol op de website. Vernieuwde versies voor de andere middelen worden verwacht in 2013.

De opzet en de inhoud van het programma, het dagelijks registreren, de oefeningen en leesopdrachten, zijn allemaal het hetzelfde gebleven. Geprobeerd is om een aantal punten in het programma punten in te verbeteren. Deze punten lagen op het gebied van:

- Ondersteuning
- Motivatie om te blijven deelnemen
- Onduidelijkheid bij deelnemers over wat de volgende stap is

Bij de nieuwe zelfhulp zijn voor deze punten de volgende oplossingen gevonden:

Ondersteuning

Ondersteuning per mail wordt nu prominent aangeboden. Daarnaast staat op iedere pagina de knop: Ondersteuning. Via deze functie kunnen deelnemers een vraag stellen aan de medewerkers van Team Online Zelfhulp van Jellinek Preventie (zie 4.1)

*Motivatie om te blijven deelnemen**Dagelijkse en wekelijkse e-mail*

Wanneer de deelnemer een dag niet inlogt en zijn/haar trek of gebruik registreert, ontvangt hij/zij een email waarin gevraagd wordt dit alsnog te doen. Een keer per week ontvangt iedere deelnemer bovendien een mail waarin een overzicht gegeven wordt van welke oefeningen ze gedaan hebben en welke ze nog moeten doen. De mail wordt automatisch gegenereerd. De tekst wordt samengesteld aan de hand van wat de deelnemer in het programma gedaan heeft.

Succesmeter

Op het dashboard maar ook op de overige pagina's verschijnt continu de zogenaamde succesmeter. De succesmeter geeft met een percentage aan hoe succesvol de deelnemer is in het doorlopen van het programma. De succesmeter reageert op het behalen van de doelen, het doen van de oefeningen, het dagelijks registreren en op programmatrouw. De succesmeter reageert onmiddellijk na registreren of het doen van een oefening. De deelnemer ziet vervolgens dat de meter vooruitgaat.

Inspiratie

Op het Dashboard is verder ruimte voor een carrousel waar inspirerende tips verschijnen. Deze tips komen van de Jellinek maar kunnen ook komen van de deelnemer zelf en worden in dat geval ontleend aan de oefening: voor- en nadelen van gebruik.

Onduidelijkheid over wat de volgende stap is

Door het veranderde design is voor deelnemers nu veel duidelijker waar zij in het programma staan. Met name de dashboard pagina met het overzicht over de registratie en de oefeningen die nog gedaan moeten worden, dragen hieraan bij.

5. Materialen en links

Welke materialen zijn er en waar zijn deze verkrijgbaar? Noem ten minste de Nederlandse handleiding. Noem ook eventuele links naar relevante websites, rapporten of andere relevante bestanden. Vermeld eventueel ook of er aparte materialen zijn voor migranten en zo ja welke.

De interventie wordt uitsluitend online aangeboden. Alle oefeningen, leesopdrachten en instructies zijn online te vinden via www.jellinek.nl

Link naar zelfhulp alcohol:

http://www.jellinek.nl/behandeling/alle_behandelingen/jellineklive/zelfhulp_alcohol

Online zijn beschikbaar, na registratie:

- Veelgestelde vragen
- Rondleiding/ demonstratie met toelichting bij de verschillende onderdelen van de zelfhulp-module.

Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M., & Schippers, G.M. (2007). Eerste ervaringen met Internet-Zelfhulp voor Probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 1032-1043

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

Blankers, M. (2011). *E-Mental Health Interventions for Harmful Alcohol Use: Research Methods and Outcomes* (Doctoral Dissertation). Amsterdam: University of Amsterdam.

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.

B. Onderbouwing van de interventie

6. Verantwoording: doelgroep, doelen en aanpak

Geef aan hoe probleemanalyse, doel, doelgroep en methodiek op elkaar aansluiten. In uw betoog moet antwoord gegeven zijn op de volgende vragen (zie ook de handleiding bij dit werkblad):

Probleemanalyse

Wat zijn de factoren (determinanten) die het probleem beïnvloeden?

Onderbouw dit met theorieën en/of onderzoeksliteratuur, een redenering (ratio) of een visie. Als u hiervoor gebruik maakt van een algemene theorie over gedragsverandering, maak dan aannemelijk dat deze van toepassing is op het probleem. Geef aan hoe deze factoren met elkaar samenhangen. Noem oorzakelijke, risico-, instandhoudende, verzachtende en/of beschermende factoren.

Beïnvloedbare factoren

Welke factoren zijn beïnvloedbaar?

Laat dit alles zien met theorie/studies of voorbeelden.

Op welke veranderbare factoren richt de interventie zich?

Verbinding probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

Kan het doel met de gekozen aanpak worden bereikt? Maak dit aannemelijk aan de hand van studies en/of ervaringen. Laat zien dat de doelgroep aansluit bij de probleemanalyse.

Werkzame factoren /mechanismen

Wat zijn de werkzame factoren/mechanismen? Welke elementen mogen bij aanpassing van de interventie niet ontbreken?

Verantwoording

Voor de verantwoording kan gebruik worden gemaakt van Nederlands en/of internationaal onderzoek naar de theorie achter de interventie, naar

6.1 Probleemanalyse

Uit de probleemanalyse komt naar voren dat een groot deel van de Nederlandse bevolking alcohol drinkt, tabak rookt, andere drugs gebruikt of wel eens gokt. Hoewel het grootste gedeelte dit met mate doet is er een groep die de controle over dit gedrag verliest wat kan leiden tot zowel korte als lange termijn gezondheidschade, verminderde kwaliteit van leven en heeft sociale, economische en maatschappelijke gevolgen bijvoorbeeld in de vorm van hogere kosten in de gezondheidszorg en minder productiviteit (Cargiulo, 2007; Anderson & Baumberg, 2006; Van Laar et al, 2007., Van der pol et al., 2012; Korf et al, 2004, Goossens, 2012).

Of en in welke mate deze risico's optreden hangt nauw samen met de dosis en frequentie van het 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 wordt gedronken of gebruikt, des te ernstiger de schade (de aandoening of verwonding). Dit geldt zowel voor acute verwondingen als voor het risico op misbruik en afhankelijkheid en chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten (Anderson & Baumberg, 2006; Room et al., 2005; WHO, 2009., Schrijvers et al., 2010). 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, misbruik of gokverslaving. Dat geeft aan dat met zowel minderen als stoppen met gebruik (gezondheids-) winst te behalen is. Om mensen succesvol te ondersteunen bij het zelfstandig minderen of stoppen zijn een aantal subdoelen geformuleerd (zie 2. Doel van de interventie). Omdat gedrag altijd de uitkomst is van verschillende factoren is het voor een effectieve interventie van belang te weten wat de determinanten van de verschillende gedragingen zijn.

6.2 Determinanten problematisch middelengebruik en gokken

Het uitgangspunt van veel gehanteerde theoretische modellen over het al dan niet ontstaan van problematisch middelengebruik of (gok) verslaving is dat er sprake is van een complex samenspel van de farmacologische en toxische eigenschappen van het middel zelf, persoonsgebonden (biologische, sociale en psychologische) en omgevingsfactoren (prijs en beschikbaarheid van het middel) (Pos en Hekkink, 2004, Kuunders & van Laar, 2009, Bolier, Sannen, Hasselt, 2005, Goudriaan, 2007). Voor een overzicht van determinanten zie tabel 2.

onderdelen van de interventie en /of naar soortgelijke interventies, en van onderzoek naar buitenlandse versies van de interventie.

Tabel 1: Determinanten problematisch middelengebruik en gokken

Drug	Set (Persoonsgebonden factoren)	Setting (Omgevingsfactoren)
Toxische eigenschappen van het middel	Demografische kenmerken; zoals SES, opleiding, leeftijd, etniciteit en geslacht	Fysieke omgeving: Beschikbaarheid
Verslavingspotentiaal van het middel	Lichamelijke en psychische gesteldheid, (denk aan stress, depressiviteit maar ook zwangerschap)	Fysieke omgeving: Prijs / betaalbaarheid
	Gevoelens, ervaringen	Sociale omgeving: Sociale invloed (druk om te gebruiken, waargenomen gebruik en 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 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 weerstand bieden in risicosituaties (bijv, weigeren van aangeboden alcoholische drankjes)	

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 en vaardigheden. Er zijn meerdere modellen waarmee het gebruik en misbruik van alcohol, andere drugs en gokken zou kunnen worden verklaard. 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, Rooke, Hine & Thorsteinsson, 2008, Marcoux en Scope, 1997)

Volgens deze modellen hangt het daadwerkelijk veranderen van de intentie en motivatie voor gedragsverandering af van iemands attitude (het resultaat van de positieve en negatieve consequenties van het gedrag), opvattingen over sociale invloed (sociale norm, modeling en sociale druk of steun) en verwachtingen over de eigen effectiviteit (de inschatting van de eigen mogelijkheden om het gedrag succesvol te kunnen vertonen en te handhaven)

(Bandura, 1986). 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 en Tennen (2009) geven bijvoorbeeld, naar aanleiding van hun onderzoek, aan dat mensen gaan drinken als zij negatieve gevoelens hebben. Oorzaken om te gaan drinken en verwachtingen van het effect van alcohol, de zogeheten uitkomstverwachtingen, hebben ook invloed op alcoholconsumptie en drinkpatronen (Galen, Henderson & Coover, 2001). Over uitkomstverwachtingen is in de literatuur al veel geschreven. Deze verwachtingen kunnen tot wel vijftig procent van de variantie in alcoholgebruik voorspellen (Wiers, van Woerden, Smulders, & de Jong, 2002).

6.2 Verbinding probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

De Jellinek Online Zelfhulp heeft als primair doel het bieden van ondersteuning bij de verandering van het problematisch gebruik van middelen of problematisch gokken.

Gehanteerde methodieken om de hierboven genoemde 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 middelengebruik. (Miller & Rollnick, 2002, Soria, R. et.al., 2006, Lai, D.T. et.al., Perkins et.al., 2007, Killen, D. et.al. 2008, Webb, M.S. et.al., 2010, Van Emst, A.J. et.al. 2007, Bartelink, 2011)

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 copingstrategieën 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)

Voorgaande uiteenzetting van geformuleerde methodieken middels welke het gedrag beïnvloedt kan worden, biedt de richtlijnen op basis waarvan deze interventie is vormgegeven. Bij het inzetten van de verschillende technieken wordt er vanuit gegaan dat cliënten de verschillende stadia van verandering doorlopen (Prochaska, DiClemente & Norcoss, 1992).

1. Voorstadium
2. Overwegen
3. Beslissen en voorbereiden
4. Uitvoeren
5. Volhouden
6. Terugval

In de eerste stappen en oefeningen die de deelnemer van de zelfhulp uitvoert wordt hij geholpen een weloverwogen beslissing te nemen over wel of niet veranderen van zijn alcoholgebruik. Vervolgens wordt middels zelfcontroletraining en vaardigheidstraining geprobeerd het problematische gedrag te

doorbreken en terugval te voorkomen.

Technieken en activiteiten

Voorgaande uiteenzetting van geformuleerde methodieken middels welke het gedrag beïnvloed kan worden, biedt de richtlijnen op basis waarvan deze interventie is vormgegeven. In deze paragraaf komt de vertaling in concrete technieken en activiteiten aan de orde.

1. Motivationale technieken

Of een Online Zelfhulp effectief is hangt voor een groot deel samen met de motivatie van de cliënt. De onderdelen van de Jellinek Online Zelfhulp welke gebruik maken van deze motivationele technieken en de motivatie trachten te beïnvloeden zijn:

Vaststellen beginstand en stellen van doelen

Tijdens de aanmelding wordt gevraagd of de deelnemer de beginstand en zijn/haar doelen vast wil stellen: 'Ik wil minderen, of ik wil stoppen', maar ook hoeveel hij/zij uiteindelijk wil drinken per dag. Ook wordt de start datum ingevoerd en is het definitieve besluit genomen om het problematische gedrag te veranderen.

Door het dagelijks registreren van trek en gebruik en deze af te zetten tegen de gestelde doelen heeft de deelnemer inzicht in behaalde resultaten. Deze kunnen ingezien worden door de functie 'Resultaten' te gebruiken. Het behalen van de zelf geformuleerde persoonlijke doelen, leidt volgens Bandura tot een verhoogde waargenomen gedragscontrole en het vertrouwen dat toekomstige doelen behaald kunnen worden (Bandura 1997, 2004). Daarmee neemt, middels het behalen van de doelen, het geloof dat iemand heeft in zijn mogelijkheden om controle uit te oefenen, de eigen-effectiviteit, toe. De motivationele functies (dagelijkse e-mail bij niet registreren, wekelijkse overzichtsmail, succesmeter, inspirerende tips en de tips die gegeven worden over het belonen van jezelf) ondersteunen de deelnemer hier bij.

A en B: Voor en nadelen gebruik en Voor en nadelen minderen of stoppen

Een belangrijke determinant van (riskant) middelengebruik is de attitude, welke mede bepaalde wordt door de voor-en nadelen, of positieve of negatieve uitkomstverwachtingen, die iemand heeft ten opzichte van dit gebruik. Een van de eerste opdrachten binnen de Jellinek Online Zelfhulp is er op gericht om de cliënt zelf tot inzicht te laten komen wat de voor- en nadelen en mogelijke consequenties zijn van het overmatige alcoholgebruik. Wanneer de nadelen van gebruik zwaarder wegen dan de voordelen en de deelnemer wordt zich hiervan bewust, werkt dit motiverend in het minderen of stoppen van het gebruik of gokken en het volhouden van dit gewenste gedrag. Inzicht in de voordelen van minderen of stoppen kan de drinker helpen om de beslissing om te minderen of stoppen vol te houden.

2. Cognitieve gedragstherapeutische technieken

Cognitieve gedragstherapeutische technieken zijn erop gericht meer functionele gedachten- en gedragspatronen aan te leren. Via de analyse van het gedrag, de situatie waarin het drinken, gebruiken of gokken plaatsvindt en bewustwording van de cognities, wordt geprobeerd het gedrag onder controle te krijgen. In de Jellinek Online Zelfhulp is veel aandacht voor het verband tussen denken, doen en voelen en komen de volgende technieken voor:

D. Vaststellen van risicosituaties

Het identificeren van risicosituaties en dan met name het bedenken van welke factoren deze situaties beïnvloeden en hoe ze overwonnen kunnen worden. Onder andere door zo vaak mogelijk in te loggen en de momenten van trek en gebruik te registreren kunnen deze situaties nauwkeuriger geanalyseerd en beschreven worden.

E. Maken van preventie plan

Bij het maken van een preventie plan is het doel dat de deelnemer functionele gedachten en gedragpatronen aanleert zodat de hij/zij in de toekomst beter in staat is risicosituaties aan te kunnen.

F. Maken van terugval plan

Gedragpatronen die een rol spelen bij een mogelijke terugval worden gezien als een mogelijkheid om van te leren. Deze gedachten worden geanalyseerd en ook hier wordt bedacht door de cliënt hoe hij of zij in een volgende situatie van terugval het beste mee om kan gaan.

3. Zelf controle technieken

De zelf-controle technieken hebben betrekking op het stellen van grenzen en beloning bij het bereikte doel, registratie van drinkgedrag, omgaan met sociale druk, het maken van een functionele analyse in het geval van een terugval en het aanleren van alternatieve copingvaardigheden (Hester, 1995).

Doelen stellen

Vaststellen van het maximale gebruik of aantal minuten speeltijd per dag en per week

Dagelijkse registratie

Zelfregistratie van het drinkgedrag, Door het gebruik te monitoren kan de verandering gevolgd worden en eventuele doelen kunnen zelfs bijgesteld worden.

E. Maken van preventie plan*Leesopdracht: Omgaan met trek*

Deelnemer maakt zoveel mogelijk afspraken met zich zelf om zijn of haar alcoholgebruik onder controle te houden. De oefeningen en de leesopdracht die bij deze oefening hoort, geeft een aantal suggesties zoals: het weggooien van drank of het informeren van belangrijke anderen dat je gaat minderen. Bij deze oefening hoort de leesopdracht: 'Het maken van afspraken', wat eigenlijk het bedenken van zelf controle maatregelen inhoudt.

Sociale invloed

Naast de kennis (inzicht) en de attitude speelt de sociale omgeving een rol. Het is van groot belang dat de deelnemer sociale steun ontvangt van belangrijke anderen bij het behalen van zijn of haar doelen. De deelnemer wordt binnen de opdracht 'Het maken van afspraken met jezelf' dan ook gevraagd mensen in de omgeving over de gestelde doelen te informeren. Ook het forum, wat de mogelijkheid biedt, om met andere deelnemers ervaringen uit te wisselen kan bijdragen aan ervaren sociale steun.

Naast sociale steun kan er sociale druk ontstaan om toch te gebruiken, drinken of gokken. De leesopdracht 'Wat doe ik als ik een ... aangeboden krijg'

kan gezien worden als onderdeel van het maken van een preventieplan en heeft als doel de weerbaarheid tegen dergelijke druk te verhogen.

4. Terugvalpreventie

Terugval situaties komen veel voor en worden gezien als een onderdeel van het proces van gedragsverandering. Deze situaties zijn van invloed op de mate van eigen effectiviteit. Omdat het niet gelukt is de doelen te behalen, daalt het geloof in het de eigen gedragscontrole. Daarom is het van groot belang aandacht te besteden aan terugvalsituaties.

Terugvalpreventie richt zich op het anticiperen op en voorkomen van een terugval, het effectief omgaan met een terugval om de negatieve consequenties zoveel mogelijk te beperken en zoveel mogelijk van de terugval te leren. Ingezet techniek binnen de Jellinek Online Zelfhulp Alcohol is

F. Maken van terugvalplan

Leesopdracht: Leren van terugval

De deelnemer spoort de gedachten en gevoelens op die de kans op een terugval vergroten en verandert deze in gedachten die een terugval juist zouden kunnen voorkomen. Bovendien wordt ingezet op het voorkomen van een situatie waarin de deelnemer na een terugval situatie bij de pakken neer gaat zitten en wordt terugval als een leermoment gezien.

Computer tailoring

Doordat de deelnemers zelf hun trek en gebruik registeren maar ook hun eigen voor- en nadelen van gebruik, risicosituaties en dergelijke formuleren en invoeren in het programma is er direct sprake van tailoring. In de Jellinek Online Zelfhulp wordt door gebruik te maken van computer tailoring de interventie voor elke gebruiker persoonlijk en 'op maat' gemaakt. Computer tailoring wordt gebruikt om deelnemers te voorzien van persoonlijke en op maat gemaakte feedback over hun voortgang en behaalde resultaten in het programma veranderen. Uit onderzoek van Sussman (2002) blijkt dat persoonlijke interventies (zoals adviezen-op-maat) tot betere stopcijfers bij roken leiden dan onpersoonlijke interventies.

Doelgroep

Omdat het een online interventie betreft is de zelfhulp voor iedereen toegankelijk. De interventie richt zich wel op een groep gebruikers die (nog) geen last hebben van ernstige onthoudingsverschijnselen bij minderen of stoppen. Het al dan niet ontstaan van onthoudingsverschijnselen verschilt per problematiek en per individu. Gedurende het programma krijgt de deelnemer inzicht in de ernst van zijn of haar problematiek. In de leesopdracht over ontweningsverschijnselen wordt de deelnemer er op geattendeerd dat wanneer hij /zij daar last van heeft het advies is om contact op te nemen met de huisarts of hulpverlening. Op het moment dat de doelen niet behaald worden volgt via het e-mail systeem het geautomatiseerde advies om na de zelfhulp bijvoorbeeld de online behandeling te volgen of contact op te nemen met de hulpverlening.

Er zijn veel aanwijzingen voor het inzetten van een zogenaamde *stepped care* methodiek; hoe ernstiger de verslavingsproblematiek, hoe intensiever de behandeling zou moeten zijn. Hiermee rekening houdend is het plausibel om in geval van problematisch gebruik, of een relatief mild verslavingsprobleem, te beginnen met een kortdurende en kosten-effectieve interventie zoals de Jellinek Online Zelfhulp.

Vroege opsporing en vroegtijdige, kortdurende interventies kunnen de ontwikkeling van ernstige afhankelijkheid voorkomen en onderzoek toont aan dat in het geval van de behandeling van alcoholafhankelijke patiënten deze gunstiger verloopt naarmate de aandoening minder lang bestaat en het sociale netwerk en het sociale functioneren van de cliënt minder ernstig aangetast zijn (van den Brink, 1996, Pos & Kekkinck, 2004).

Online aanpak

Wanneer we het aantal geschatte probleemgebruikers naast het aandeel dat zich aanmeldt voor hulp bekijken constateren we dat er sprake is van een behandelkloof. Mogelijke factoren die een rol spelen bij het niet aanmelden voor een face-to-face-behandeling zijn; geen tijd hebben, te grote afstand tot behandelafdelingen, aan huis gebonden zijn in verband met de zorg voor kinderen of ziekte, vooroordelen over therapeuten of onwilligheid om met een vreemde te praten over persoonlijke problemen en angst voor stigmatisering (Cuijpers, Van Straten en Andersson, 2008, Room, 2005., Blankers, 2011, Bijl en Ravelli, 2000) Een Online Zelfhulp biedt in dit kader een goed alternatief, zeker gezien 89,5% van de volwassen bevolking in Nederland gebruik maakt van internet (<http://www.internetworldstats.com/europa.htm#nl>). De flexibiliteit van het online aanbod draagt bij aan het bereik en de toegankelijkheid ervan. Online hulpverlening heeft de mogelijkheid om op grote schaal doelgroepen te bereiken die nog onvoldoende worden bereikt met reguliere hulpverlening (Riper, Smit, van der Zanden, Conijn, Kramer & Mutsaers, 2007).

Vaakgenoemde voordelen van online hulpverlening zijn anonimiteit, flexibiliteit, laagdrempeligheid en kosten- en tijdsbesparingen. (Spek et al., 2007; Saperstein, Atkinson & Gold, 2007; Portnoy, Scott-Sheldon, Johnson & Carey, 2008; Schalken et al., 2010).

7. Samenvatting onderbouwing

Beschrijf in één tot drie zinnen het verband tussen probleem, doelgroep, doel en methode.

De Jellinek Online Zelfhulp richt zich op de beïnvloedbare psychische en gedragsmatige determinanten kennis, attitude, sociale invloed en vaardigheden. In de eerste stappen en oefeningen die de deelnemer van de zelfhulp uitvoert wordt hij/zij geholpen een weloverwogen beslissing te nemen over het veranderen van gebruik en stellen van concrete, laagdrempelige doelen. Vervolgens wordt middels zelfcontroletraining en vaardigheidstraining geprobeerd het problematische gedrag te doorbreken en terugval te voorkomen. Daarbij speelt motivatie om het minderen of stoppen vol te houden, het afleren van geconditioneerd gedrag en aanleren van ander gedrag een belangrijke rol.

C. Overdraagbaarheid

8. Randvoorwaarden voor uitvoering en kwaliteitsbewaking

Welke eisen zijn er ten aanzien van opleiding, training, certificering, licenties en/of supervisie van de uitvoerend werkers? Beschrijf deze randvoorwaarden voor de toepassing.

Meld indien van toepassing: Er zijn geen specifieke eisen voor de uitvoering en begeleiding van de uitvoerend werkers.

Is er voor de overdracht van de interventie een handleiding of protocol? Zijn er eerdere ervaringen waaruit blijkt dat de interventie overdraagbaar is?

Meld indien van toepassing: Er is geen handleiding of protocol voor overdracht of implementatie.

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie beoordeeld en bewaakt? Denk bijvoorbeeld aan registratie van activiteiten en resultaten.

Meld indien niet bekend of niet van toepassing: De wijze van kwaliteitsbewaking wordt bepaald door de uitvoerder.

8.1 Eisen ten aanzien van opleiding

De Jellinek Online Zelfhulp Alcohol is een zelfhulp zonder professionele ondersteuning. Het personeel dat betrokken is bij de interventie is beperkt.

De monitoring van het forum wordt uitgevoerd door preventiemedewerkers en zij dragen ook zorg voor het beantwoorden van eventuele vragen die via het e-mail systeem binnenkomen. Randvoorwaarde is dat dit medewerkers zijn met relevante ervaring en kennis op het gebied van (problematisch gebruik van) alcohol en andere drugs.

8.2 Eisen ten aanzien van overdracht en implementatie

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

De interventie is 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.

Bij overdracht moet wel voorzien worden in eigen personeel dat eventuele e-mails afkomstig van het zelfhulpprogramma kan beantwoorden.

8.3 Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

In de zelfhulp kunnen deelnemers middels een support knop vragen en opmerkingen kwijt. Opmerkingen en of suggesties voor verbeteringen worden bewaard in een verbeterregister en kunnen leiden tot aanpassing van het programma.

Ook op het forum kunnen mensen opmerkingen over het programma kwijt. Alle gegevens van de deelnemers komen geanonimiseerd in een database terecht. Deze database is beschikbaar voor onderzoek. Zo kan bijvoorbeeld gezien worden hoe vaak deelnemers de site (her) bezoeken, hoe vaak deelnemers registreren, hoeveel opdrachten gedaan worden en hoe deel deelnemers hun doelen behalen.

Het programma is voorzien van een succesmeter. Elke deelnemer krijgt afhankelijk van programmaloyaliteit, frequentie van bezoeken, het uitvoeren van opdrachten en het registreren een bepaalde score. De gemiddelde score van alle deelnemers geeft een indicatie over hoe goed het programma uitgevoerd wordt.

8.4 Kosten van de interventie

Wat zijn de kosten van de uitvoering? Noem zo mogelijk kosten van licentie, materiaal, trainingen, kwaliteitsbewaking, Vermeld het jaartal waarvoor de prijzen gelden. Noem ook de tijdinvestering van betrokken professionals (uitvoering en coördinatie).

Meld indien van toepassing: Er zijn bij deze interventie geen gegevens bekend over de kosten en/of de tijdsinvestering van professionals.

Onderstaande gegevens zijn overgenomen uit: 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.

Interventiekosten bestaan uit kosten voor softwareontwikkeling, ICT service kosten en beheerskosten voor Jellinek Preventie. Kosten voor wetenschappelijk onderzoek zijn voor onderstaande berekening buiten beschouwing gelaten. De gegevens met betrekking tot de kosten werden verzameld obv werkelijk gemaakte kosten over de jaren 2004-2009 en omgerekend/ geïndexeerd naar referentiejaar 2010 met behulp van een inflatiecorrectie op basis van het geharmoniseerde indexcijfer van de consumptieprijzen (HICP). ICT-service kosten omvatten server huurkosten, software lasten en een maandelijks vergoeding voor ICT-ondersteuning. Beheerskosten voor Jellinek Preventie werden gebaseerd op schattingen van de werkelijke tijdsinvestering (3 maanden fulltime tijdens ontwikkeling, vervolgens 3 weken fulltime over het jaar verdeeld bij normaal functioneren van zelfhulp). Uitgegaan werd van een levensduur van de interventie van 3 jaar, waarna wederom 3 maanden fulltime investering nodig was voor update. Geïnvesteerde tijd werd vermenigvuldigd met de arbeidskosten op basis van CAO GGZ-lonen (FWG 65-5, 2009) en opgehoogd met 50% extra werkgever kosten voor overhead en verzekeringen. Ontwikkeling, ICT dienstverlening en overheadkosten werden hoofdelijk omgeslagen over de deelnemers aan de interventie in de onderzochte periode. Kosten in Blankers et al 2012 mbt beheerskosten Jellinek Preventie zijn per 6 maanden, waarden zijn hieronder per 12 maanden gerapporteerd.

Tijdsinvestering medewerkers Jellinek Preventie: uitgaande van 3 jaar levensduur interventie voordat een grootschalige update noodzakelijk is zijn de kosten voor 3 jaar: 0,25 FTE (tijdens ontwikkeling/update) + 3 x 0,1 FTE (regulier beheer) = 0,28 FTE per 3 jaar. Dit komt neer op 0,09 FTE per jaar (oftewel €7683,- per jaar uitgaand van FWG 65-5 CAO GGZ 2009-2011).

Kosten per deelnemer zelfhulp per jaar:
 Kosten softwareontwikkeling: €4,87
 Kosten ICT servicekosten: €2,49
 Kosten beheer Jellinek Preventie: €8,54

Totaal kosten per deelnemer zelfhulp per jaar: €15,90.

Voor de deelnemer zelf zijn er geen kosten verbonden aan het volgen van de Jellinek Online Zelfhulp.

9. Onderzoek naar de uitvoering van de interventie

Is er onderzoek gedaan naar de uitvoering van de interventie? Beschrijf doel, type onderzoek (bijvoorbeeld procesevaluatie, behoefteanalyse, nul-meting, haalbaarheidonderzoek, tevren-

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

Belangrijkste resultaten:

denheidmeting etc.), methode en relevante uitkomsten.

Geef aan wat het bereik is, de succes- en faalfactoren en waardering door de doelgroep. Geef ook aan hoe de interventie, indien noodzakelijk, wordt aangepast.

Meld indien van toepassing: Er is geen onderzoek gedaan naar de uitvoering van de interventie.

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.

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 hoog opgeleide 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 en na het doorvoeren hiervan tot de Internet Zelfhulp die in deze beschrijving is beschreven, zie ook paragraaf 'oude versus nieuwe zelfhulp' in hoofdstuk 4, en tot een Internet Therapie, die ter sprake komt onder punt 10 (effectstudie).

Scores AUDIT

De aangeboden test voor alcohol is de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Babor et al 2001). Jaarlijks wordt deze test vanaf deze website ongeveer 18.000 keer ingevuld. De test kent vier uitslagcategorieën. Bij een score tot 8 punten is er geen sprake van riskant alcoholgebruik. Bij 8 tot 15 punten worden mensen aangeraden om de adviezen voor verantwoord alcoholgebruik te lezen. Ook wordt gewezen op het bestaan van de zelfhulp. Bij 16 tot 19 punten krijgen mensen het advies hun alcoholgebruik te minderen en bij wijze van ondersteuning de zelfhulp te volgen. Bij 20 punten of meer wordt mensen aangeraden om te stoppen of te minderen en contact op te nemen met de hulpverlening. Van de 18.000 mensen die de AUDIT invullen scoort 33% 8 punten of minder. 34% scoort tussen 8 en 15 punten. 12% scoort tussen de 16 en 19 punten en 22% scoort 20 punten of meer.

Bereik 2012

Op jaarbasis telt de interventie 1200 deelnemers. Dit zijn mensen die zich hebben geregistreerd en ook daadwerkelijk zijn begonnen met het zelf hulp programma.

Voor u verder gaat

Check met behulp van onderstaande lijst of u de vereiste informatie op het werkblad kunt invullen. De vraagnummers corresponderen met de desbetreffende onderdelen van de beschrijving op dit werkblad en met de criteria voor erkenning op Niveau II en III. Op de sites van het Nederlands Jeugdinstituut en van RIVM kunt u een meer uitgebreide lijst van de criteria voor erkenning en een toelichting daarop vinden. Neem bij twijfel contact op met het Nederlands Jeugdinstituut of RIVM (zie voorblad).

Criteria voor erkenning op Niveau II-III: waarschijnlijk of bewezen effectief

Vraag 10.1	Is de interventie via Nederlandse studies met een matige tot sterke bewijskracht onderzocht en maken deze studies het aannemelijk dat de interventie de gestelde doelen bij de doelgroep daadwerkelijk bereikt? (Voor een overzicht van de bewijskracht van onderzoek, zie de handleiding bij dit werkblad.)	<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee
Vraag 11	Is er onderzoek naar buitenlandse versies van de interventies	<input type="checkbox"/>	Ja	<input checked="" type="checkbox"/>	Nee

LET OP

Indien vraag 10 met ja beantwoord wordt, vul dan ook Bijlage 1 in: Beschrijving kenmerken en resultaten onderzoek.

Indien vraag 10 en 11 met nee beantwoord moeten worden, komt uw interventie niet in aanmerking voor een beoordeling op niveau II of III. Vul in dat geval paragraaf 10.1 en 11 op de gevraagde manier in en ga verder met paragraaf 12 onder Overige informatie.

Vergeet niet het logboek in te vullen aan het einde van dit werkblad.

Beschrijving voor erkenning op niveau II-III: waarschijnlijk of be- wezen effectief

D. Effectiviteit

10. Nederlandse effectstudies

Wat zijn de kenmerken en uitkomsten van onderzoek naar het effect van de interventie in Nederland?

Noem per studie auteur(s) en publicatiejaar, onderzochte (primaire) doelen van de interventie, onderzoeksgroep, onderzoeksdesign en resultaten. Vermeld effectgroottes *d* of *ES*, of de gegevens om deze te berekenen (zie de handleiding bij dit werkblad).

Beschrijf ook de kenmerken en resultaten van reviews en meta-analyses over de effectiviteit van de interventie in Nederland.

Meld indien van toepassing: Er is geen Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van de interventie.

10.1 Studies naar de effectiviteit van de interventie in Nederland

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 mbv 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 behandel-doel 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.

Conclusies: 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.

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 .

De commissie heeft aan gegeven dat voor de interventie geldt dat mensen met een AUDITscore van 20 of hoger wordt aangeraden om contact op te nemen met de hulpverlening (hoewel niet wordt afgeraden om de Jellinek Zelfhulp te gebruiken). Dus mensen met een score vanaf 20 behoren niet direct tot de doelgroep van jullie interventie. In de onderzoekspopulatie daarentegen was de gemiddelde AUDITscore 20. Omdat deze groep gemiddeld steviger dronk dan de doelgroep, luidt het verzoek om de analyses opnieuw de doen voor de score van <20 en <19 .

Resultaten AUDIT <20

Analyses AUDIT <20 op baseline hebben betrekking op $n=69$ deelnemers, waarvan 35 in de zelfhulpconditie (IZ) en 34 in de wachtlijstconditie (WL).

Bij de IZ groep was sprake van een afname in alcoholgebruik (standaardglazen per week) van $M=33.8$ ($SD=16.7$) op baseline naar $M=20.6$ ($SD=11.5$) drie maanden na randomisatie. Bij de WL groep is een afname geconstateerd van $M=38.0$ ($SD=16.6$) op baseline naar $M=30.0$ ($SD=16.6$) drie maanden na randomisatie.

6 maanden na randomisatie dronk de IZ groep nog gemiddeld 20.3 glazen per week ($SD=11.6$).

Met behulp van een GEE model met dezelfde covariaten als gehanteerd in de GEE analyse over de gehele gerandomiseerde steekproef werd een significante Tijd X Arm interactie gevonden, Wald Chi-Square ($df=2$)= 7.43 , $p=.02$.

Het verschil tussen IZ en WL drie maanden na randomisatie was significant op basis van paarsgewijze vergelijkingen van de schattingen uit de GEE analyse, IZ: $M=20.6$ ($SD=11.5$) versus WL $M=30.0$ ($SD=16.6$), $t(34) = 2.04$, $p=.04$ (Welch modified two-sample t-test).

Resultaten AUDIT <19

-Analyses AUDIT<19 op baseline hebben betrekking op $n=57$ deelnemers, waarvan 31 in de zelfhulpconditie (IZ) en 26 in de wachtlijstconditie (WL).

- Bij de IZ groep was sprake van een afname in alcoholgebruik (standaardglazen per week) van $M=34.0$ ($SD=17.4$) op baseline naar $M=23.4$ ($SD=10.7$) drie maanden na randomisatie. Bij de WL groep is een afname geconstateerd van $M=34.8$ ($SD=12.8$) op baseline naar $M=32.0$ ($SD=14.7$) drie maanden na randomisatie.

- 6 maanden na randomisatie dronk de IZ groep nog gemiddeld 21.4 glazen per week ($SD=12.0$).

- Met behulp van een GEE model met dezelfde covariaten als gehanteerd in de GEE analyse over de gehele gerandomiseerde steekproef werd een significante Tijd X Arm interactie gevonden, Wald Chi-Square ($df=2$)= 6.06 , $p=.048$.

- Het verschil tussen IZ en WL drie maanden na randomisatie was significant op basis van paarsgewijze vergelijkingen van de schattingen uit de GEE analyse, IZ: $M=23.4$ ($SD=10.7$) versus WL $M=32.0$ ($SD=14.7$), $t(35) = 2.06$, $p=.04$ (Welch modified two-sample t-test).

Conclusie subgroepanalyses

De twee subgroepanalyses obv 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.

10.2 Samenvatting Nederlandse effectstudies

Studie 1

Vat elke studie in telegramstijl samen.

Kies bij Bewijskracht voor:
1 zeer zwak; 2 zwak; 3 matig;
4 redelijk; 5 vrij sterk; 6 sterk;
7 zeer sterk.

Kies bij Effectiviteit voor:
1 positieve resultaten
2 effectiviteit niet vastgesteld;
3 negatieve resultaten; 4. posi-
tieve en negatieve resultaten; of
5 effectiviteit onduidelijk of
onbekend.

(Zie de handleiding bij dit
werkblad.)

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.

Bewijskracht van het onderzoek: 5. Zeer sterk

Resultaten effectiviteit: 1. Positieve resultaten

11. Buitenlandse effectstudies

Wat zijn de kenmerken en uitkomsten van effectstudies, reviews of meta-analyses naar de effectiviteit van buitenlandse versies van de interventie?

Noem per studie auteur(s) en publicatiejaar, onderzochte doelen van de interventie, methode en resultaten. Vermeld effectgroottes d of ES , of de gegevens om deze te berekenen (zie de handleiding bij dit werkblad).

Gebruik per onderzoek niet meer dan 150 woorden.

Meld indien van toepassing: Er zijn geen studies die de effectiviteit van buitenlandse versies van de interventie aantonen.

Er zijn geen studies die de effectiviteit van buitenlandse versies van de interventie aantonen.

E. Overige informatie

12. Toelichting op de naam van de interventie

Is de naam van de interventie helder? Noem de herkomst of diepere betekenis. Is de interventie bekend onder een andere naam? Noem de naam van de eventuele buitenlandse versie van de interventie.

Meldt indien van toepassing: Over de naam van de interventie zijn geen bijzonderheden te vermelden.

De interventie heet: Jellinek Online Zelfhulp Alcohol, Jellinek Online Zelfhulp Cannabis, Jellinek Online Zelfhulp Cocaïne etc. Deze benaming geeft precies weer wat de interventie omvat. Een door de Jellinek online aangeboden zelfhulp programma om het gebruik van deze te veranderen

De (oude) zelfhulp wordt ook aangeboden in Zwitserland en Noorwegen. In Zwitserland heet het programma: das Selbsthilfetool. In Noorwegen heet het programma: Alkohol selvhjelpsprogram/kurs.

In Engeland wordt hetzelfde programma gericht op cannabis aangeboden, in België op cannabis en cocaïne. In Engeland heet het programma: Cannabis Self Help. In België heet de zelfhulp: Cannabis-zelfhulp en Cocaine-zelfhulp.

13. Uitvoering (uitvoerende en of ondersteunende organisaties en partners)

Waar, door welk soort organisaties en op welke schaal wordt de interventie toegepast? Beschrijf op welke locatie de interventie wordt uitgevoerd. Noem eventueel lokale en/of regionale varianten. Noem eventueel ook samenwerkingspartners in de uitvoering.

Meld indien van toepassing:

- *De locatie waar de interventie dient te worden uitgevoerd is niet aangegeven.*
- *Er zijn geen gegevens over de uitvoerende organisatie bekend.*

De interventie wordt aangeboden door de Jellinek. Jellinek biedt preventieve programma's en hulp voor mensen die problematisch gebruiken of afhankelijk zijn. Jellinek maakt deel uit van Arkin. Arkin biedt Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg.

De interventie wordt op het internet aangeboden en is voor iedereen toegankelijk. De oude zelfhulp wordt ook in het buitenland aangeboden. Met de buitenlandse partners, allen instellingen in de verslavingszorg, wordt nauw samengewerkt.

Technische ondersteuning

Het technische gedeelte van de interventie is ontwikkeld door Mas Outreach, een bureau voor communicatiediensten en interactieve media. Mas Outreach is een belangrijke samenwerkingspartner in de uitvoering van de interventie. Vragen van de deelnemers maar ook van de projectleider van de interventie over het systeem, of die betrekking hebben op technische ondersteuning komen bij Mas Outreach terecht en worden door hen verder afgehandeld.

14. Overeenkomsten met andere interventies

Zijn er soortgelijke interventies? Noem relevante en in het oog springende overeenkomsten en /of verschillen; beperk dit tot sterk vergelijkbare interventies.

Meld indien van toepassing: Er

De Jellinek Online Zelfhulp kent overeenkomsten met de volgende interventies:

Een vergelijkbare interventie qua opzet, opbouw en onderbouwing is het online zelfhulp programma Minderdrinken.nl dat in samenwerking met Jellinek preventie is ontwikkeld en door het Trimbos-instituut wordt aangeboden. Minderdrinken.nl is echter alleen beschikbaar voor alcohol en een ander

zijn geen gegevens over soortgelijke interventies.

verschil is dat functies die ingebouwd zijn in de Jellinek Online Zelfhulp zoals het de dagelijkse en wekelijkse email of de succesmeter, om de motivatie te versterken en uitval te verkleinen, ontbreken.

Voor ondersteuning bij stoppen met roken heeft STIVORO de Stopsite.nl ontwikkeld welke ook vergelijkbaar is qua opzet en opbouw. Essentieel verschil is dat de deelnemer voor het gebruik van dit programma moet betalen en zich niet 'anoniem' kan registreren. Deze interventie beschikt wel over een chatfunctie.

Jellinek biedt naast de zelfhulp ook een online behandelprogramma aan. De online behandeling bestaat uit dezelfde onderdelen en oefeningen met het enige verschil dat er ondersteuning en begeleiding is in de vorm van een behandelaar. Contact met de behandelaar kan gelegd worden via email of chat.

Aangehaalde literatuur

Beschrijf de in dit document aangehaalde literatuur volgens APA-normen (zie de handleiding bij dit werkblad).

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

American Psychological Association (APA). *Diagnostical and statistical Manual for Mental Disorders-IV (DSM. IV)*; 1994

Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2005). *Alcohol and primary health care: Clinical Guidelines on identification and brief interventions*. Department of the Government of Catalonia: Barcelona.

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

Apodaca, T.R., & Miller, W.R. (2003). A met-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *J Clin Psychol*, 59, 289-304.

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

Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S, Edwards, G., Giesbrecht, N., & Graham, K., et al. (2003) *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: University Press.

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

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a MetaAnalysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions, *Journal of Technology in Human Services*, 26, 2, 109 — 160.

Bartelink C. (2011) *Motiverende gespreksvoering*. Utrecht: NJi
http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf

Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernández, M. E. (2011). *Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bieleman, B., Biesma, S., Kruize, A., Zimmerman, C., Boendermaker, M., Nijkamp, R., Bak, T. (2011). *Gokken in kaart. Tweede meting aard en omvang kansspelen in Nederland*. Groningen: INTRAVAL.

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., Kerssemakers, R., Schramade, M., & Schippers, G.M. (2007). Eerste ervaringen met Internet-Zelfhulp voor Probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 1032-1043

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

Blankers, M. (2011). *E-Mental Health Interventions for Harmful Alcohol Use: Research Methods and Outcomes* (Doctoral Dissertation). Amsterdam: University of Amsterdam.

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.

Breslin, F.C., Sobell, M.B., Sobell, L.C., Cunningham, J.A., Sdao-Jarvie, K., & Borsari, D. (1998). Problem drinkers: evaluation of a stepped-care approach. *J Subst abuse*, 10, 217-232.

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

Brug, J., Van Assema, P. & Lechner, L. (2008) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Cargiulo T. Understanding the health impact of alcohol dependence. *Am J Health-Syst Pharm*, 2007; 64(Suppl 3): s5-s11.

CBS StatLine. De elektronische databank van het CBS. Bevat statistische informatie over vele maatschappelijke en economische onderwerpen in de vorm van tabellen en grafieken.

Cuijpers, P., Riper, H., & Lemmers, L. (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 99, 839-845.

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.

Fagerström K.O., Schneider N.G.(1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989; 12:159-181.

De Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, s. (2010) *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut

De Graaff, D. (2003). Validiteitonderzoek. Test voor riskant gebruik. Haarlem: ResCon.

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.

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, 2012.

Goudriaan, A. Pathologisch gokken: Impulscontrolestoornis en gedragsmatige verslaving : *Directieve therapie* 27 (4), 2007, p. 234-256

Grolleman, J., Mutsaers, K. & Land, H. van 't (2008). *E-Mental Health: gebruik, toegang en effectiviteit van het aanbod*. In: H. van 't Land, J. Grolleman, K. Mutsaers & C. Smits. Trendrapportage GGZ 2008. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hester, R.K. (1995). Behavioral self-control training. In Hester, R.K., &

Miller W.R. (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives* (2nd ed., pp. 148-159). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W.R. (2005) Motivational Interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 91-111

Hollander, A.E.M. de, Hoeymans, N., Melde, J.M., Oers, J.A.M. van, & Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen*. Bilthoven: RIVM.

Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. & Wang, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67 (4), 563-570.

KPMG (2001) *Kosten en baten van alcoholzorg en preventie. Eindrapport*. Hoofddorp: KPMG.

Kok, H., Molleman, G., Saan, H. & Ploeg, M. (2005) *Handboek Preffi 2.0: richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie*. Woerden: NIGZ.

Laar, M.W. van, & Schoemaker, C. (2007). Wat zijn de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven.

Van Laar M.W., Cruts, A.A.N., Ooyen-Houben M.M.J., Meijer, R.F., Croes, E. & Ketelaars, A. (2012). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1987) The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers - *American Journal of Psychiatry*.

Magill, M., & Ray, L.A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(4), 516-527.

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.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller, W., & Wilbourne, P. (2002) Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.

Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.

Niesink, R., & Laar, van M (2012). *THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: recente inzichten*. Utrecht: Trimbos instituut

Nooijer, J. de, Oenema, A., Kloek, G., Brug, J., Vries, H. de, & Vries, N. K. de (2005). *Bevordering van gezond gedrag via internet: nu en in de toekomst*. Maastricht: Maastricht University.

Ouwehand, A.W., W.G.T. Kuijpers, D.J. Wisselink, E.B. van Delden, A. Mol (2011) *Kerncijfers verslavingszorg 2010. Landelijk alcohol en drugs informatie systeem*. Stichting Informatievoorziening Zorg, Houten.

Postel, M., Huurne ter, E., Haan de, H., & Jong, C. de (2009) Alcoholdebaas.nl. Drie jaar online hulpverlening voor probleemdrinkers. *MGV*, 5, 357-372.

Prochaska, J.O., Redding, C.A., Evers, K.E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. In: K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis et al (red.), *Health behaviour and health education: theory, research and practice, 3rd edition*, (pp. 99-120). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Riper, H., Kramer J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008b) .Web-based self-help for problem drinkers, a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103, 218-227.

Riper, H., Kramer, J., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008c). Predicting Successful Treatment Outcome of Web-Based Self-help for Problem Drinkers: Secondary Analysis From a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*;10(4):e46

Rooij AJ van, Schoenmakers TM, Mheen D van de. (2011). *Nationaal Preventie Onderzoek Middelengebruik 2009: kerncijfers 2009*. Rotterdam: IVO. Rotterdam: IVO.

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 Rev 24:143–55.

Schippers, G.M., & Jonge, J. de (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 250-265.

Schippers, G.M., & van den Brink, W. (2008). Stoornissen in en door het gebruik van psychoactieve stoffen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (red.), *handboek psychopathologie: deel 1 basisbepippen* (pp. 125-154). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Spek, V., Cuijpers, P., Nykli, 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.

Smit, F., Riper, H., Kramer, J., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2008). Cost-effectiveness of a web-based self-help intervention for problem drinking: randomized trial. In H. Riper, *Curbing problem drinking in the digital galaxy*, 41-64. Amsterdam: Faculty of Psychology and Education, Vrije Universiteit.

Smit F, Van Laar M, Croes E, Van Busschbach J.(2008). *Ziektelastgewichten voor misbruik, schadelijk gebruik en afhankelijkheid van alcohol en drugs*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008b.

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

STIVORO (2011)

Kerncijfers roken in Nederland 2010. Een overzicht van recente Nederlandse basisgegevens over rookgedrag. STIVORO, Den Haag.

Sussman S. (2002). Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tobacco Induced Diseases, Vol. 1*, 35-81.

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.

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, nr.3, pp. 273-282. .

Walters, G.D. (2000) . Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, 31, 135-149.

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.

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

Wisseling, D.J., Kuijpers, W.G.T., Mol, A. (2012). Kerncijfers Verslavingszorg 2011, Houten.

Bijlage 1.

Beschrijving kenmerken en resultaten onderzoek

Scoor met dit formulier *elke* effectstudie apart. Licht de score bij een item eventueel toe.

Studie 1

Blankers, M., Koeter, M. W. J., & Schippers, G. M. Internet Therapy versus Internet Self-help versus No Treatment for Problematic Alcohol Use: A Randomized Controlled Trial (2011).

A. Waar en waarover is de studie uitgevoerd

Kruis 'ja' of 'nee' aan		Ja	Nee
1	De studie is in Nederland uitgevoerd.	X	
2	De studie betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant)	X	

B. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op de doelen en de doelgroep van de interventie.	X	
2	De meting is verricht met instrumenten die voldoende betrouwbaar zijn.	X	
3	De meting is verricht met instrumenten die de doelen van de interventie valide operationaliseren.	X	
4	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).	X	
5	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X	
6	De resultaten zijn met een adequate statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	X	
7	De resultaten zijn vergeleken met ander onderzoek naar de effecten van de gebruikelijke situatie, handelwijze of zorg (care-as-usual) of een andere zorgvorm bij een soortgelijke doelgroep.	X	
8	Er is een (quasi-)experimentele en een controlegroep (care-as-usual) of een herhaald N=1 onderzoek met een baseline of een timeseries design met een multiple baseline of alternating treatments of een studie naar de samenhang tussen de mate waarin een interventie is toegepast en de mate waarin bedoelde uitkomsten zijn opgetreden.	X	
9	Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk.	X	
10	Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na einde interventie.		
11	De experimentele en de controlegroep zijn 'at random' samengesteld.		X

Classificatie bewijskracht van het onderzoek

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn

Bewijskracht			Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
	Zeer zwak	Geen van de onderstaande alternatieven	1-6				
	Zwak	Veranderingsonderzoek	1-6 1-6 1-6		9 9	10 10	
	Matig	Resultaten van veranderingsonderzoek zijn vergeleken met ander onderzoek	1-6 7				
	Redelijk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design (niet in de praktijk)	1-6	8			
	Vrij sterk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design in de praktijk	1-6	8	9		
	Sterk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design in de praktijk en met follow-up	1-6	8	9	10	
	Zeer sterk	Onderzoek met experimenteel design in de praktijk en met follow-up	1-6	8	X	10	11

Typering overige methodologische kenmerken

Kruis voor *elke* uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) *geen* hokje aan.

<input checked="" type="checkbox"/>	12	Er is een controlegroep zonder interventie en/of placebo.
<input checked="" type="checkbox"/>	13	Er is een controlegroep met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde interventie.
<input checked="" type="checkbox"/>	14	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de interventie.
<input checked="" type="checkbox"/>	15	De mate van uitval van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd.
<input checked="" type="checkbox"/>	16	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).

C. Typering resultaten van het onderzoek

	0	Geen van de onderstaande rubrieken zijn van toepassing (licht toe!).
<input checked="" type="checkbox"/>	1	<i>Positieve resultaten:</i> De studie rapporteert positieve effecten [#] ten aanzien van de doelen van de interventie.
	2	<i>Effectiviteit niet aangetoond:</i> De studie rapporteert dat er geen effecten [#] ten aanzien van de doelen van de interventie zijn.
	3	<i>Negatieve resultaten:</i> De studie rapporteert negatieve effecten [#] .
	4	<i>Positieve en negatieve resultaten:</i> De studie rapporteert positieve en negatieve effecten [#] ten aanzien van verschillende doelen van de interventie.
	8	<i>Effectiviteit onduidelijk of onbekend.</i>

[#] Positief effect = een of meer doelen van de interventie worden gerealiseerd en deze winst is statistisch significant. Geen effect = het doel van de interventie wordt niet gerealiseerd en wordt deels gerealiseerd maar deze winst is niet statistisch significant. Negatief effect = de interventie werkt - statistisch significant - averechts of heeft ernstige, duidelijk aantoonbare 'bijwerkingen'.

Noteer hieronder eventueel beschikbare gegevens over effectsizes

Internet zelfhulp (IZ) versus placebo (WL), 3 maanden post-randomisatie: $d=0.36$ (significant, in het voordeel van IZ); IZ versus actieve controle (IT), 3 maanden post-randomisatie: $d=0.20$ (niet significant); IZ versus actieve controle (IT), 6 maanden post-randomisatie: $d=0.38$ (significant, in het voordeel van IT);

Bijlage 1 vervolg. Beschrijving kenmerken en resultaten onderzoek

Scoor met dit formulier *elke* effectstudie apart. Licht de score bij een item eventueel toe.

Studie 2

Auteur : titel (jaartal)

A. Waar en waarover is de studie uitgevoerd

Kruis 'ja' of 'nee' aan

		Ja	Nee
1	De studie is in Nederland uitgevoerd.		
2	De studie betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant)		

B. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op de doelen en de doelgroep van de interventie.		
2	De meting is verricht met instrumenten die voldoende betrouwbaar zijn.		
3	De meting is verricht met instrumenten die de doelen van de interventie valide operationaliseren.		
4	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij start van de interventie).		
5	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).		
6	De resultaten zijn met een adequate statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.		
7	De resultaten zijn vergeleken met ander onderzoek naar de effecten van de gebruikelijke situatie, handelwijze of zorg (care-as-usual) of een andere zorgvorm bij een soortgelijke doelgroep.		
8	Er is een (quasi-)experimentele en een controlegroep (care-as-usual) of een herhaald N=1 onderzoek met een baseline of een timeseries design met een multiple baseline of alternating treatments of een studie naar de samenhang tussen de mate waarin een interventie is toegepast en de mate waarin bedoelde uitkomsten zijn opgetreden.		
9	Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk.		
10	Er is een follow-upmeting van minimaal 6 maanden na einde interventie.		
11	De experimentele en de controlegroep zijn 'at random' samengesteld.		

Classificatie bewijskracht van het onderzoek

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn

Bewijskracht			Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
	Zeer zwak	Geen van de onderstaande alternatieven	1-6				
	Zwak	Veranderingsonderzoek	1-6 1-6 1-6		9 9	10 10	
	Matig	Resultaten van veranderingsonderzoek zijn vergeleken met ander onderzoek	1-6 7				
	Redelijk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design (niet in de praktijk)	1-6	8			
	Vrij sterk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design in de praktijk	1-6	8	9		
	Sterk	Onderzoek met (quasi-) experimenteel design in de praktijk en met follow-up	1-6	8	9	10	
	Zeer sterk	Onderzoek met experimenteel design in de praktijk en met follow-up	1-6	8	9	10	11

Typering overige methodologische kenmerken

Kruis voor *elke* uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) *geen* hokje aan.

	12	Er is een controlegroep zonder interventie en/of placebo.
	13	Er is een controlegroep met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde interventie.
	14	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de interventie.
	15	De mate van uitval van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd.
	16	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handleiding of de methodiek getrouw is gevolgd - ook wel behandelingsintegriteit, 'treatment integrity' of 'fidelity' genoemd).

C. Typering resultaten van het onderzoek

	0	Geen van de onderstaande rubrieken zijn van toepassing (licht toe!).
	1	<i>Positieve resultaten:</i> De studie rapporteert positieve effecten [#] ten aanzien van de doelen van de interventie.
	2	<i>Effectiviteit niet aangetoond:</i> De studie rapporteert dat er geen effecten [#] ten aanzien van de doelen van de interventie zijn.
	3	<i>Negatieve resultaten:</i> De studie rapporteert negatieve effecten [#] .
	4	<i>Positieve en negatieve resultaten:</i> De studie rapporteert positieve en negatieve effecten [#] ten aanzien van verschillende doelen van de interventie.
	8	<i>Effectiviteit onduidelijk of onbekend.</i>

[#] Positief effect = een of meer doelen van de interventie worden gerealiseerd en deze winst is statistisch significant. Geen effect = het doel van de interventie wordt niet gerealiseerd en wordt deels gerealiseerd maar deze winst is niet statistisch significant. Negatief effect = de interventie werkt - statistisch significant - averechts of heeft ernstige, duidelijk aantoonbare 'bijwerkingen'.

Noteer hieronder eventueel beschikbare gegevens over effectsizes

--

Logboek			
Vul hieronder in <u>wie</u> iets met de beschrijving doet, <u>wanneer</u> dat gebeurt, en <u>wat</u> er gebeurd is. Pas bij volgende handelingen het versienummer aan, indien van toepassing.			
Naam	Datum	Handeling	Documentnummer
		Beginnen met het maken van de beschrijving / 1