



FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Academiejaar 2013 - 2014

Tweedesebestesterexamenperiode

Effectiviteit van e-hulpverlening voor personen met een alcoholverslaving:

Chatbegeleiding binnen CAD Limburg en CGG De Kempen

Masterproef II neergelegd tot het behalen van de graad van

Master of Science in de Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek

Promotor: Prof. Dr. W. Vanderplasschen

01008411

Reculé Cedric

Reculé Cedric geeft toelating tot het raadplegen van deze scriptie door derden

Abstract

Inleiding: Tot op heden werd er in Vlaanderen nauwelijks onderzoek verricht naar de effectiviteit van online hulpverlening bij personen met een alcoholverslaving. Het opzet van deze masterproef bestond er bijgevolg uit een duidelijker beeld te scheppen over het effect van een intensieve, twaalf weken durende online chatbegeleiding.

Methodologie: De website www.alcoholhulp.be startte op in 2008. De gegevens die verzameld werden vanaf de opstart en eind augustus 2013 werden gebruikt in deze studie. Van de 2552 potentiële kandidaten werden enkel personen weerhouden die ouder waren dan 18 jaar en minstens 3 chatsessies volgden (N=703). Deze groep werd verder opgedeeld in een bereikte groep (BG) (N=137) en dropouts (D) (N=566) om te weten te komen of beide groepen vergelijkbaar zijn met elkaar op vlak van demografische gegevens, alcoholgebruik en alcoholgerelateerde klachten bij intake.

Resultaten: Uit de resultaten blijkt dat BG en D duidelijke gelijkenissen vertonen qua demografische gegevens. Er werd enkel een significant verschil gevonden in de gezinssituatie ($\chi^2(4) = 10,642$; $p = 0,031$). De alcoholgerelateerde klachten in beide groepen kwamen eveneens sterk overeen. Er werden geen significante verschillen ontdekt. Het alcoholgebruik lag echter significant hoger ($t(243,163) = -2,585$; $p = 0,01$) bij de D, met gemiddeld ca. 41.12 consumpties per week, dan in de BG, waar het gemiddeld aantal consumpties per week 35.26 betrof. Het alcoholgebruik daalde significant ($p < 0.001$) in de BG van gemiddeld 35.26 tot 5.76 consumpties per week. Dit aantal daalde sterker in de eerste 6 weken van de begeleiding dan in de laatste 6. De alcoholgerelateerde klachten verminderden bijna allemaal significant na het volgen van de online begeleiding. Enkel hyperventilatie daalde niet significant.

Conclusie: Binnen de BG daalden zowel het alcoholgebruik als bijna alle alcoholgerelateerde klachten significant. Deze groep komt qua demografische gegevens sterk overeen met de D, maar het zou onvoorzichtig zijn om te stellen dat de resultaten in de BG met zekerheid doorgetrokken kunnen worden naar de D of andere deelnemers die zich aanmelden bij alcoholhulp. Dit was een eerste stap in onderzoek naar effectiviteit van online chatbegeleiding bij alcoholverslaafden in Vlaanderen, maar verder onderzoek is aangeraden.

Woord vooraf

Het tot stand brengen van deze thesis was een leerrijke en erg boeiende ervaring, die ik zonder de hulp en steun van zowel vrienden als begeleiders niet tot een goed einde had kunnen brengen. Ik zou dan ook graag even de gelegenheid nemen om enkele mensen te bedanken.

Eerst en vooral wens ik het team achter Alcoholhulp.be te bedanken voor de kans die ze mij geboden hebben. Het onderwerp waarrond ik mocht werken was zeer interessant. In het bijzonder wens ik hierbij Herwig Claeys en Tim Vos te danken, voor de professionele begeleiding, het geduld en de inzichten die ze mij bijbrachten omtrent online hulpverlening. Bijkomend wil ik Vincent Verbruggen bedanken voor het verhelpen van de fouten die in de databank van Alcoholhulp geslopen waren. Ilse Goyens wil ik eveneens bedanken omdat ze mij de kans gaf een hulpverleningssessie mee te volgen en omdat ik via haar het boek 'niet alle smileys lachen' heb verkregen.

Daarnaast wil ik Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen bedanken voor de nuttige informatie omtrent online hulpverlening en de begeleiding van deze thesis in het algemeen.

Ten slotte wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor de steun gedurende dit eindwerk. In het bijzonder wens ik hierbij twee mensen te bedanken. Lieselot, omdat ze er op elk moment was om te luisteren, zowel op de goede als de minder goede momenten. Ten tweede Chris Swerts, om zijn visie, zijn interesse in mijn werk en het nalezen van het geheel.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	IV
Inleiding	2
1 Literatuurstudie	4
1.1 Wanneer spreekt men van problematisch alcoholgebruik?	4
1.2 Online hulpverlening in Vlaanderen: Een korte geschiedenis	5
1.3 Online hulpverlening	6
1.3.1 Statische online hulpverlening	6
1.3.2 Interactieve online hulpverlening	6
1.3.3 De digitale voetafdruk	9
1.3.4 Online hulpverlening binnen CAD Limburg en CGG De Kempen	10
1.3.5 Bereik en effectiviteit van online hulpverlening bij personen met problematisch drankgebruik	11
1.4 Chathulpverlening	12
1.4.1 Het verloop van een chathulpverleningsgesprek	15
1.5 Veelgebruikte methodieken binnen online hulpverlening	16
1.5.1 Cognitieve Gedragstherapie (CBT)	16
1.5.2 Motivationale gespreksvoering (MI)	17
2 Probleemstelling	20
3 Methodologie	22
3.1 Website Alcoholhulp	22
3.2 Deelnemers	23
3.3 Procedure	24
3.4 Instrument	24
3.5 Data-analyse	25
4 Resultaten	28
4.1 Demografische gegevens deelnemers	28
4.2 Vergelijking alcoholgebruik en alcoholgerelateerde klachten tussen BG en D	29
4.3 Alcoholgebruik bij bereikte groep	30
4.4 Alcoholgerelateerde klachten bij bereikte groep	31
4.5 Duur van de behandeling	32
5 Discussie	34
5.1 Vermindering alcoholgebruik	34
5.2 Vermindering alcoholgerelateerde klachten	35
5.3 Demografische gegevens deelnemers	36
5.4 Methode van dataverzameling	37
5.5 Verdere aanbevelingen	37
5.6 Limitaties	38
6 Conclusie	40
Referenties	42
Bijlagen	52

Inleiding

Uit cijfers van de Europese Commissie (2013) blijkt dat in 2011 ongeveer 73% van alle Europese gezinnen thuis toegang had tot het internet. In Vlaanderen liggen deze cijfers met 80% (Studiedienst van de Vlaamse regering, 2013) zelfs nog iets hoger. Het is bijgevolg logisch dat Steyaert (2011) stelt dat onze samenleving digitaliseert. Deze digitalisering heeft als gevolg dat de hulpverlening voor nieuwe uitdagingen komt te staan, waardoor de sociale sector mee moet bewegen met de veranderingen in de maatschappij. Er wordt derhalve op zoek gegaan naar nieuwe of verbeterde interventies. Een relatief recente interventie binnen het hulpverleningslandschap zijn web-based interventions of online hulpverlening.

A web based intervention is a primarily self-guided intervention program that is executed by means of a prescriptive online program operated through a website and used by consumers seeking health- and mental-health related assistance. The intervention program itself attempts to create positive change and or improve/enhance knowledge, awareness, and understanding via the provision of sound health-related material and use of interactive web-based components (Barak, Klein & Proudfoot, 2009, p.5).

Deze definitie toont aan dat online hulpverlening breed opgevat kan worden. Volgens de auteurs kan ze opgedeeld worden in drie subtypes, namelijk (1) web-based education interventions; (2) self-guided web-based therapeutic interventions; en (3) human-supported web-based therapeutic interventions (Barak et al. 2009).

Chathulpverlening is een vorm van online hulpverlening, en bevindt zich volgens bovenstaande indeling binnen human-supported web-based therapeutic interventions. Hulpverlening via chat wordt in Vlaanderen steeds vaker aangeboden door (online) hulpverleningsorganisaties.

Volgens de website van het Online HulpUitwisselingsPlatform (OHUP), een overkoepelend platform inzake kennis- en ervaringsuitwisseling omtrent online hulpverlening, blijkt dat alle elf organisaties die er deel van uitmaken chathulpverlening aanbieden (www.ohup.be). Één van deze organisaties is Alcoholhulp. Dit initiatief van CAD Limburg en CGG De Kempen bestaat sinds 2009 en biedt hulp aan mensen met alcoholproblemen (www.alcoholhulp.be).

Deze masterproef wil nagaan wat de effectiviteit is van chathulpverlening binnen Alcoholhulp.be. Eerder onderzoek in andere landen toont aan dat online hulpverlening bij personen met een alcoholproblematiek zorgt voor een vermindering in gebruik (Cunningham, Humphreys & Koski-Jännes, 2000; Finfgeld-Connett & Madsen, 2008; Humphreys & Klaw, 2001; Postel, de Jong, & de Haan, 2005; White et al., 2010; Postel, 2011). Tevens worden er dankzij deze manier van werken nieuwe doelgroepen bereikt. Het gaat hierbij vooral over personen die de stap naar de traditionele hulpverlening niet of minder snel durven zetten (Barak et al., 2009; Bocklandt & De Zitter, 2011; Claeys, 2011a; Dooghe, 2005; Mertens, Permanente & Weisner, 2003; Postel, 2011; Rochlen, Zack & Speyer, 2004; Schaub et al., 2013). Het is vanuit dit perspectief dat vanuit CAD Limburg de vraag gesteld werd om te onderzoeken of hun werking eveneens effectief blijkt in het helpen van personen met een alcoholproblematiek.

Er wordt in dit onderzoek gefocust op het online begeleidingsprogramma van de website www.alcoholhulp.be, gezien dit de enige vorm van online hulpverlening binnen Alcoholhulp is waarbij de cliënt in rechtstreekse interactie staat met een begeleider.

De vragen waar deze masterproef poogt op te antwoorden zijn de volgende: wie heeft het meeste baat bij de online begeleiding van Alcoholhulp; welke mensen maken gebruik van de online begeleiding; leidt de begeleiding tot een vermindering van alcoholgebruik?

De masterproef bestaat uit twee delen. In het eerste luik wordt de huidige stand van zaken omtrent e-hulpverlening uiteengezet. Hierbij wordt er uitgebreid aandacht besteed aan chathulpverlening als methodiek. Daarnaast worden enkele belangrijke theoretische achtergronden die gehanteerd worden in chathulpverlening onder de loep genomen. Het tweede luik handelt over het onderzoek dat ik voerde in functie van CAD Limburg en CGG De Kempen.

1 Literatuurstudie

1.1 Wanneer spreekt men van problematisch alcoholgebruik?

Alcoholafhankelijkheid is de overkoepelende term van verschillende problemen die met het gebruik of misbruik van alcohol te maken hebben. Hieronder vallen intoxicatie, alcoholmisbruik en alcoholverslaving. De National Council on Alcoholism omschrijft alcoholafhankelijkheid als een primaire, chronische ziekte die beïnvloed wordt door genetische, psychosociale en contextfactoren (Morse & Flavin, 1992).

Problematisch alcoholgebruik kan opgedeeld worden in verschillende vormen.

De eerste vorm van problematisch alcoholgebruik is het *overmatig drinken*. Hiermee wordt bedoeld dat men meer drinkt dan verantwoord is voor de gezondheid, waardoor de kans op lichamelijke, psychische of sociale problemen ontstaat. Deze problemen kunnen gaan van evenwichtsverlies en moeizaam praten tot zichzelf in een coma drinken. Meer consumpties betekenen een hogere bloed-alcoholwaarde (BAC), en dus meer kans om het eigen lichaam te schaden (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2013).

Een tweede vorm is *alcoholmisbruik*. Ondanks het feit dat men sociale, interpersoonlijke of juridische problemen ervaart als gevolg van het drinken, gaat men er toch mee verder. Om van alcoholmisbruik te spreken, mag de gebruiker niet afhankelijk zijn van alcohol. Daarnaast moeten de hierboven beschreven problemen zich meerdere keren voordoen binnen een periode van 12 maanden (Schuckit, 1995).

Een derde vorm van alcoholproblemen beslaat het *binge drinken*. Een definitie die goed weergeeft wat dit inhoudt, is volgende:

"A pattern of drinking alcohol that brings BAC to 0.08 gram percent or above ($\geq 5/4$ for men/women in 2 hr) on more than one occasion within the past 6 months." (Courtney & Polich, 2009, p. 153)

Binge drinken vergroot de kans op onmiddellijke schadelijke gevolgen van alcohol (NIAAA, 2013). Een extreme variant van binge drinking, die vooral onder jongeren voorkomt, is comazuipen.

Ten slotte is er ook nog een vierde vorm van problematisch drankgebruik, met name *alcoholafhankelijkheid*. In de vijfde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) worden de verschillende kenmerken die voorkomen bij alcoholafhankelijkheid op een rijtje gezet. Deze zijn:

- Alcoholtolerantie: steeds meer drinken om hetzelfde effect te bekomen
- Het ervaren van ontwenningsverschijnselen
- Craving
- Veel tijd doorbrengen met het zoeken naar, gebruiken en herstellen van alcohol
- Herhaalde mislukte pogingen om te stoppen of te minderen met drinken
- Blijven gebruiken ondanks kennis te hebben van de fysieke en psychische gevolgen die het met zich meedraagt
- Verwaarlozen en falen van andere activiteiten (werk, sociaal leven...) omwille van het alcoholgebruik

Om over alcoholafhankelijkheid te spreken, moet er minstens 12 maanden aan twee van bovenstaande kenmerken voldaan worden. De DSM 5 bepaalt echter dat er verschillende gradaties zijn in alcoholafhankelijkheid:

- Milde stoornis: aanwezigheid van 2 tot 3 symptomen
- Matige stoornis: aanwezigheid van 4 tot 5 symptomen
- Ernstige stoornis: aanwezigheid van 6 of meer symptomen

(American Psychiatric Association, 2013)

1.2 Online hulpverlening in Vlaanderen: Een korte geschiedenis

Online hulpverlening ontstond nog niet zo lang geleden. Volgens Nickelson (1998) begonnen mensen in de vroege jaren '90 meer interesse te vertonen voor het internet. Meerdere hulpverleningsorganisaties speelden hier op in om mensen die voorheen moeilijk te bereiken waren, nu toch te bereiken op een betaalbare manier. Dooghe (2005) stelt dat hetgeen in de jaren '90 gebeurde nu tot gevolg heeft dat de hulpbehoevende als een consument gezien wordt, die steeds op zoek is naar betaalbare en gebruiksvriendelijke communicatiesystemen. Het is het doel van gezondheidsdiensten om de juiste doelgroep te bereiken op de meest efficiënte wijze.

In Vlaanderen werden de eerste stappen rond online hulpverlening sinds de eeuwwisseling gezet, met als voornaamste doel nieuwe doelgroepen te bereiken via een nieuwe weg. Onderzoek toont namelijk aan dat veel mensen de stap zetten naar de traditionele hulpverlening niet durven zetten, en bijgevolg nooit geholpen worden (Cloud & Peacock, 2001; Harris & McKellar, 2003; Copeland & Martin, 2004; Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004; Cunningham & Breslin, 2004; Bruffaerts, Bonnewyn, & Demyttenaere, 2007). Er werd sterk uitgegaan van de laagdrempeligheid van het medium. Ten eerste speelt anonimiteit een grote rol. Daarenboven kunnen veel mensen bereikt worden, gezien online hulpverlening meestal niet plaats- of tijdsgebonden is (Beelen, 2011).

Tele-Onthaal experimenteerde als eerste met online hulpverlening in Vlaanderen. Vanhuele en Vertommen (2008) merken op dat er dankzij hun online hulpaanbod vooral een jonger doelpubliek werd bereikt. De laagdrempeligheid van het medium zorgde er volgens hen voor dat oproepers sneller praatten over zelfdoding en -verwonding, en slachtofferbeleving (incest, seksueel geweld, ongewenste intimiteiten).

Naas Teleonthaal zijn er momenteel in Vlaanderen nog een tiental andere organisaties die een online hulpaanbod verzorgen. Deze organisaties opteerden allemaal voor chathulpverlening.

De chathulp die door de organisaties wordt voorzien varieert van het behandelen van brede hulpvragen (Teleonthaal) tot het aanbieden van hulp rond een specifiek thema (zelfmoordlijn, Alcoholhulp). Herwig Claeys, medestichter van Alcoholhulp, merkt echter op dat de aangeboden chathulpverlening in Vlaanderen zich vaak toespitst op kortdurende, meestal eenmalige interventies, in het kader van preventie of eerstelijnszorg.

Om een goede basis te geven aan organisaties die willen opstarten met chat- en andere online hulpverlening, werd in september 2006 het Online HulpUitwisselingsPlatform (OHUP) opgericht. Momenteel zijn er elf organisaties verbonden met het OHUP, dat voornamelijk als doel heeft om "knowhow" uit te wisselen om de kwaliteit van online hulpverlening te verbeteren. Deze kennisuitwisseling is echter enkel gericht op vragen of behoeftes van OHUP-leden (www.ohup.be).

Om dit verder te onderbouwen, werd een onderzoeks- en ontwikkelingsproject opgericht in samenwerking met de Gentse Arteveldehogeschool – Opleiding Sociaal Werk. Vlaeminck, Vanhove, De Zitter en Bocklandt (2009) maakten een omvangrijk onderzoeksrapport dat als kritische spiegel moest dienen voor de organisaties die zelf een chat- of online hulpaanbod wilden opstarten of verbeteren.

Volgens de website www.expertonlinehulp.be gaf dit onderzoek een enorme boost aan de online hulpverlening. Momenteel wil men expertonlinehulp.be omvormen tot een forum om informatie uit te wisselen, blijvend van elkaar te leren en samenwerking te stimuleren op vlak van online hulpverlening (www.expertonlinehulp.be).

Op vlak van online hulpverlening is er de laatste jaren veel beweging in de sociale sector. Bocklandt (2011) omschrijft de volgende stappen die men wil zetten: (1) de uitbreiding van het chat- en online hulpverleningsaanbod; (2) het ontwikkelen van een sociale kaart van online hulpverlening om dit aanbod overzichtelijker te maken; (3) het regelen van terugbetaling voor deze vorm van hulpverlening; (4) het zoeken naar manieren om online hulpverlening op de verschillende lijnen in Vlaanderen met elkaar te verbinden. Claeys (2011b; 2013) vult deze lijst aan met een ander belangrijk aspect, namelijk het op systematische wijze implementeren van online hulpverlening en de drempel voor hulpverleners verlagen. Enerzijds door ze te trainen in ‘mediawijsheid’, anderzijds door ze workshops aan te bieden, waarbij opvolging en intervisie voorzien wordt.

1.3 Online hulpverlening

Beelen (2011) geeft in het boek ‘niet alle smileys lachen’ aan dat er een duidelijk verschil is tussen statische en interactieve online hulpverlening. De interactieve vorm wordt door Jones en Stokes (2009) opgedeeld in begeleiding via asynchrone, synchrone of onbepaalde communicatie. In wat volgt zal er een duidelijker beeld geschetst worden van de verschillende soorten online hulpverlening die men in Vlaanderen kent.

1.3.1 Statische online hulpverlening

Onder statische online hulpverlening plaatst Beelen (2011) alle informatieve websites, waar tips en adviezen, links naar andere informatie, FAQ’s (Frequently Asked Questions), getuigenissen en nieuwsberichten op te vinden zijn. OHUP valt bijvoorbeeld onder de noemer statische online hulpverlening te plaatsen, gezien zij naast hun verbindende functie ook een doorverwijzingsfunctie aanbieden. Zo kan je via hun website links en contactgegevens terugvinden van alle OHUP-leden (www.ohup.be).

Op de website van Alcoholhulp is naast interactieve hulp eveneens statische online hulp te vinden. Het eerste luik biedt enkel informatie aan omtrent alcoholgebruik, -misbruik, -afhankelijkheid en hoe hiermee om te gaan. Barak, Hen, Boniel-Nissim en Shapira (2008) vonden in een meta-analyse dat statische online hulpverlening een minder groot effect heeft dan interactieve online hulpverlening.

1.3.2 Interactieve online hulpverlening

De *National Board for Certified Counselors* (NBCC) (2012) omschrijft ‘internet counseling’ of interactieve online hulpverlening als een ***synchrone en/of asynchrone afstandsinteractie tussen therapeut en cliënt*** door gebruik te maken van internet via chat, e-mail, videoconferentie of andere middelen.

Afstandsinteractie

Volgens Vlaeminck et al. (2009) duidt het woord ‘afstandsinteractie’ erop dat het contact tussen hulpverlener en cliënt niet in dezelfde fysieke ruimte plaatsvindt. Dit is een groot verschil met *face-to-face* contact. Een van de belangrijkste kenmerken van online hulpverlening wordt hierdoor naar voren geschoven, namelijk grotere anonimiteit. Omwille van deze anonimiteit gaan mensen vaak sneller grenzen overschrijden waar ze in real-life niet over heen zouden gaan. Dit wordt door meerdere auteurs (Barak, 2007; Suler, 2004) omschreven als disinhibition of het disinhibitie-effect. Beelen (2011) poneert dat disinhibitie er voor zorgt dat mensen sneller over taboes durven praten. Mensen gebruiken de anonimiteit om hun mening te geven (Christopherson, 2007). Zowel Dooghe (2005) als Rochlen et al. (2004) zeggen dat disinhibitie er voor zorgt dat de cliënt met meer openheid over zijn problematiek durft vertellen, omdat er weinig (sociale) drempels moeten worden overwonnen, waardoor een sfeer van intimiteit en eerlijkheid zich sneller kan vestigen. Suler (2004) vermeldt verder dat het online disinhibitie-effect beïnvloed wordt door meerdere factoren, waaronder anonimiteit, onzichtbaarheid van de hulpvrager en asynchroniciteit of geen interactie in ‘real time’. Gainsbury en Blaszczyński (2011) en Claeys (2011b) vullen aan dat mensen, omwille van de anonimiteit en de disinhibitie, online sneller dan bij face-to-face hulpverlening hun klachten en andere persoonlijke thema’s, zoals emotionele problemen, naar voren brengen. Tim Vos omschrijft dit als volgt in een artikel van De Standaard (Claeys, 2012):

“Online valt er veel schaamte weg, [...] Er wordt minder geaarzeld, misschien omdat de gêne tegenover de therapeut minder groot is.”

Een belangrijke beperking van online hulpverlening is decontextualisatie: het feit dat de hulpverlener niet weet wie de hulpvrager is, in welke situatie deze zich bevindt... zorgt ervoor dat men als therapeut vaak kritische informatie mist om een correcte inschatting te maken van de ander. Dit kan leiden tot misvattingen als er zich onduidelijkheden voordoen (Manhal-Baugus, 2001; Suler, 2001; Rochlen et al., 2004; Dooghe, 2005; Beattie, Cunningham, Jones & Zelenko, 2006; Vlaeminck et al., 2009; Beelen, 2011; Claeys, 2011b). Zo kan een chatnaam bijvoorbeeld ook slaan op het onderwerp van de oproep (Beelen, 2011).

Vlaeminck et al. (2009) halen echter aan dat de hulpverlener uit de informatie van de hulpvrager vaak wel het geslacht en de leeftijdsgroep kan achterhalen, ondanks de anonimiteit van het gesprek. Zowel Suler (2001) als Dooghe (2005) stellen dat het in sommige situaties ook nuttig kan zijn om de identiteit van de cliënt te weten te komen. In crisissituaties waarin een verwijzing naar andere vormen van hulpverlening noodzakelijk geacht wordt bijvoorbeeld.

Naast decontextualisatie speelt volgens Beelen (2011) kanalenreductie een rol. Dit slaat terug op het feit dat sommige vormen van communicatie, zoals bijvoorbeeld non-verbale communicatie, niet (geheel) tot hun recht komen via online hulpverlening, al geeft bijvoorbeeld Tim Vos, psycholoog en online chathulpverlener wel aan dat er sprake kan zijn van non-tekstuele communicatie. Dit uit zich in het typtempo, veranderingen in woordgebruik, pauzes en dergelijke meer. Een empathische relatie kan eveneens online verkregen worden, ondanks de kanalenreductie (Claeys, 2012).

Kanalenreductie sluit dicht aan op decontextualisatie omdat men niet ziet hoe de ander reageert op hetgeen er gezegd wordt. Een oplossing hiervoor zijn paratekstuele kenmerken, zoals emoticons e.d. bij chattaal, gezien deze tekens aanwijzingen kunnen geven over hoe de ander zich voelt. Beelen (2011) benadrukt dat het heel erg belangrijk is om als hulpverlener voldoende feedback te vragen aan je cliënt.

Online hulpverlening is een afstandsinteractie en is bijgevolg placeless en faceless. Met faceless wordt bedoeld op de eerder besproken anonimiteit, de placelessness duidt er vooral op dat de hulpbehoevende zelf beslist waar en wanneer hij gebruik wil maken van hulpverlening (Vlaeminck et. al., 2009). De keuzevrijheid van de hulpbehoevende geeft een gevoel van controle, autonomie en comfort, wat samen met de anonimiteit en de bewaarde afstand tussen cliënt en hulpverlener kan leiden tot een groter gevoel van veiligheid en privacy (Beelen, 2011; Christopherson, 2007). Het vervagen van de plaats- en tijdsgebondenheid wordt door meerdere auteurs bijgevolg als een mogelijk voordeel van online hulpverlening gezien (Manhal-Baugus, 2001; Gainsbury & Blaszczyński, 2011; Claey's, 2011b; Beelen, 2011).

Beelen (2011) besluit door te zeggen dat de steeds groter wordende onafhankelijkheid van tijd en plaats een belangrijk drempelverlagend effect heeft voor de hulpvrager. Deze laagdrempeligheid wordt mooi geschetst met volgende uitspraak van een cliënt bij Alcoholhulp.be: "Het is alsof de hulpverlening naar mij is gekomen in plaats van ik naar de hulpverlening."

Meerdere auteurs duiden dat veel groepen die vaak niet bereikt worden in het traditionele hulpverleningscircuit via de weg van online hulpverlening wel bereikt worden (Rochlen et al., 2004; Dooghe, 2005; Claey's, 2011a; Bocklandt & De Zitter, 2011; Postel, 2011; Barak et al., 2009; Humphreys & Klaw, 2001; Postel, de Jong, & de Haan, 2005; White et al., 2010). Daarnaast geeft Marijke Leys in een artikel van De Standaard aan dat je door het gebruik van online therapie vermijdt dat 'lichtere gevallen' escaleren en zo weer zwaarder wegen op de gezondheidszorg. Bert Schrieken van Interapy.nl, de grootste aanbieder van online hulpverlening in Nederland vult aan dat veel mensen het moeilijk vinden om face to face met iemand te praten. Als zij rustig iets kunnen opschrijven werkt dat beter volgens hem (Claey's, 2012). Een vereiste is echter wel dat beide actoren vaardig genoeg zijn in het omgaan met deze manier van hulpverlening. Ze moeten bijvoorbeeld goed kunnen schrijven. Anders kan het gebeuren dat ze elkaar nauwelijks of niet begrijpen (Suler, 2001; Dooghe, 2005).

Asynchrone interactie

Asynchrone interactie betekent volgens Rochlen et al. (2004) dat de communicatie niet moet plaatsvinden in 'real time', maar eerder wanneer de participanten de mogelijkheid hebben om te antwoorden op wat de ander eerder zei. Een antwoord van de andere partij kan uren tot dagen op zich laten wachten. Jones en Stokes (2009) noemen deze vorm van hulpverlening hulp met uitgestelde interactie. Een duidelijk voorbeeld dat zowel Jones en Stokes (2009) als Rochlen et al. (2004) aanhalen is het gebruik van e-mail als hulpverleningsmiddel. Fora zijn eveneens onder deze categorie terug te vinden volgens Beelen (2011).

Asynchrone online hulpverlening heeft als voordeel dat zowel cliënt als therapeut rustig kunnen reflecteren over hetgeen er geschreven is. Er moet dus niet dadelijk een pasklaar antwoord zijn (Manhal-Baugus, 2001; Gainsbury & Blaszczyński, 2011).

Meerdere auteurs spreken daarom over de zone van reflectie, waar cliënt en hulpverlener in terechtkomen van bij het eerste contact (Rochlen et al., 2004; Dooghe, 2005). Ruwaard, Lange, Schrieken, Dolan & Emmelkamp (2012) merken verder op dat de therapeut eerst in overleg kan gaan met collega's, alvorens de hulpvrager te antwoorden.

Dit reflecteren over het vorige gesprek heeft echter een keerzijde. Zowel Rochlen et al. (2004) als Dooghe (2005) stellen dat de tijdsvertraging cliënten aan het denken kan zetten. Vragen waarom de therapeut niet antwoordt en hoe hij zal antwoorden zijn dingen die de gedachtegang van de cliënt dreigen over te nemen, wat kan leiden tot een verhoogde angst (Rochlen et al., 2004).

Anderzijds is asynchroon werken wel zeer tijdbesparend voor de therapeut. Zo kunnen verscheidene administratieve taken of het scoren van vragenlijsten volledig geautomatiseerd worden (Ruwaard et al., 2012; Andersson & Cuijpers, 2008; Andersson et al., 2008). Hulpverleners bepalen volledig hun tijdsbesteding en zitten niet nodeloos te wachten wanneer een cliënt niet opdaagt.

Synchrone interactie

In tegenstelling tot asynchrone interactie, vindt synchrone interactie plaats in het hier en nu (Rochlen et al., 2004; Jones & Stokes, 2009). Manhal-Baugus (2001) verduidelijkt dit door te stellen dat cliënt en therapeut op hetzelfde moment online zijn en berichten naar elkaar kunnen sturen, net zoals in een gesprek. Wat opvalt is dat beide actoren vaak tijd nodig hebben om na te denken wat ze precies gaan typen.

Bij synchrone interactie moet men wel rekening houden met het feit dat de responstijd in vergelijking met asynchrone interactie beperkt is (Vlaeminck et al., 2009). Je kan bijgevolg niet zo lang nadenken over wat er net gezegd is, al valt op dat hulpverleners tijdens het chatten minder snel blokkeren dan bijvoorbeeld tijdens telefoongesprekken. Synchrone interactie wordt door Beelen (2011) hulp met directe interactie genoemd. Zij en andere auteurs (Rochlen et al., 2004; Vlaeminck et al., 2009; Jones & Stokes, 2009) plaatsen chathulpverlening hier eveneens onder. Een nadeel kan volgens Vlaeminck et al. (2009) zijn dat men in synchrone hulpverlening soms lang moet wachten vooraleer men 'aan de beurt' is om een chatsessie te starten. Dit kan echter vermeden worden door vaste spreekuren vast te leggen, zoals dit het geval is bij Alcoholhulp.

Onbepaalde interactie

Beelen (2011) zegt ten slotte dat er ook nog een derde categorie is, met name die van de onbepaalde interactie. Met onbepaalde interactie doelt zij op online hulpverlening die een mix van communicatievormen gebruikt. Suler (2001) stelt dat sommige cliënten hier meer baat bij hebben. Goede voorbeelden van onbepaalde interactie zijn sociale netwerksites, maar ook zelfhulpinstrumenten, zoals bijvoorbeeld de zelftest alcohol van Alcoholhulp.be.

1.3.3 De digitale voetafdruk

Dooghe (2005) poneert dat het van het grootste belang is dat de veiligheid en anonimiteit van de cliënt wordt gewaarborgd. Tegenwoordig zijn de meeste programma's goed beveiligd, maar zijn het vaak menselijke fouten die deze beveiliging in gevaar brengen. Cliënten moeten dus best leren hoe ze hun digitale voetafdruk zo miniem mogelijk maken. Hiermee bedoelt Beelen (2011) dat alles wat iemand doet op het internet sporen nalaat, dus ook het zoeken naar hulp. Hulpverleners en organisaties die online hulp aanbieden moeten zich hier goed van bewust zijn en moeten er alles aan doen om ethisch correct om te gaan met de privacy van cliënten.

Enkel op deze manier kan de veiligheid en anonimiteit van de hulpvrager goed bewaard blijven (Dooghe, 2005; Schalken, Wolters, Tilanus, & Stichting E-hulp.nl, 2010; Beelen, 2011). Vlaeminck et al. (2009) vermelden dat ook technische defecten de onveiligheid van hulpvragers verhogen.

Bij Alcoholhulp probeert men de digitale voetafdruk zo klein mogelijk te houden doordat cliënten niets moeten downloaden op hun computer. Het enige wat rest na een bezoek aan Alcoholhulp is een vermelding in de geschiedenis van de internetbrowser, maar deze kan gewist worden (Claeys, 2011a). Uit recent onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat de meeste mensen voornamelijk het wissen van de browsergeschiedenis als strategie gebruiken om online minder zichtbaar te zijn (Rainie, Kiesler, Kang & Madden, 2013). Uit dit onderzoek bleek voorts dat bijna 9 op 10 deelnemers reeds stappen ondernomen heeft om zichzelf anoniemer te maken op het internet. Een andere optie om de digitale voetafdruk te verkleinen is gebruik maken van 'private browsing'. Daarnaast is het werken via beveiligingscertificaten een mogelijkheid. Deze zorgen voor een veilige verbinding tussen de bezoeker en de server, waardoor gegevens veilig verzonden worden, zonder het risico dat ze in handen van derden vallen (Claeys, 2011a).

1.3.4 Online hulpverlening binnen CAD Limburg en CGG De Kempen

CAD Limburg en Drughulp Kempen (een samenwerkingsverband tussen CAW De Kempen en CGG Kempen) sloegen in 2007 de handen in elkaar bij het opstarten van een online hulpverlening voor problematische alcoholgebruikers. Het CAD biedt al sinds 1958 hulp aan mensen die problemen ervaren met alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken (CAD-Limburg VZW, 2013). Het CAD houdt zich bezig met het geven van informatie en vorming, preventie, ondersteuning van zelfhulpgroepen, straathoekwerk, ambulante hulpverlening, advies en overleg over hulpverlening en preventie. Het beschikt over een documentatiecentrum en geeft beleidsadviezen.

Drughulp Kempen heeft als doel om de eerste- en tweedelijnsdrughulpverlening in de Kempen op elkaar af te stemmen. Met de Kempen wordt bedoeld op alle gemeenten van het arrondissement Turnhout. Daarnaast zijn ze gelinkt aan de JAC's in die regio (www.alcoholhulp.be).

Alcoholhulp wil via online hulpverlening nieuwe doelgroepen bereiken. Verscheidene onderzoeken toonden reeds aan dat er veel mensen nooit de stap naar de (traditionele) hulpverlening durven zetten, waardoor een grote groep personen niet geholpen wordt (Cloud & Peacock, 2001; Harris & McKellar, 2003; Copeland & Martin, 2004; Kohn et al., 2004; Cunningham & Breslin, 2004; Bruffaerts et al., 2007). Personen die de stap wel zetten, zijn volgens Mertens et al. (2003) vooral oudere mensen, personen die last ondervinden van hun gebruik in het dagelijks leven, een lager inkomen hebben en reeds eerder hulp zochten. Postel (2011) stelt dat met online hulpverlening vooral meer vrouwen, hoger opgeleiden en werkende mensen bereikt kunnen worden. Schaub et al. (2013) merken op dat de mensen die online hulp zoeken dit vooral doen om niet gestigmatiseerd te worden.

Naast het bereiken van nieuwe doelgroepen, wil Alcoholhulp problematische drinkers sneller bereiken, maar eveneens een preventieve functie uitoefenen. Dit doen ze door informatie omtrent gebruik en een zelftest aan te bieden, zodat mensen een beter inzicht krijgen in hun dagelijkse alcoholgebruik.

Ten slotte tracht Alcoholhulp in sommige gevallen te fungeren als doorgeefluik naar andere vormen van hulpverlening. Dit is niet noodzakelijk voor elke cliënt, maar heeft zijn nut bij personen die meer baat hebben bij face-to-face of andere hulpverlening.

1.3.5 Bereik en effectiviteit van online hulpverlening bij personen met een alcoholproblematiek

Online hulpverlening bereikt doelgroepen die niet zo makkelijk bereikt werden/worden in de traditionele hulpverlening (Rochlen et al., 2004; Dooghe, 2005; Claeys, 2011a; Bocklandt & De Zitter, 2011; Barak et al., 2009). Dit geldt volgens enkele auteurs ook voor mensen met alcoholproblemen (Cunningham et al., 2000; Finfgeld-Connett & Madsen, 2008; Humphreys & Klaw, 2001; Postel et al., 2005; White et al., 2010; Postel, 2011). Postel (2011) en Claeys (2011a) stellen dat we dankzij online hulpverlening een hele nieuwe groep probleemdrinkers bereiken. Groepen die men minder snel in face-to-face therapie zal terugzien. Meerdere auteurs haalden reeds aan dat het merendeel van de probleemdrinkers geen, of pas heel laat hulp zoekt en krijgt (Cloud & Peacock, 2001; Harris & McKellar, 2003; Copeland & Martin, 2004; Kohn et al. 2004; Cunningham & Breslin, 2004; Bruffaerts et al., 2007). Uit de pilootstudie van Postel (2011) bleek bijvoorbeeld dat 76% van de deelnemers nooit eerder actie ondernam om iets te doen aan hun alcoholprobleem. Online hulp is echter erg laagdrempelig, gezien het anoniem is en op eender welk moment kan plaatsvinden. Swan & Tyssen (2009) ondersteunen dit door te zeggen dat cliënten in interactie kunnen treden met de hulpverlener, zonder zich zorgen te moeten maken over tijdstip, werk, afstand of andere verantwoordelijkheden.

Zowel Cunningham et al. (2000) als Koski-Jännes, Cunningham, Tolonen & Bothas (2007) merkten in hun onderzoeken omtrent de nood aan online alcoholhulpverlening dat er veel respons kwam op hun programma. Er is volgens deze auteurs duidelijk een publiek dat op zoek is naar online hulpverlening.

Het onderzoek van Postel (2011), binnen www.alcoholdebaas.nl, en cijfers van het CAD Limburg (Claeys, 2011a) wijzen uit dat er vooral meer vrouwen, hoger opgeleiden en werkende mensen de stap naar online hulpverlening zetten. De verklaring van Postel voor dit fenomeen is dat vrouwen deze stap makkelijker zetten omwille van de anonimiteit, dat hoger opgeleiden liever niet gezien worden in face-to-face hulpverlening omwille van de negatieve connotatie van het woord verslaving op zich, en dat werkende mensen het makkelijker vinden om asynchroon online te werken, omwille van de flexibele uren van de begeleiding. Volgens Young (2005) en De Zitter en Bocklandt (2011) kunnen personen met een fysieke beperking en personen die in afgelegen gebieden wonen eveneens aan deze groep toegevoegd worden. Schaub et al (2013) bevestigen de bevindingen van Postel en benadrukken nogmaals dat mensen die liever anoniem blijven meer profijt halen uit online hulpverlening. Dat er meer vrouwen deelnemen, werd eveneens vastgesteld in andere onderzoeken (Koski-Jännes et al., 2007; Gainsbury & Blaszczyński, 2011; White et al., 2010).

Het onderzoek van Postel (2011), dat erg vergelijkbaar is met het werk dat men bij Alcoholhulp doet, trachtte te weten te komen of men drinkgedrag onder controle kon krijgen via interactieve online hulpverlening waarbij er een wekelijks contact was tussen cliënt en hulpverlener. Daarnaast vulden de cliënten ook dagelijks een drinkdagboek in gedurende het hele programma.

De cliënten zijn dagelijks bezig met hun gebruik, waardoor de kans op gedragsverandering vergroot wordt (Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv & Cuijpers 2009).

De hulpverlening die binnen www.alcoholdebaas.nl gegeven werd, was van asynchrone aard (via een message-board). 70% van de cliënten die het programma volgden, konden hun drinkgedrag onder controle krijgen.

Dit kon dankzij een intensieve therapie, ervaren hulpverleners en voldoende motivatie van de deelnemers. Gainsbury en Blaszczynski (2011) stelden vast dat gemotiveerde deelnemers die actief gebruik maakten van het online hulpaanbod een grotere kans op slagen hebben. Een meta-analyse van Richards en Richardson (2012) toonde aan dat asynchrone online hulpverlening een groter effect heeft dan synchrone online hulpverlening ($d=.70$ vs. $d=.28$; $p<0,05$), maar ze verschillen niet significant van elkaar. Spek, Cuijpers, Nykicek, Riper, Keyzer, & Pop (2007) vonden eerder al dat vooral de inbreng van een therapeut online veel effect heeft op het veranderen van gedrag. Dit werd in verscheidene andere onderzoeken en reviews bevestigd (Andersson et al., 2008; Andersson et al., 2009; White et al., 2010; Postel, 2011; Richards & Richardson, 2012), maar andere onderzoeken wijzen er op dat het werken zonder therapeut het alcoholgebruik eveneens significant doet dalen. Zo toonde Blankers (2011) aan dat zowel zelfhulpprogramma's als online therapie voor alcoholgebruikers effectief zijn. Daarnaast vonden Riper, van Straten, Keuken, Smit, Schippers en Cuijpers (2009) dat eenmalige interventies met gepersonaliseerde feedback het alcoholgebruik verminderde. Het gebruik van zelfhulp had echter een significant groter effect op het verminderen van alcoholconsumptie dan de eenmalige interventie (Riper et al., 2011). Rooke, Thorsteinsson, Karpin, Copeland en Allsop (2010) bevestigden in hun meta-analyse ten slotte dat het effect van online hulpverlening niet significant verandert door het al dan niet inzetten van een professionele hulpverlener.

Waar auteurs het echter wel over eens zijn, is dat een online interventie beter is dan geen interventie. Richards & Richardson (2012) vonden dat de effectgrootte van studies met gebruik van een therapeut ($d=.78$) significant verschilde met studies die geen interventie ($d=.36$) voorzagen voor de controlegroep. Het onderzoek van Blankers (2011) kon reeds eerder aantonen dat zowel online therapie ($p=0,002$) als een online zelfhulpprogramma ($p=0,03$) significant verschilden van geen interventie.

De meeste onderzoeken geven een kleine tot een gemiddelde effectgrootte aan voor online alcoholhulpprogramma's.

Portnoy, Scott-Sheldon, Johnson en Carey (2008) beschreven een effectgrootte van $d=.24$ in het verminderen van middelenmisbruik en $d=.19$ in het minder voorkomen van bingedrinken. Zowel bij Rooke et al. (2010) als bij Riper et al. (2009) werd een kleine effectgrootte van respectievelijk $d=.20$ en $d=.22$ gevonden. Het grotere effect van Riper et al. (2011) ($d=.39$) schrijven ze toe aan het verschillende karakter van zowel de interventie, de studiegroep en het gebruik van een niet-actieve controlegroep.

Het onderzoek van Postel (2011) springt uit het oog door de hoge effectgrootte ($d=1.21$). De groep die online therapie volgden minderden hun alcoholgebruik drastisch (25,6 consumpt./week) ten opzichte van de controlegroep (3,1 consumpt./week). Gezien de grote gelijkenissen tussen het onderzoek van Postel en dit onderzoek, wordt gehoopt op vergelijkbare resultaten in vermindering van alcoholgebruik bij de onderzoeksgroep.

1.4 Chathulpverlening

Chathulpverlening is een mogelijke vorm van online hulpverlening. Het verschil met andere online hulpverleningsvormen is dat het hier gaat over directe communicatie tussen twee gesprekspartners in een chatbox of gesprekskamer (De Zitter, 2011a).

Ondanks het feit dat de personen op hetzelfde moment met elkaar in contact staan, gebeurt dit contact toch niet simultaan. De zender vat samen wat hij wil zeggen alvorens dit neer te schrijven. Als de boodschap op het scherm staat, herleest hij de tekst en beslist hij of de tekst voldoende weergeeft wat hij wil omschrijven. Er is dus sprake van een kleine vertraging, waardoor de zender nog steeds een mogelijkheid tot correctie heeft (De Zitter, 2011a). De responstijd is echter wel kort ten opzichte van asynchrone hulpverleningsvormen.

Hulpverlening via het chatmedium wordt vooral gekenmerkt door een grote anonimiteit. Zoals al eerder beschreven in het hoofdstuk rond online hulpverlening, geldt ook hier dat de anonimiteit ervoor zorgt dat er zelfonthulling en disinhibition plaatsvindt. Oproepers zullen zich online makkelijker bloot geven. Er bestaat ook minder gêne, net omdat de persoon aan de andere kant niet weet wie de hulpvrager is (Joinson, 2001; Manhal-Baugus, 2001; Suler, 2004; Barak, 2007). Rochlen et al. (2004) schrijven verder dat omwille van het feit dat je elkaar niet ziet of hoort, je via tekst moet communiceren, en schrijven op zich kan voor velen al therapeutisch werken, omdat het trager gaat en zelfreflectie stimuleert. Een kanttekening die enkele auteurs hierbij maken is dat de hulpvrager vaardig genoeg moet zijn om te werken met het medium computer (Suler, 2001; Dooghe, 2005).

Er wordt binnen chathulpverlening niet lang rond de pot gedraaid. Omdat de meeste chathulpgesprekken plaatsvinden op de eerste lijn en vaak maar eenmalige contacten zijn, gaat men sneller naar de kern van het verhaal, daar waar er in face-to-face gesprekken eerder gewerkt wordt aan een vertrouwensband (De Zitter, 2011b). Bij chathulpverlening wordt er niet zozeer gesproken over een vertrouwensband, dan wel over *chatalliantie*. De hulpverlener wil de vraagsteller zo goed mogelijk helpen en wil oprecht weten waar de ander mee zit (De Zitter, 2011b). Volgens Beattie et al. (2006) zijn er drie uitgangspunten heel belangrijk in het vormen van een goede chatalliantie. Ten eerste is het belangrijk om cliëntgericht te werken, dit uit zich in gebruikersvriendelijkheid en het aanmoedigen van zelfonthulling. Ten tweede wordt er gefocust op de sterktes van de hulpvrager en ten slotte wordt er gewerkt via 'jointly generated solutions'. Men gaat in dialoog met elkaar in het zoeken naar oplossingen.

De chatalliantie kan versterkt worden door de oproeper serieus te nemen en hierbij openheid, echtheid en een goede afstemming naar de hulpbehoevende toe hoog in het vaandel te dragen (De Zitter, 2011b).

Chathulpverlening is erg laagdrempelig, gezien de hulpvrager vanuit een veilige omgeving, zoals bijvoorbeeld thuis, op zoek kan naar hulp. Deze veiligheid vertaalt zich eveneens in het zich 'gezien' voelen van de hulpvrager. Dit omdat de hulpverlener werkelijke aandacht besteedt aan wat en hoe de ander schrijft. Aansluiting met de ander en een diepgaand contact worden hierdoor mogelijk.

Daarnaast biedt chathulpverlening meer vrijheid aan de hulpbehoevende, gezien hij zelf beslist wanneer hij een chatgesprek aangaat. Hierbij moet echter wel opgemerkt worden dat dit vooral zo is bij chathulpverlening binnen het eerstelijns welzijnswork (De Zitter, 2011a). Als chathulpverlening deel uitmaakt van een online behandeling, zoals bij Alcoholhulp.be het geval is, dan zal er wel een vast tijdstip afgesproken worden voor het hulpverleningsgesprek.

Omdat chathulpverlening via geschreven tekst gebeurt, is het mogelijk om tijdens het gesprek naar boven te scrollen. Dit wordt volgens Vlaeminck et al. (2009) als een goed hulpmiddel gezien om herhalingen in het gesprek op te sporen en om de structuur van het gesprek te bewaken. Het is vrij makkelijk om dit te doen, gezien de eerdere berichten zichtbaar blijven voor beide gesprekspartners en omdat er tijdens het chatgesprek vrij veel tijd is om na te denken in afwachting van een reactie van de ander. Daarnaast benadrukken Beattie et al. (2006) dat het positief is dat het gesprek opgeslagen blijft, zodat zowel hulpverlener als hulpvrager kunnen reflecteren over hetgeen er in vorige gesprekken verteld werd.

Chathulpverlening heeft echter nog enkele uitdagingen. Een eerste is de kanalenreductie die eveneens in andere online hulpverleningsvormen terug te vinden is. Non-verbale communicatie is in dit medium grotendeels afwezig. Het is dus van het allergrootste belang dat de hulpverlener ervoor zorgt dat de boodschap goed begrepen wordt. Toch heeft het ook voordelen dat er geen non-verbale communicatie plaatsvindt. De hulpverlener kan zich geen vooroordelen vormen, gezien hij de persoon met wie hij in gesprek is niet ziet (De Zitter, 2011a; Christopherson, 2007). Schalken & Sbiti (2006) omschrijven dit als volgt: "omdat uiterlijk geen rol speelt en alleen woorden betekenis hebben, zal er bij onlinehulpverlening minder sprake zijn van statusverschillen." Chathulpverlening probeert dit gebrek aan non-verbale communicatie op te vangen door eventueel gebruik te maken van emoticons, hoofdletters en leestekens. Daarnaast is het ook belangrijk om tussen de regels te lezen (De Zitter, 2011a; Claeys, 2012).

Een tweede uitdaging bestaat in het leren omgaan met anonimiteit. Omdat beide gesprekspartners elkaar niet kennen, bestaat het risico dat ze de ontbrekende info over de ander gaan invullen met vermoedens. Dit kan invloed uitoefenen op het gesprek (De Zitter, 2011a). Verder wordt aangehaald dat anonimiteit als een absoluut principe wordt voorgesteld in chat, terwijl het in de praktijk eerder gaat om een relatieve anonimiteit. Hulpvragers worden immers soms ook gevraagd om hun leeftijd en geslacht mee te delen. Transparant en helder communiceren is bijgevolg van het allergrootste belang.

Een derde uitdaging zit in de technische beperkingen van het medium. Als er niet gewerkt wordt met vaststaande afspraken, kan het voorkomen dat de hulpvrager lang moet wachten op zijn 'beurt'. Lange wachttijden, in combinatie met beperkte openingsuren en technische storingen zorgen voor een vergroot onveiligheidsgevoel bij de hulpvrager (Vlaeminck et al., 2009; De Zitter, 2011a).

Als hulpverlener is het ook een uitdaging om met verantwoordelijkheid om te gaan. Aan de ene kant wordt je omwille van de disinhibition en zelfonthulling sterk betrokken bij hetgeen de hulpvrager met je deelt, maar tegelijkertijd is er het besef dat je als hulpverlener vaak niet zomaar kan handelen. De kanalenreductie zorgt ervoor dat de hulpverlener een minder grote invloed kan uitoefenen op de hulpvrager.

Soms zullen hulpverleners hierdoor terughoudender reageren, uit angst om verkeerde - bijvoorbeeld juridische - informatie mee te delen. Dit kan namelijk schade berokkenen aan de hulpvrager (De Zitter, 2011a).

Cijfers van het CAW tonen aan dat er binnen chatgesprekken wel vaak over beladen onderwerpen gepraat wordt, maar dat het vooral om relationele, psychische en seksuele problemen gaat. Juridische, administratieve, materiële en financiële problemen komen nauwelijks aan bod (Mendonck, Delbeke, Cautaeers & Van Menxel, 2009).

Ten slotte worden de duur en het tempo van chathulpgesprekken als uitdagingen omschreven door De Zitter (2011a). Ze zegt dat chatgesprekken veel langer duren dan telefoongesprekken, maar dat het aantal interventies niet hoger ligt. Volgens Dooghe (2005) heeft dit vooral te maken met de tijd van het intikken. Toch is er sprake van een 'snelle traagheid'. Typen gaat trager dan spreken, maar men komt wel sneller tot de kern van de zaak in chathulpgesprekken. Dit is essentieel verschillend van eender welke andere hulpvorm (De Zitter, 2011a). Vlaeminck et al. (2009) zeggen dat het verhaal teruggebracht wordt naar de kern, waardoor op korte tijd de meest delicate onderwerpen naar voren geschoven worden. Naast het typen spelen ook het aftoetsen, concretiseren en verduidelijken van de boodschap een rol in de vertraging (De Zitter, 2011a). Ten slotte verklaart multitasking het tempoverschil tussen chat- en andere hulpverleningsvormen. Omdat men moet wachten op het antwoord van de ander, is men sneller geneigd om tegelijkertijd met andere dingen bezig te zijn. Hierdoor zal de gesprekspartner minder snel reageren op wat de ander schreef (De Zitter, 2011a).

1.4.1 Het verloop van een chathulpverleningsgesprek

Chathulpverlening kan gezien worden als een proces in verschillende stappen. Dit proces wordt echter vooral gedragen door de chatalliantie. Deze chatalliantie zorgt voor veiligheid en betrouwbaarheid en dient als basis tot openheid (Vlaeminck et al., 2009). De verschillende stappen zijn respectievelijk de proloog, opening, probleemexploratie en –afbakening, beweging, afronding en epiloog.

Met de proloog wordt bedoeld op de fase die aan het gesprek vooraf gaat. Hierbij krijgt de hulpvrager een eerste indruk van de hulpverleningsorganisatie, tevens kan hij zien of de chatroom open is en wordt hij gevraagd om een nickname in te voeren. Verder kan er gevraagd worden om een korte omschrijving van de problematiek te geven.

Als de chatroom vrij is en het gesprek kan aanvangen, is het meestal zo dat de hulpverlener zorgt voor een 'warm welkom'. Hij zal de openingsvraag stellen. Het is van cruciaal belang voor de chatalliantie dat de eerste zinnen er voor zorgen dat de hulpvrager zich welkom voelt en het gevoel krijgt dat er naar hem geluisterd zal worden (Vlaeminck, 2011).

In de volgende fase, de probleemexploratie en –afbakening, zal de hulpvrager het probleem verder verkennen. Hierbij zijn er drie fenomenen die kunnen voorkomen. In het geval van *underdisclosure* zal de cliënt nauwelijks iets meedelen over de problematiek. Aanmoediging kan hierbij van groot nut zijn. In tegenstelling tot het eerste, kan de cliënt net een overvloed aan informatie meegeven in het gesprek, waardoor de hulpverlener niet meer weet hoe de vork nu net in de steel zit. Dit fenomeen noemt men *overdisclosure* en kan wijzen op chaos en ongeremdheid van de hulpvrager. Een laatste fenomeen is *disinhibition* of 'ontremming'. Dit eerder besproken fenomeen ontstaat vooral door de anonimiteit van het chatmedium (Suler, 2004; Barak, 2007; Vlaeminck, 2011). Het is als hulpverlener tijdens deze fase van groot belang dat er voldoende verduidelijking gevraagd wordt om misverstanden te voorkomen.

Daarnaast is het belangrijk om de chatalliantie verder tot stand te brengen en om het probleem duidelijk af te bakenen. Je kan als hulpverlener namelijk niet alle problemen uitdiepen in één chatsessie (Vlaeminck, 2011).

Na de fase van probleemverkenning en –afbakening, gaat men verder met de beweging (eerste lijn) of de probleemoplossing (tweede lijn). Er wordt bewust voor de term beweging gekozen in eerstelijns chathulpverlening, gezien er meestal te weinig tijd is in een eenmalig gesprek om effectief tot de oplossing van een probleem te komen.

De belangrijkste doelen van de chathulpverlener zijn bijgevolg ondersteuning bieden, informatie verstrekken, doorverwijzen en inzicht bijbrengen (Vlaeminck, 2011). In online behandelprogramma's kan er echter wel gesproken worden van probleemoplossing, gezien het hier gaat over langdurige chathulpverlening. Dit is bijvoorbeeld het geval binnen de online begeleiding van Alcoholhulp.

De voorlaatste fase is die van de afronding. Hierbij zal de hulpverlener het voortouw moeten nemen in het afsluiten van het gesprek. Vaak is het zo dat de hulpvrager lang heeft moeten wachten om zijn verhaal te kunnen doen, waardoor hij graag nog wat langer door blijft praten. Als hulpverlener is het op dit moment belangrijk om het gesprek effectief af te ronden. Om te eindigen kan de hulpverlener de cliënt nog een aanmoediging meegeven (eerste lijn) of huiswerkopdrachten tegen de volgende chatsessie opgeven (tweede lijn) (Vlaeminck, 2011).

Na het gesprek is er nog een epiloog. Deze kan voorzien worden door de organisatie. Zo kan er bijvoorbeeld een mogelijkheid tot nazorg aangeboden worden of kan de hulpvrager worden gestimuleerd tot reflectie. De hulpverlener kan de epiloog daarenboven gebruiken om te reflecteren over het gesprek (Vlaeminck, 2011).

1.5 Veelgebruikte methodieken binnen online hulpverlening

Binnen online hulpverleningsprogramma's in het algemeen, maar tevens voor personen met een alcoholprobleem, wordt er voornamelijk gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie (CBT) en motivationele gespreksvoering (Cunningham, Wild, Cordingley, van Mierlo & Humphreys, 2009; Linke, Brown & Wallace, 2004; Riper et al., 2008; Barak et al., 2009; Blankers, 2011; Claeys, 2011a). Dit is onder meer het geval binnen volgende organisaties: The Drinkers Check-up (Canada), Alcoholhulp (België), Jellinek (Nederland) en Quit the Shit (Duitsland). Hierna worden de basisprincipes van beide werkvormen kort toegelicht.

1.5.1 Cognitieve Gedragstherapie (CBT)

CBT wordt aanschouwd als een effectieve, psychosociale behandeling voor verscheidene emotionele en gedragsproblemen. In de jaren '50 van vorige eeuw werd voor het eerst gesproken over gedragsmodificatie, nu beter bekend als gedragstherapie (Hazlett-Stevens & Craske, 2002; Wolpe, 1958). Sinds de jaren '70 werden cognitieve processen eveneens onderkend als een belangrijke factor in het aanpakken van psychologische onrust (Bandura, 1969). Cognitieve constructen werden ontwikkeld, en gecombineerd met gedragstherapeutische interventies (Hazlett-Stevens & Craske, 2002). De focus lag hierbij op de rol van het sociaal leerproces in het ontwikkelen van emotionele problemen en op het gebruik van cognitieve herstructurering, de ontwikkeling van probleemoplossende capaciteiten en het invoeren van gedragingen om deze problemen op te lossen (Reinecke & Freeman, 2005).

Qua interventies kan CBT rekenen op een waaier aan cognitieve- en gedragstechnieken. Deze kunnen gebruikt worden om problemen, gedachten en de cognitieve schema's die deze voeden te ontdekken en aan te pakken. Belangrijk is wel dat de mix van cognitieve en gedragstechnieken die men gebruikt, afgestemd is op wat de hulpvrager kan en wil bereiken (Reinecke & Freeman, 2005).

Cognitieve technieken zijn in de praktijk te definiëren als een groep technieken, ontwikkeld om emotionele stress te verlichten door de disfunctionele gedachtegangen die hieraan verbonden zijn op een directe manier te veranderen (Reinecke & Freeman, 2005).

Een voorbeeld hiervan, dat ook terug te vinden is bij Alcoholhulp, is het achterhalen van zowel persoonlijke voor- als nadelen van het alcoholgebruik of het ontdekken van niet-helpende gedachten die problematisch gedrag kunnen bestendigen (www.alcoholhulp.be). Daarnaast worden cognitieve interventies gebruikt om de validiteit van de gedachten en assumpties van hulpvragers in vraag te stellen (Reinecke & Freeman, 2005).

Gedragsinterventies zijn die technieken die gebruikt worden om nieuwe, meer gewenste gedragingen of copingstrategieën aan te leren (Hazlett-Stevens & Craske, 2002; Reinecke & Freeman, 2005). Bij Alcoholhulp maakt men bijvoorbeeld gebruik van het geven van huiswerk, zodat de hulpvragers dagelijks bezig zijn met het veranderen van hun gedrag. Daarnaast kunnen de probleemdrinkers meerdere opdrachten uitvoeren naarmate ze vorderen in het programma. Zo bereiken ze stap voor stap hun vooropgestelde doel (www.alcoholhulp.be; Claey's, 2011b). Andersson et al. (2009) schrijven dat het geven van huiswerk en duidelijke opdrachten de effectiviteit van online therapie verhoogt. Meerdere onderzoeken toonden aan dat CBT zeker zijn plaats heeft binnen online hulpverlening. Zo zagen zowel Barak et al. (2008) als Ruwaard et al. (2012) in een studie naar de effectiviteit van online CBT in de klinische praktijk dat CBT online even effectief kan zijn als in face-to-face therapie. Ze stellen dat online CBT een betrouwbaar, acceptabel en effectief alternatief is voor hulpvragers die de traditionele hulpverlening niet kunnen of willen raadplegen.

Andersson en Cuijpers (2008) vonden eerder al dat online CBT als onderdeel van de reguliere hulpverlening gezien moet worden. Kay-Lambkin, Baker, Lewin en Carr (2009) verklaren dat depressies, in combinatie met alcohol- of cannabisgebruik verbeterden dankzij online CBT in combinatie met motivational interviewing. Kessler et al. (2009) hameren er eveneens op dat het online toepassen van CBT zijn vruchten afwerpt. Online interventies gebruiken in de reguliere hulpverlening, beter bekend als blended hulp, zal er volgens Blankers (2011) en Claey's (2011b) ten slotte voor zorgen dat er meer alcoholgebruikers in aanraking komen met CBT.

1.5.2 Motivationale gespreksvoering (MI)

CBT is, zoals reeds duidelijk werd, gericht op het veranderen van gedrag en onderliggende overtuigingen. Een belangrijke voorwaarde om dit te verwezenlijken is echter dat de hulpvrager ook gemotiveerd is/wordt om tot verandering over te gaan. In dit geval komt motivationele gespreksvoering of motivational interviewing (MI) goed van pas.

Bij MI gaat het om een directieve, persoonsgerichte gespreksstijl, met als doel de verandering van gewoontegedrag, zoals bijvoorbeeld problematisch alcoholgebruik, te bevorderen. Dit door het helpen verklaren en oplossen van onwil tot verandering.

Grondleggers William R. Miller en Stephen Rollnick geven aan dat een confronterende aanpak niet werkt (Miller, 1996; Schippers & de Jonge, 2002; Miller & Rollnick, 2004).

Barnett, Sussman, Smith, Rohrbach & Spruijt-Metz (2012) stellen dat MI verschilt van andere hulpverleningsmethoden doordat men op zoek gaat naar de intrinsieke motivatie van de cliënten in hun zoektocht naar gezonder gedrag. Tevens ondersteunt men hierbij ook de autonomie van de cliënt.

De basisprincipes van MI zijn onvoorwaardelijke acceptatie en constructieve zelfconfrontatie. Met het eerste wordt bedoeld dat de hulpverlener niet veroordelend reageert op het gedrag van de hulpvrager.

Het is immers niet het doel van de hulpverlener om het gedrag te veranderen, maar wel om de wensen van de cliënt en het gedrag dat hij op dit moment stelt in harmonie met elkaar te brengen. Het tweede principe toont aan dat zelfconfrontatie wel nodig is om een gedragsverandering te bekomen. Er wordt met name gewerkt met de ambivalentie die heerst binnen de gedachten en gedragingen van de hulpvrager (Schipper & de Jonge, 2002; Miller & Rollnick, 2004).

MI wordt gekenmerkt door vijf strategieën. Ten eerste is een empathische grondhouding van de hulpverlener van het allergrootste belang, daarnaast moet men ten allen tijde discussies vermijden, ook als de hulpvrager keuzes maakt die niet stroken met het idee van de hulpverlener.

Ten derde moet de hulpverlener trachten om gebruik te maken van weerstand. Dit doet hij bijvoorbeeld door te herhalen wat de ander zegt, met enige overdrijving in zijn stem, zodat de ander beter inziet wat hij nu precies zegt. Een vierde strategie is het versterken van zelf-effectiviteit of self-efficacy. Hiermee wordt bedoeld op het ondersteunen en bekrachtigen van het zelfvertrouwen van de hulpzoekende. De laatste strategie bestaat uit het oproepen van cognitieve dissonantie. Binnen MI is het namelijk van belang dat de hulpverlener de krachten die het gewoontegedrag in stand houden probeert te verbreken. Dit wordt bewerkstelligd door voornamelijk te reflecteren op datgene wat op positieve verandering wijst (Schipper & de Jonge, 2002; Miller & Rollnick, 2004).

Gezien er veel rond eigen verantwoordelijkheid gewerkt wordt, is MI niet voor iedereen even geschikt. Cliënten die weinig zelfcontrole hebben, zullen niet geholpen zijn met enkel MI. Aan de andere kant is het ook zo dat hulpverleners die een moraliserende houding aannemen, niet geschikt zijn om MI uit te voeren (Schipper & de Jonge, 2002).

De onderzoeken van zowel Postel (2011) als Blankers (2011) maakten gebruik van MI in combinatie met CBT. Beide onderzoeken toonden positieve effecten aan bij het gebruik van dergelijke technieken bij personen met problematisch drankgebruik. Hester, Squires en Delaney (2005) maakten gebruik van MI bij hun online hulpverleningsprogramma en merkten een vermindering in alcoholgebruik op bij de helft van de deelnemers. Kay-Lambkin et al. (2009) zagen dat het gebruik van brief motivational interventions, in combinatie met CBT, goed werkt om mensen met alcoholproblemen te behandelen.

Daarnaast zijn er nog tal van studies en reviews die de effectiviteit van MI bij drank- en middelengebruik aantonen (Noonan & Moyers, 1997; Dunn, Deroo & Rivara, 2001; Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; Vasilaki, Hosier & Cox, 2006; Barnett et al., 2012).

2 Probleemstelling

Online hulpverlening is een recent fenomeen dat steeds vaker omschreven wordt als een substantiële uitbreiding van de hulpverlening (Barak et al., 2009; Claeys, 2011b, White et al., 2010). Met als voornaamste doelstelling meer en nieuwe groepen alcoholafhankelijken te bereiken startte CAD Limburg samen met CGG De Kempen in 2008 een website voor online alcoholhulpverlening op, waarbij de focus lag op het begeleiden van personen met een alcoholproblematiek via chathulpverlening. Hiermee waren ze een van de pioniers in Vlaanderen die deze vorm van hulpverlening toepasten. Onderzoek en cijfermateriaal naar de effectiviteit van online alcoholhulpverlening bewees in het buitenland reeds dat het alcoholgebruik significant vermindert (Portnoy et al., 2008; Riper et al., 2009; Rooke et al., 2010; Blankers, 2011; Postel, 2011). In Vlaanderen is er tot op heden weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van online hulpverlening, al is dit wel broodnodig. Het doel van deze studie kan dan ook samengevat worden in volgende onderzoeksvraag:

Wat is het effect van online (chat)begeleiding bij Alcoholhulp.be op het drinkgedrag van de deelnemers aan het programma?

Deze vraag wordt verder onderverdeeld in volgende deelvragen:

- Is er een vermindering in gebruik zichtbaar bij de cliënten die het online (chat)begeleidingsprogramma afwerken? Zijn deze gegevens vergelijkbaar met de gegevens van cliënten die het programma vroegtijdig stopzetten?
- In hoeverre dalen alcoholgerelateerde klachten? Welke klachten dalen vooral? Zijn de alcoholgerelateerde klachten tussen de bereikte groep vergelijkbaar met deze van de drop-outs?
- Wie wendt zich voornamelijk tot deze vorm van hulpverlening? Wat zijn de demografische gegevens van de deelnemers?
- Heeft de duur van de begeleiding een invloed op het resultaat van het hulpverleningsprogramma? Wat is het effect van online begeleiding na zes en twaalf weken?

3 Methodologie

3.1 Website Alcoholhulp

De deelnemers van dit onderzoek schreven zich allen in voor een online alcoholbegeleiding van twaalf weken op de website www.alcoholhulp.be. De website is opgedeeld in drie verschillende onderdelen die zijn opgevat als een *stepped-care* aanpak. De drie delen zijn erg vergelijkbaar met de indeling van Barak et al. (2009) (zie inleiding). Het eerste deel bevat informatie over omgaan met alcohol; problematisch drinken (vormen, risico's, in combinatie met andere drugs...); de effecten van alcohol op je lichaam, geest en omgeving; nieuwsberichten; veel gestelde vragen omtrent alcoholgebruik en -misbruik; een publiek forum om ervaringen rond alcohol uit te wisselen; een forum voor partners; en een zelftest om na te gaan of je alcoholgebruik al dan niet riskant is.

Verder worden ook thema's zoals vrouwen en alcohol, alcohol op het werk en alcohol in het verkeer aangesneden (www.alcoholhulp.be). Op de zelftest en de fora na is dit gedeelte voornamelijk opgebouwd uit statische online hulpverlening. De zelftest is, zoals Beelen (2011) aanhaalt, een vorm van onbepaalde interactieve hulpverlening. Fora daarentegen zijn volgens haar een vorm van asynchrone interactieve interactie.

Naast het informatieve gedeelte is er eveneens een mogelijkheid tot online zelfhulp via een gestructureerd programma dat bestaat uit een volledig geautomatiseerd stappenplan, waarmee cliënten zelfstandig aan de slag kunnen. De bedoeling hiervan is dat de gebruiker dagelijks zijn alcoholgebruik noteert en een aantal opdrachten uitvoert om hem te helpen bij het bereiken van zijn doel. Een groot verschil met de online begeleiding is dat de deelnemer bij het online zelfhulpprogramma volledig zelfstandig werkt. De gebruiker beslist zelf wat hij wil bereiken. Dit kan gaan van het veranderen van drinkgewoontes tot het stoppen met drinken. De minimale duur van het programma is 6 weken, maar de gebruiker heeft zelf de keuze of hij 6, 8, 10 of 12 weken werkt aan zijn drinkgedrag. Om te weten of men klaar is voor dit programma is er een motivatietest voorzien, met name de Readiness to Change Questionnaire (Heather, N., Gold, R. & Rollnick, S.) (www.alcoholhulp.be). Ten slotte is er in dit onderdeel extra uitleg voorzien over wat motivatie nu net is, gebaseerd op de veranderingscirkel van Prochaska en Diclemente (1983).

Het derde en laatste luik van hulpverlening dat Alcoholhulp aanbiedt is de online begeleiding. Als het informatieve luik of het zelfhulpprogramma niet voldoende blijkt, kan een gebruiker begeleid worden door een professionele hulpverlener, via een gestructureerd programma dat 12 weken duurt. Er vindt wekelijks een chatsessie plaats met dezelfde hulpverlener. Er wordt in eerste instantie niet gekeken naar het verleden of onderliggende problemen (hoewel die zeker aan bod kunnen komen), maar wel naar het hier-en-nu.

Wat zeer voornaam is en wat de autonomie van de hulpvragers versterkt, is dat ze zelf hun doelstellingen kunnen bepalen wat betreft gebruik (stoppen, minderen, niet hervallen). Als de hulpvrager of de hulpverlener het gevoel hebben dat de doelen bereikt zijn, kan het programma vroegtijdig gestopt worden (www.alcoholhulp.be).

De hulpverleners kunnen hiernaast adviezen geven aan de hulpzoekende en geven hen verder wekelijks (huiswerk)opdrachten mee, zodat de deelnemer dagelijks bezig is met het gebruik onder controle te krijgen of te houden. Dit gebeurt bijvoorbeeld aan de hand van een drinkdagboek, dat tevens toegankelijk is voor de begeleider.

Hierin kunnen de deelnemers dagelijks meerdere keren schrijven of ze al dan niet gebruikt hebben, in welke situatie dit zich voordeed en hoe ze zich hierbij voelden. Dit dagboek is voor de gebruikers een reflectiemoment, waarbij ze een groter inzicht krijgen in hun drinkgedrag. De chatbegeleider kan op zijn beurt deze informatie gebruiken tijdens het volgende gesprek. Als een deelnemer 7 dagen niet inlogt op de website, wordt er een reminder gestuurd. Na een eerste aanmelding heeft de hulpvrager reeds de mogelijkheid om een aantal (huiswerk)opdrachten uit te voeren in verband met zijn alcoholprobleem. Nieuwe opdrachten komen vrij van zodra de hulpverlener acht dat de cliënt hier klaar voor is (Claeys, 2011a).

Naast het drinkdagboek beschikken de deelnemers van zowel het zelfhulp als het online begeleidingsprogramma eveneens over een afgeschermd forum, waar ze anoniem met elkaar contact kunnen onderhouden (www.alcoholhulp.be). De cliënten kunnen na het volgen van het programma gebruik blijven maken van het forum en het alcoholdagboek, maar chatten met hulpverleners is niet meer mogelijk (Claeys, 2011a).

De hulpverleners zijn allemaal professionals die werkzaam zijn in de reguliere verslavingszorg. Er wordt gewerkt met psychologen en maatschappelijk werkers die regelmatig in overleg treden over het werk dat ze online leveren. Dit werk is gebaseerd op elementen uit de cognitieve gedragstherapie (CBT) en de motivationele gespreksvoering (MI), waarbij er bijvoorbeeld gebruik wordt gemaakt van exposure en terugvalpreventie (www.alcoholhulp.be).

3.2 Deelnemers

Sinds de opstart van Alcoholhulp in september 2008 konden personen zich aanmelden bij de online chatbegeleiding of het zelfhulpprogramma. Tot nu toe werden er data verzameld van meer dan 6000 mensen. Alle cliënten die zich vanaf de opstart tot en met eind augustus 2013 aanmeldden bij het online begeleidingsprogramma kwamen in aanmerking voor deelname aan dit onderzoek. De mensen die zich aanmeldden bij het zelfhulpprogramma werden niet weerhouden, gezien de effectiviteit van dat programma niet onderzocht werd in deze studie. Op deze manier werd de totale groep van ongeveer 6000 personen uitgedund tot een groep van 2594 personen. Dit aantal werd verder uitgedund door de criteria dat enkel de personen die minstens 3 chatsessies volgden en meerderjarig waren, werden opgenomen. Uiteindelijk bleven er 703 deelnemers over om het onderzoek mee uit te voeren.

Gezien er enkel follow-up informatie beschikbaar was voor 137 cliënten, werden de overgebleven deelnemers opgedeeld in twee groepen. De eerste groep bestond uit de deelnemers die de eindevaluatie invulden. Deze groep werd gebruikt om te weten te komen wat de gemiddelde alcoholconsumptie was en of deze verminderde naarmate het programma vorderde. Daarnaast werd hetzelfde gedaan voor een aantal alcoholgerelateerde klachten die opgenomen zijn in de vragenlijst. Deze groep wordt verder omschreven als de bereikte groep (BG). De intakeformulieren van de overige 566 deelnemers, die de eindevaluatie niet invulden, werden gebruikt om te zien of de afhakers verschilden van de BG. Dit om te weten of de bekomen resultaten uit de steekproef ook zouden gelden voor deelnemers die vroegtijdig afhaakten. Deze groep wordt in het verdere verloop van deze masterproef omschreven als drop-outs (D).

3.3 Procedure

Bij aanmelding bij het online hulpverleningsprogramma met therapeutische begeleiding vulden alle deelnemers verplicht een intakeformulier in (bijlage 1) dat onder andere peilt naar alcoholgebruik en alcoholgerelateerde klachten. Bij bevraging van het alcoholgebruik vulden de deelnemers in hoeveel consumpties ze dronken op welke dag van de week. Ze werden hierbij geholpen door een standaardglazentabel, om een beter beeld te krijgen van wat een consumptie inhield. De alcoholgerelateerde klachten werden allemaal bevraagd op een vijfpuntschaal. De deelnemers konden kiezen tussen zelden/nooit (score 1); soms (2); regelmatig (3); dikwijls (4); of heel dikwijls (5). Hiernaast werden eveneens de demografische gegevens van de deelnemers opgenomen. Als mensen het intakeformulier ingevuld hadden, kregen ze toegang tot het vooropstellen van eigen doelstellingen. Vervolgens werd er gedurende twaalf weken online chatbegeleiding voorzien. Deze begeleiding ging een keer per week door op een vooraf afgesproken tijdstip met eenzelfde hulpverlener. Als deze vond dat de deelnemer klaar was voor de volgende stap in het programma, dan gaf hij de deelnemer de mogelijkheid deze uit te voeren. Zo kon de deelnemer na verloop van tijd afspraken maken voor zichzelf, zijn eigen risicosituaties schetsen, aan de hand hiervan een actieplan opstellen en naar het einde van de begeleiding toe een noodplan en een terugvalanalyse maken. Dit alles gebeurde in samenspraak met de chatbegeleider. De basis voor het werken op deze manier is de veranderingscirkel van Prochaska & DiClemente (1983). Na zes weken werden de vragen die peilden naar alcoholgebruik en alcoholgerelateerde klachten opnieuw gesteld in de vorm van een tussentijdse evaluatie. De deelnemers hadden na afloop van het programma eveneens de mogelijkheid om een eindevaluatie, bestaande uit dezelfde vragen, in te vullen. Zowel de tussentijdse evaluatie als de eindevaluatie waren niet verplicht. Chatbegeleiders drongen er echter op aan om zeker de eindevaluatie (bijlage 2) in te vullen, zodat de gegevens gebruikt kunnen worden in onderzoek.

3.4 Instrument

Het eerder besproken intakeformulier bestaat uit een vragenlijst die deels is gebaseerd op de Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). Deze meetschaal werd ontwikkeld door de World Health Organisation als screeninginstrument om excessief alcoholgebruik te kunnen identificeren en kan ook dienst doen als interventiemiddel om de alcoholconsumptie van zware gebruikers te reduceren. Hierdoor kunnen de schadelijke gevolgen van drankgedrag tevens vermeden worden (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). De interne consistentie van de AUDIT is hoog, met een Cronbach's Alpha van .82 (Bergman & Kallmen, 2002). Reinert & Allen (2002) vonden dat de test-hertestbetrouwbaarheid van de AUDIT varieert van $r = 0.64$ tot $r = 0.92$.

Voor de alcoholgerelateerde klachten die bevraagd worden, werd er geopteerd voor klachten waar mensen onmiddellijk iets over kunnen zeggen, in tegenstelling tot klachten die pas na onderzoek duidelijk worden, zoals bijvoorbeeld hoge bloeddruk, pancreatitis, neuritis of epilepsie.

De klachten die bevraagd werden, zijn de volgende: angst; beven; depressieve gevoelens; hartklachten; hoofdpijn; hyperventilatie; diarree; maagklachten; overmatig zweten; seksuele problemen; slapeloosheid; vergeetachtigheid; en vermoeidheid. De klachten zijn niet afkomstig uit een test, maar zijn allen veel voorkomende klachten bij probleemdrinkers.

Naast de vragen rond alcoholgebruik en alcoholgerelateerde klachten, werd er eveneens informatie gevraagd omtrent de werk- en gezinssituatie, de leeftijd en het geslacht, de woonplaats (postcode) en het studieniveau van de deelnemers. Er werd eveneens gevraagd of de deelnemers reeds zelfmoordgedachten ervoeren, of eventueel een poging ondernomen hadden. Bij werk- en gezinssituatie, alsook bij het studieniveau werden er vooropgestelde antwoordmogelijkheden aangeboden. Er was steeds een mogelijkheid om voor de optie “Andere” te kiezen als de specifieke situatie niet beschreven stond in de automatisch aangeboden mogelijkheden. De zelfmoordgedachten werden opgedeeld in vier mogelijke antwoorden: nooit; eenmalig; meerdere keren; of dagelijks.

Tijdens het programma werd er gebruik gemaakt van een drinkdagboek. Hierin konden de deelnemers dagelijks meerdere keren schrijven of ze al dan niet gebruikt hadden, in welke situatie dit zich voordeed en hoe ze zich hierbij voelden. Dergelijke drinkdagboeken werden eveneens in andere onderzoeken gebruikt (Davidson, 1995; Linke et al., 2004; Matano, Futa, Wanat, Mussman & Leung, 2000) en hebben als voordeel dat ze niet beïnvloed worden door het geheugen van de deelnemer. Ze zijn wel erg intensief en vragen veel motivatie van de deelnemer (Dawe, Loxton, Hides, Kavanagh & Mattick, 2002).

3.5 Data-analyse

De dataset van Alcoholhulp is onderworpen aan verscheidene aanpassingen om alle informatie van de deelnemers op een correcte manier in een Excel-bestand te plaatsen. Eerst en vooral werden alle data per persoon samengevoegd. Vervolgens werd dit bestand op fouten gescreeend. Nadat alle fouten uit de dataset waren gehaald, werden er filters geplaatst in de Excel-sheet, om de hoeveelheid aan informatie te verduidelijken. De data werden gebundeld in verschillende Excel-bestanden om een overzichtelijk geheel te creëren. De gegevens van de deelnemers waren niet identificeerbaar. Deelnemers werden van elkaar onderscheiden met een ID-nummer. Daarnaast waren enkel postcode, geslacht en leeftijd bekend. Eén bestand betrof alle cliënten die minstens 3 chatsessies volgden en ouder waren dan 18 jaar. De andere sheets werden opgedeeld in een groep personen die de eindevaluatie invulden en een groep die deze niet invulden. Ten slotte werd er gebruik gemaakt van een Excel-bestand waarbij enkel de personen betrokken zijn die zowel het intakeformulier, de tussentijdse en de eindevaluatie invulden (N=97). Dit laatste bestand diende om te weten te komen in welke periode van het programma de grootste daling in alcoholconsumptie gemeten werd.

Bij het onderzoek naar de demografische gegevens werden zowel de BG als de D gebruikt (N=703). Deze groepen werden eveneens gebruikt bij het vergelijken van de alcoholgerelateerde klachten bij intake en de zelfmoordgedachten en -pogingen. Het onderzoek naar de vermindering van alcoholgebruik en alcoholgerelateerde klachten na het doorlopen van het programma werd enkel gevoerd met de BG. Voor het analyseren van de data werd er gebruik gemaakt van Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 22.

Om na te gaan of er significante verschillen tussen de bereikte groep en de afgehaakte deelnemers waren, werd er gebruik gemaakt van niet-parametrische toetsen (bv. Chi-kwadraat (χ^2) -test, Fisher's Exact Test) bij het vergelijken van ordinale en nominale variabelen. De χ^2 -test werd gebruikt bij het vergelijken van het studieniveau, de leef- en werksituatie, de woonplaats en het merendeel van de alcoholgerelateerde klachten (angst, hyperventilatie, maagklachten, vermoeidheid, vergeetachtigheid, diarree, slapeloosheid, depressieve gevoelens). De overige alcoholgerelateerde klachten, alsook de groepering per leeftijdscategorie, werden berekend met een Fisher's Exact Test. Dit werd gedaan omdat er minstens 1 uitkomstcategorie een verwachte waarde van minder dan 5 bevatte.

Bij de vergelijking van continue afhankelijke variabelen, werd er gebruik gemaakt van t-toetsen (2 groepen). Gepaarde t-toetsen werden gebruikt bij het vergelijken van de gemiddelde leeftijd tussen de BG en de D en om na te gaan of er al dan niet een vermindering was in alcoholgebruik en alcoholgerelateerde klachten. Er werd geopteerd om te werken met een pretest-, posttestdesign aan de hand van zelfrapportage. Alcoholgebruik werd zowel als continue en als dichotome variabele getest. Dit werd gedaan om te weten te komen hoeveel personen uit de BG zelf verklaarden abstinente te zijn na het volgen van het programma. Bij de dichotome variabele werd er een onderscheid gemaakt tussen geen alcoholgebruik (0 consumpties) en 1 of meer consumpties per week. Dit gebeurde aan de hand van een χ^2 -test. Bij de bespreking van de onderzoeksresultaten wordt er steeds uitgegaan van een statistische significantie bij een p-waarde ≤ 0.05 .

4 Resultaten

4.1 Demografische gegevens deelnemers

Tabel 1 Demografische gegevens deelnemers					
		BG (N=137)	D (N=566)	Totaal (N=703)	P
Leeftijd (gemiddelde (SD) [spreiding])		45.75 (10.79) [21-74]	43.87 (10.45) [18-74]	44.24 (10.54) [18-74]	0.059
Geslacht (%)	Man	50.7%	55.4%	54.5%	0.341
	Vrouw	49.3%	44.6%	45.5%	
Woonplaats (per provincie)(%)	Antwerpen	22.5%	31.7%	29.9%	0.089
	Oost-Vlaanderen	25.4%	20.2%	21.2%	
	Vlaams-Brabant	22.5%	15.4%	16.8%	
	Limburg	11.6%	15.0%	14.4%	
	West-Vlaanderen	15.2%	13.5%	13.8%	
	Andere	2.9%	4.2%	4.0%	
Studieniveau (%)	Lager onderwijs	0.7%	1.7%	1.5%	0.096
	Lager secundair onderwijs	8.7%	9.2%	9.3%	
	Hoger secundair onderwijs	18.1%	28.6%	26.4%	
	Hoger niet-universitair onderwijs	49.3%	38.6%	40.7%	
	Universitair onderwijs	21.0%	18.5%	18.9%	
	Andere	2.2%	3.5%	3.2%	
Werksituatie (%)	Fulltime	51.4%	47.6%	48.4%	0.552
	Parttime	11.6%	13.7%	13.2%	
	Werkloos	5.8%	7.7%	7.4%	
	Beperking	3.6%	6.6%	6.0%	
	Student	1.4%	2.2%	2.1%	
	Andere	26.1%	22.1%	22.9%	
Gezinssituatie (%)	Gezin	37.0%	38.2%	37.9%	0.031
	Partner	30.4%	23.2%	24.7%	
	Alleenstaand	24.6%	20.3%	21.2%	
	Wonende bij ouders	1.4%	4.4%	3.8%	
	Andere	6.5%	13.8%	12.4%	

In bovenstaande tabel worden de demografische gegevens getoond van de groep die minstens drie chatsessies volgden (N=703). Het merendeel van de deelnemers waren mannen (54,5%, N=383), tegenover 45,5% vrouwen. De gemiddelde leeftijd van alle deelnemers was 44 jaar. De gemiddelde leeftijd in de BG (N=137) lag niet significant hoger dan bij de D (N=566) ($t=1,889$; $df=701$; $p=0,059$). De jongste deelnemer was 18, de oudste 74 jaar.

De overgrote meerderheid van de deelnemers (86%) maakte op zijn minst het middelbaar onderwijs af. 59,6% volgde hogere studies. Ondanks het feit dat er in de BG net iets meer dan 70% hogere studies volgden, ten opzichte van 57,1% bij de D, varieerden de gegevens omtrent studieniveau toch niet significant tussen beide groepen ($\chi^2(5)=9,338$; $p=0,096$).

Bij het invullen van het intakeformulier bleek dat iets meer dan 3 op 5 (61,6%) fulltime of parttime werkte. 7,4% gaf aan werkloos te zijn, de overige personen waren ofwel thuis omwille van arbeidsongeschiktheid, studeerden nog of gaven een andere reden. De gegevens rond werksituatie kwamen sterk overeen tussen BG en D ($\chi^2(5)= 3,981$; $p=0,552$).

Meer dan de helft van de deelnemers (62,6%) woonde samen met een gezin of partner, iets meer dan 1 op 5 (21,2%) was alleenstaand. Opvallend was wel dat er binnen de BG significant meer personen samenwoonden met een partner en minder personen de optie 'andere' aankruisten ($\chi^2(4)= 10,642$; $p=0,031$). Het percentage personen dat in een gezin woont, bleef wel ongeveer gelijk verdeeld.

Bijna alle deelnemers waren afkomstig uit Vlaanderen (96%). Van de Vlaamse provincies is Antwerpen in de totale groep het sterkst vertegenwoordigd (29,9%). De overige 4 % van de deelnemers was afkomstig uit Wallonië of het buitenland. In alle provincies, behalve in West-Vlaanderen, waren de meerderheid van de deelnemers mannen. Er werd geen significant verschil gevonden tussen BG en D ($\chi^2(5)=9,537$; $p=0,089$).

Ondanks het feit dat het programma in Limburg ontwikkeld werd, valt het op dat deze provincie het kleinste aantal deelnemers telt binnen de BG. Bij de D valt het op dat er veel meer Antwerpenaren zitten dan in de BG.

4.2 Vergelijking alcoholgebruik en alcoholgerelateerde klachten tussen BG en D

Bij het vergelijken van de BG en de D, zagen we dat er een significant verschil is in de wekelijkse alcoholconsumptie voor het begin van de behandeling ($t(243,163)=-2,585$; $p=0,01$). In de BG werden er per week gemiddeld 35 standaardglazen alcohol genuttigd, tegenover gemiddeld 41 glazen per week in de D. Hierbij moet wel vermeld worden dat de F-toets voor gelijke varianties niet significant was ($F=4,037$; $p=0,045$).

Om te bepalen of de alcoholgerelateerde klachten vergelijkbaar waren tussen de BG en de D, werden er χ^2 -toetsen uitgevoerd. Uit de gegevens blijkt dat alle klachten tussen de twee groepen te vergelijken zijn. Er is geen significant verschil merkbaar. Vooral de cijfers voor slapeloosheid ($\chi^2(4)=0,381$; $p=0,984$) waren erg gelijklopend in beide groepen. Seksuele problemen, hoofdpijn en vermoeidheid waren minder sterk qua significantie. De gegevens voor deze drie alcoholgerelateerde klachten zijn respectievelijk $\chi^2(4)=6,961$, $p=0,138$; $\chi^2(4)=7,593$, $p=0,104$; $\chi^2(4)= 4,699$, $p=0,320$.

Zowel hartklachten, hoofdpijn, beven en overmatig zweten werden berekend met een Fisher's Exact Test. In bijlage 4 worden de Pearson Chi-kwadraat en de Fisher's Exact Test aan de hand van een tabel en grafische voorstelling met elkaar vergeleken.

Een ander gegeven dat aan enkele van deze alcoholgerelateerde klachten en aan alcoholgebruik gekoppeld wordt, zijn zelfmoordgedachten en -pogingen. Uit de gegevens van alle deelnemers bleek dat 74% van de BG nog nooit zelfmoordgedachten heeft gehad. 17% dacht reeds eenmalig aan zelfmoord en een kleine 9% dacht er reeds meerdere keren aan. Een minieme groep van 0,7% heeft dagelijks last van zelfmoordgedachten. 11,6% van de bereikte groep heeft effectief een zelfmoordpoging achter de rug. Dit is een lager percentage dan bij de D terug te vinden is, maar er werd geen bewijs gevonden dat deze verschillen significant zijn ($\chi^2(1)=1,750$; $p=0,186$). De BG en de D zijn op vlak van zelfmoordgedachten eveneens niet significant verschillend van elkaar ($\chi^2(3)= 6,262$; $p=0,082$). Een grafische voorstelling van de zelfmoordgedachten is tevens terug te vinden in bijlage 4.

Tabel 2 Vergelijking zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen tussen BG en D		
	BG	D
Zelfmoordgedachten		
Nooit	73,9%	69,0%
Eenmalig	16,7%	13,6%
Meermaals	8,7%	16,7%
Dagelijks	0,7%	0,7%
Zelfmoordpoging	11,6%	16,1%

4.3 Alcoholgebruik bij bereikte groep

Om te weten te komen wat het gemiddelde alcoholgebruik van de deelnemers was, en of dit gebruik geminderd was na afloop van de online begeleiding, werd er een pretest-posttestmeting uitgevoerd. Tabel 3 toont aan dat er een significante vermindering in gebruik aanwezig is. Waar er eerst sprake is van een gemiddeld gebruik van ca. 35 consumpties per week, zien we dat dit aantal daalt tot net geen 6 standaardglazen na het volgen van de online begeleiding.

Tabel 3 Vergelijking van het aantal standaardglazen alcohol per week bij BG voor en na het programma			
	<u>Gebruik voor</u> <u>programma</u>	<u>Gebruik na</u> <u>programma</u>	<u>P</u>
Gemiddelde	35.26	5.76	<0.001
Standaarddeviatie	22.90	9.39	

Door het alcoholgebruik per week als dichotome variabele te gebruiken, werd er getracht te vinden hoeveel deelnemers er in slaagden om volledig alcoholvrij te zijn. We zien dat voor de aanvang van het programma 96,38% van de geselecteerde deelnemers aangaf minstens 1 consumptie per week te drinken. Na 12 weken werd dit aantal significant teruggeschroefd naar bijna 51 %, zoals aangegeven in tabel 4. Kortom, ongeveer 45% van de bereikte groep gaf aan niet meer te drinken na het volgen van het online begeleidingsprogramma.

Tabel 4 Vergelijking van het aantal deelnemers in BG dat alcohol gebruikt voor en na het programma			
	<u>Gebruikers voor programma</u>	<u>Gebruikers na programma</u>	<u>P</u>
Aantal (N)	133	70	
			<0.001
Percentage (%)	96.38	50.72	

4.4 Alcoholgerelateerde klachten bij bereikte groep

In dit onderzoek werd verder nagegaan of de alcoholgerelateerde klachten al dan niet significant verminderden. De klachten werden gescoord op een vijfpuntschaal gaande van 1 (zelden/nooit) tot 5 (heel dikwijls).

In onderstaande tabel worden de klachten van de BG voor en na de online chatbegeleiding weergegeven. Uit de resultaten blijkt dat alle klachten, behalve hyperventilatie, significant verminderden. In bijlage 3 is een grafische voorstelling van de klachten voor en na het behandelprogramma terug te vinden.

Tabel 5 Vergelijking van alcoholgerelateerde klachten (/5) bij BG voor en na het programma			
	<u>Voor</u>	<u>Na</u>	<u>P</u>
Angst Gemiddelde (SD)	2.01 (1.128)	1.46 (0.718)	<0.001
Beven Gemiddelde (SD)	1.65 (0.866)	1.24 (0.639)	<0.001
Depressieve gevoelens Gemiddelde (SD)	2.67 (1.246)	1.80 (0.943)	<0.001
Diarree Gemiddelde (SD)	1.93 (0.983)	1.35 (0.653)	<0.001
Hartklachten Gemiddelde (SD)	1.44 (0.764)	1.26 (0.623)	0.008
Hoofdpijn Gemiddelde (SD)	1.97 (1.107)	1.53 (0.812)	<0.001
Hyperventilatie Gemiddelde (SD)	1.20 (0.551)	1.12 (0.402)	0.090
Maagklachten Gemiddelde (SD)	1.83 (1.007)	1.39 (0.682)	<0.001
Seksuele problemen Gemiddelde (SD)	1.86 (1.178)	1.48 (0.871)	<0.001

Slapeloosheid Gemiddelde (SD)	2.63 (1.322)	1.97 (1.103)	<0.001
Vergeetachtigheid Gemiddelde (SD)	2.27 (1.160)	1.81 (0.955)	<0.001
Vermoeidheid Gemiddelde (SD)	3.06 (1.178)	2.37(1.139)	<0.001
Zweten Gemiddelde (SD)	2.22 (1.199)	1.55 (0.878)	<0.001

4.5 Duur van de behandeling

Ten slotte is dieper ingegaan op de periode waarin de deelnemers voornamelijk minderden in gebruik. Na zes weken online begeleiding werd van de deelnemers gevraagd eerder vernoemde vragenlijst in te vullen, bij wijze van tussentijdse evaluatie. De personen die zowel het intakeformulier, de tussentijdse en de eindevaluatie invulden (N=97), werden weerhouden voor dit deel van de resultaten.

Het gemiddeld gebruik van intake tot de tussentijdse evaluatie werd vergeleken met het gebruik vanaf intake tot de eindevaluatie. Verder werd ook de vermindering tussen de tussentijdse en de eindevaluatie nader bekeken. Deze gegevens worden weergegeven in tabellen 6, 7 en 8. Zo werd waargenomen dat er tijdens de eerste zes weken een significante vermindering was van gemiddeld bijna 29,5 consumpties per week ($t(96)=11,669$; $p < 0,001$). Daartegenover stond een nog grotere vermindering van ongeveer 32 eenheden alcohol per week na een periode van twaalf weken ($t(96)=12,844$; $p < 0,001$). De vermindering tussen week zes en twaalf was eveneens significant ($t(96)=3,822$; $p < 0,001$).

Tabel 6 Vergelijking duur behandeling aan de hand van het wekelijks alcoholgebruik bij intake en na 6 weken begeleiding			
	<u>Gebruik bij intake</u>	<u>Gebruik na 6 weken begeleiding</u>	<u>P</u>
Gemiddeld gebruik	35.87	6.40	<0.001
Standaarddeviatie	23.21	8.55	

Tabel 7 Vergelijking duur behandeling aan de hand van het wekelijks alcoholgebruik bij intake en na 12 weken begeleiding			
	<u>Gebruik bij intake</u>	<u>Gebruik na 12 weken begeleiding</u>	<u>P</u>
Gemiddeld gebruik	35.87	4.35	<0.001
Standaarddeviatie	23.21	6.15	

Tabel 8 Vergelijking duur behandeling aan de hand van het wekelijks alcoholgebruik na 6 en 12 weken begeleiding			
	<u>Gebruik na 6 weken begeleiding</u>	<u>Gebruik na 12 weken begeleiding</u>	<u>P</u>
Gemiddeld gebruik	6.40	4.35	
Standaarddeviatie	8.55	6.15	<0.001

Ten slotte wordt in onderstaande tabellen een vergelijking gemaakt van het percentage personen dat abstinente is voor, tijdens en na behandeling. Van de deelnemers die zowel het intakeformulier, de tussentijdse evaluatie en de eindevaluatie invulden (N=97), gebruikte 99% alcohol bij de aanvang van de begeleiding. Dit percentage daalde significant naar 56% na zes weken ($t(96)=8,224$; $p<0,001$). De dalende trend zette zich voort tussen week zes en week twaalf, maar werd niet als significant verschillend van elkaar bevonden ($t(96)=1,510$; $p=0,134$).

De daling tussen het begin- en eindpunt van de online begeleiding was wel significant ($t(96)=9,321$; $p<0,001$). 51% van de deelnemers die zowel het intakeformulier, de tussentijdse evaluatie en de eindevaluatie invulden gaf aan geen alcohol meer te gebruiken na het volgen van het programma.

Tabel 9 Vergelijking percentage personen abstinente voor begeleiding en na 6 weken			
	<u>Abstinente voor begeleiding</u>	<u>Abstinente na 6 weken begeleiding</u>	<u>P</u>
Aantal (N)	1	43	
Percentage	0,97%	41,71%	<0.001

Tabel 10 Vergelijking percentage personen abstinente voor begeleiding en na 12 weken			
	<u>Abstinente voor begeleiding</u>	<u>Abstinente na 12 weken begeleiding</u>	<u>P</u>
Aantal (N)	1	49	
Percentage	0,97%	50,51%	<0.001

Tabel 11 Vergelijking percentage personen abstinente na 6 en 12 weken begeleiding			
	<u>Abstinente na 6 weken begeleiding</u>	<u>Abstinente na 12 weken begeleiding</u>	<u>P</u>
Aantal (N)	43	49	
Percentage	41,71%	50,51%	0.134

5 Discussie

5.1 Vermindering alcoholgebruik

Studies toonden reeds aan dat veel personen met een alcoholproblematiek niet, of pas heel laat in het traditionele hulpverleningscircuit terecht komen (Cloud & Peacock, 2001; Harris & McKellar, 2003; Copeland & Martin, 2004; Kohn et al., 2004; Cunningham & Breslin, 2004; Bruffaerts et al., 2007; Postel, 2011). Verscheidene auteurs zijn ervan overtuigd dat online hulpverlening een mogelijkheid biedt om nieuwe doelgroepen te bereiken in de verslavingszorg en meer specifiek in de alcoholhulpverlening (Cunningham et al., 2000; Humphreys & Klaw, 2001; Postel et al., 2005; Blankers, 2011; Claeys, 2011a,b; Postel, 2011).

Uit eerder onderzoek is gebleken dat het online gebruik van CBT en MI zorgde voor een vermindering van gebruik of klachten (Andersson & Cuijpers, 2008; Barak et al., 2008; Kessler et al., 2009; Blankers, 2011; Postel, 2011; Ruwaard et al., 2012), hetgeen ook in deze studie werd aangetoond. In dit onderzoek werd een significante vermindering in alcoholgebruik gemeten na het volgen van de online begeleiding. Er werden met name gemiddeld ca. 29 consumpties minder gedronken per week. Dit komt sterk overeen met de vermindering dit gemeten werd in het onderzoek van Postel (2011), waar er gemiddeld 25,6 consumpties per week minder gedronken werden in de groep die online therapie kreeg. De gevonden vermindering was reeds aanwezig na de tussentijdse evaluatie, zes weken na de start van het programma. Hiernaast werd de vermindering tussen week zes en twaalf eveneens significant bevonden. Er moet hierbij echter rekening gehouden worden dat deze gegevens enkel van toepassing zijn voor de bereikte groep, en dat de afgehaakte deelnemers ter vergelijking significant meer dronken aan de start van het programma.

Verder werd in dit onderzoek ingegaan op het aantal personen dat verklaarde gestopt te zijn met drinken, met als uitkomst dat een significant aantal gebruikers (51%) aangaf geen alcohol meer te drinken na het volgen van de online begeleiding. Hierbij valt op dat er reeds na zes weken een significante vermindering plaatsvond en dat het aantal personen dat stopte met drinken tussen de tussentijdse en de eindevaluatie wel minderde, maar niet zodanig dat er een significant verschil merkbaar is. Deze bevindingen liggen in de lijn van eerdere studies, waarin werd gesteld dat online begeleiding alcoholproblemen significant kan verminderen. Twee studies die gebruik maakten van een web-based intervention toonden een vermindering in alcoholmisbruik aan tot 3 maanden na afloop van de interventie (Cunningham, Humphreys, Kypri & van Mierlo, 2006; Koski-Jännes et al., 2007). In onderzoek van Postel (2011) kregen 70% van de cliënten hun drinkgedrag onder controle. Bij onderzoek van Hester et al. (2005) was dit 50%. Matano et al. (2007) vonden daarenboven dat het gebruik van een interactieve website voor werkende mensen zorgde voor een significante daling in alcoholgebruik en binge drinken. De vermindering in gebruik werd reeds vaker verklaard door intensieve therapie, ervaren hulpverleners en gemotiveerde deelnemers (Spek et al., 2007; Andersson et al., 2008; Andersson et al., 2009; White et al., 2010; Blankers, 2011; Gainsbury & Blaszczyński, 2011; Newman, Szkodny, Llera & Przeworski, 2011; Postel, 2011). De vraag blijft echter of de mensen na verloop van tijd nog steeds zijn geminderd of gestopt met drinken.

Enkele studies toonden aan dat de reductie van alcoholgebruik op lange termijn blijft (Chiauzzi, Green, Lord, Thum & Goldstein, 2005; Hester et al., 2005; Cunningham et al., 2006; Riper et al., 2008; Blankers, 2011), maar in deze studie werd dit niet onderzocht. Wel is bekend dat Alcoholhulp zes en twaalf maanden na het programma e-mails stuurt naar deelnemers, bij wijze van follow-up.

5.2 Vermindering alcoholgerelateerde klachten

Naast het bevragen van het alcoholgebruik, werd in deze studie onderzocht of alcoholgerelateerde klachten van de deelnemers gedurende het programma al dan niet significant afnamen. Alle klachten die bevestigd werden, behalve hyperventilatie, daalden significant na het doorlopen van het programma. Dat alcoholgerelateerde klachten dalen na het volgen van een online hulpverleningsprogramma valt eveneens op in het onderzoek van Hester et al. (2005).

De klachten die het meest voorkomen bij de deelnemers zijn respectievelijk vermoeidheid, depressieve gevoelens, slapeloosheid, vergeetachtigheid en overmatig zweten. Hyperventilatie, hartklachten en beven komen minder voor. De klachten die vooral afnemen zijn eveneens de klachten die het meest voorkomen. Depressieve gevoelens verminderen duidelijk het meest. Dit kan deels verklaard worden door het feit dat depressieve gedachten en alcoholgebruik elkaar wederzijds beïnvloeden (Brown & Schuckit, 1988; Grant & Harford, 1995; Fergusson, Boden & Horwood, 2009), maar eveneens doordat CBT positief kan inspelen op depressieve gedachten en alcoholgebruik (Kay-Lambkin et al., 2009). Hartklachten en hyperventilatie dalen beduidend minder dan de andere alcoholgerelateerde klachten, al werd de daling van hartklachten nog net significant bevonden, in tegenstelling tot die van hyperventilatie. Vermoeidheid en slapeloosheid blijven na het volgen van de online begeleiding het sterkst aanwezig. Bij het vergelijken van de bereikte groep met de afgehaakte deelnemers valt op dat alle alcoholgerelateerde klachten in beide groepen erg gelijklopend zijn.

Of de alcoholgerelateerde klachten gedaald zijn omwille van het verminderen van alcoholgebruik of niet, is in deze studie niet nader onderzocht. Het eventuele gebruik van medicatie kan hierin een rol gespeeld hebben. Als we echter de vergelijking maken naar ander onderzoek, zien we dat verschillende klachten die hier bevestigd werden afnemen van zodra het alcoholgebruik afneemt. Morioka et al. (2013) toonden aan dat slapeloosheid meer voorkomt bij personen die alcohol gebruiken, waardoor de kans op vermoeidheid toeneemt. Daarnaast kwamen meerdere auteurs tot de conclusie dat depressieve gedachten en gevoelens significant verminderen na een abstinentieperiode van vier weken (Brown & Schuckit, 1988; Davidson, 1995; Fergusson et al. 2009). Ditzelfde geldt voor angst en hyperventilatie (Roelofs & Dikkenberg, 1986).

Verder werd in deze studie bevestigd of de deelnemers last hadden van zelfmoordgedachten en of ze reeds zelfmoordpogingen ondernamen. 3 op 10 zegt minstens een keer aan zelfmoord gedacht te hebben, daarnaast poogde 15,2% van de totale groep zichzelf van het leven te beroven. Het is niet verwonderlijk dat dit cijfer zo hoog ligt. Wilcox, Conner en Caine (2004) stellen in een overzichtsstudie vast dat zelfmoord bij alcoholgebruikers 10 keer hoger ligt dan bij niet-gebruikers. Een longitudinale studie bij alcoholmisbruikers toonde aan dat 16,4% van de deelnemers reeds een zelfmoordpoging ondernam (Preuss et al., 2002).

Verder blijkt in andere studies omtrent zelfdoding bij alcohol- of middelenafhankelijkheid dat minstens de helft van de onderzochte personen afhankelijk waren van alcohol (Kausch & McCormick, 2001; Kolves, Varnik, Tooding en Wasserman, 2006) en dat alcoholrestrictie de zelfdodingscijfers in enkele landen deed dalen (Wasserman & Varnik, 1998; Lester, 1999). Ter vergelijking met de cijfers van Alcoholhulp zien we dat in Vlaanderen de laatste 14 jaar gemiddeld 162/100.000 inwoners een zelfmoordpoging ondernamen (De Jaegere, Vancayseele, Portzky & van Heeringen, 2012). Een veel lager cijfer dan in dit onderzoek.

5.3 Demografische gegevens deelnemers

Uit de demografische gegevens van dit onderzoek blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de personen die online hulp zoeken 44 jaar is. Eerder onderzoek wees uit dat het vooral volwassenen zijn die op zoek zijn naar online hulpverlening van deze aard (Saitz et al., 2004; Koski-Jännes et al., 2007; Barak et al., 2008; Blankers, 2011; Claeys, 2011a; Postel, 2011). Postel verklaart dit door te stellen dat volwassenen meer op zoek zijn naar intensieve hulpverlening. Jongeren zoeken daarentegen vooral naar korte, minder intensieve hulpverleningsprogramma's, vaak aangeboden in eerstelijns hulp (Lieberman & Huang, 2008; Swan & Tyssen, 2009). In dit onderzoek bleek eveneens dat jongere mensen minder aangesproken worden door online begeleiding.

Van alle deelnemers is 96% afkomstig uit Vlaanderen. Enerzijds is dit logisch, gezien het programma is opgesteld in het Nederlands, maar anderzijds toont dit aan dat het programma, ontwikkeld in en beheerd vanuit Hasselt, een relatief groot bereik heeft. Een duidelijk praktijkvoorbeeld van hoe door het internet de wereld kleiner en bereikbaarder is geworden, of zoals Dooghe (2005) stelde: de hulpbehoevende is een consument die steeds op zoek is naar betaalbare en gebruiksvriendelijke communicatiesystemen. De hulpverlening komt naar de cliënt.

Een opvallend verschil met andere studies is dat er bij Alcoholhulp een kleine meerderheid aan mannen deelneemt aan de online begeleiding. Studies van Koski-Jännes et al (2007), White et al. (2010) en Postel (2011) toonden aan dat vooral vrouwen zich tot online hulpverlening aangetrokken voelen. Andere onderzoeken laten daarentegen zien dat het merendeel van de deelnemers mannelijk is (Cloud & Peacock, 2001; Saitz et al., 2004). Christopherson (2007) stelt wel dat vrouwen binnen online hulpverlening hun anonimiteit beter bewaken dan mannen. Ze doen dit vooral om hun identiteit en persoonlijke veiligheid te garanderen.

Net als in vergelijkbaar onderzoek hebben er voornamelijk hoger opgeleiden en werkende mensen deelgenomen aan het online begeleidingsprogramma. Het feit dat er vooral hoger opgeleide mensen deelnemen, kan eventueel te maken hebben met het "niet gezien willen worden" in face-to-face hulpverlening omwille van de negatieve connotatie van het woord hulpverlening op zich (Claeys, 2011a; Postel, 2011).

Waarom mensen kiezen voor online hulpverlening werd in deze studie niet onderzocht, maar het is interessant om te zien dat de personen die zich tot de online begeleiding van Alcoholhulp wenden grote gelijkenissen vertonen met vergelijkbare onderzoeken in andere landen (Blankers, 2011; Postel, 2011).

5.4 Methode van dataverzameling

De dataverzameling van deze studie gebeurde volledig via zelfrapportage. Del Boca en Darkes (2003) toonden aan dat zelfrapportage bij alcoholgebruikers via het internet zowel betrouwbaar als valide is.

Hiervoor zijn er reeds enkele betrouwbare instrumenten, zoals bijvoorbeeld de AUDIT, in gebruik. Volgens Blankers (2011) is het bij zelfrapportage belangrijk om op een niet-invasieve manier te werk te gaan.

Zo wordt er makkelijk en tegen een lage kostprijs informatie verkregen over het alcoholgebruik van de deelnemers. Toch is het moeilijk om te controleren in hoeverre de gegevens van de deelnemers realistisch zijn bij zelfrapportage. Een van de moeilijkheden betreft de beperking van het geheugen van de deelnemers (Blankers, 2011). Het is vooral moeilijk om als deelnemer te onthouden hoeveel consumpties men gemiddeld drinkt op een doordeweekse dag of hoeveel keer men in het verleden reeds last heeft gehad van alcoholgerelateerde klachten.

Del Boca en Darkes (2003) stellen vast dat verschillende factoren een rol spelen bij de validiteit van zelfrapportage bij alcoholgebruikers. Deze zijn (1) contextfactoren, zoals culturele verschillen of setting; (2) persoonsgebonden factoren (leeftijd, ras, intelligentieniveau, waarden...); en (3) taakgebonden factoren (manier van afname, design van het instrument, moeilijkheidsgraad...). Daarnaast geven andere auteurs eveneens mee dat bijvoorbeeld het gebruik maken van een 'standaardglazentabel' meestal zorgt voor een onderschatting van drinkgedrag. Mensen drinken over het algemeen meer in een glas dan de normen die een standaardglas weergeven (Lemmens, 1994; Kaskutas & Graves, 2001). Alcoholhulp probeert er voor te zorgen dat de gegevens omtrent alcoholgebruik zo accuraat mogelijk zijn. Ze maken hiervoor gebruik van een drinkdagboek, waardoor de cliënt een duidelijk zicht heeft hoeveel hij wanneer gedronken heeft. Dit zorgt eveneens voor nauwkeurige gegevens omtrent het alcoholgebruik van de deelnemers. Bij intake wordt er verder gebruik gemaakt van een vragenlijst die deels gebaseerd is op de AUDIT. Daarnaast wordt aan de hand van een standaardglazentabel bevraagd hoeveel men gemiddeld wekelijks drinkt. Toch is het moeilijk om met zekerheid te zeggen dat de gegevens bij intake volledig kloppen. Ten slotte dient er in onderzoek rekening gehouden te worden met de factor anonimiteit. Del Boca en Darkes (2003) duiden dat anonimiteit zorgt voor een meer correcte zelfrapportage. Online hulpverlening heeft hierdoor een groot voordeel. Binnen Alcoholhulp bepaalt de cliënt zelf in hoeverre hij de anonimiteit waarborgt. Hij staat wel in contact met een hulpverlener, maar deze zal hem niet pushen om meer over zichzelf bloot te geven dan hij zelf wil.

5.5 Verdere aanbevelingen

Met de hoeveelheid aan data die Alcoholhulp reeds verzameld heeft, valt naar mijn mening nog veel meer te doen dan wat er in deze studie besproken werd. Eerst en vooral lijkt het mij nuttig om een vergelijkende studie te maken tussen het zelfhulpprogramma, de online begeleiding en een controlegroep die geen behandeling krijgt. Blankers (2011) verrichtte dergelijk onderzoek reeds in Nederland. Verder kan het interessant zijn om onderzoek te plegen naar het hoge uitvalcijfer bij online begeleidingen. Betere informatie hieromtrent is naar mijn mening een mogelijke houvast voor online hulpverleners om iets aan dit gegeven te doen. Een studie naar de sterktes en zwaktes van het medium lijkt mij zeer nuttig in dit kader.

Een kwalitatieve studie omtrent het gebruik van online (chat)begeleiding lijkt mij een andere interessante invalshoek. Deze studie draaide vooral rond cijfers, maar gaf de drijfveren van de mensen om online begeleiding te volgen niet weer. Daarenboven is het ook nuttig om de tevredenheid van de deelnemers over zowel het programma als de hulpverleners te onderzoeken. Dit zou geen groot probleem mogen vormen, gezien cijfers hierover reeds voorhanden zijn in de dataset van Alcoholhulp.

Daarnaast lijkt het mij van groot belang dat de verkregen gegevens op een ordelijke en gestructureerde manier worden bijgehouden. Dit zal verder onderzoek alleen maar ten goede komen. Het zou bijvoorbeeld handig zijn om alle testgegevens van een persoon binnen eenzelfde document te bewaren, automatisch een AUDIT-score te berekenen en naast het gebruik per dag ook het gebruik per week weer te geven. In deze studie waren er veel onduidelijkheden in een ongestructureerde dataset. Gedurende het onderzoek werden hier reeds veranderingen in aangebracht, waardoor het werken een stuk makkelijker werd, maar in het begin zag ik in de dataset door de bomen het bos niet meer.

Ten slotte is het volgens mij een grote meerwaarde om aan de hand van follow-upgegevens een longitudinaal onderzoek te doen, om het effect van de online begeleiding op langere termijn te verduidelijken. Meerdere auteurs deden reeds onderzoek naar dit effect (Hester et al., 2005; Cunningham et al., 2006; Koski-Jännes et al., 2007; Blankers, 2011), maar Vlaanderen kan op dit vlak nog een extra duwtje in de rug gebruiken.

5.6 Limitaties

Deze studie kent naast veel positieve kanten eveneens enkele limitaties.

Eerst en vooral was het interessant om te onderzoeken of online chatbegeleiding op zich zorgt voor een reductie in alcoholgebruik en -gerelateerde problemen, maar een vergelijking met het zelfhulpprogramma van Alcoholhulp zou eveneens interessant geweest zijn. Daarnaast is het gebruik maken van zelfrapportage niet altijd even accuraat, zoals reeds eerder besproken werd. Het gebruik van een controlegroep had deze thesis naar mijn mening sterker kunnen maken.

Een tweede limitatie betreft het gebruik van de dataset van Alcoholhulp. Sinds 2008 biedt Alcoholhulp chatbegeleiding aan voor mensen met een alcoholproblematiek. De dataset is bijgevolg zeer groot en onoverzichtelijk. Het heeft veel moeite gekost om de fouten uit de dataset te halen, en naar mijn mening zou dit vlotter moeten kunnen gaan als er meer structuur en overzicht in de dataset gebracht wordt.

Het gebruik van de vragenlijsten zie ik als een derde limitatie in dit onderzoek. Doordat de vragenlijsten reeds bestonden, en de deelnemers deze al invulden, konden hier geen wijzigingen meer in aangebracht worden. Het leek mij bijvoorbeeld interessant om, net als in onderzoeken van Blankers (2011) en Riper et al. (2008), deelnemers te excluderen op basis van een te lage AUDIT-score. De AUDIT zit verwerkt in de vragenlijst, maar de scores worden nergens duidelijk weergegeven. Dit sluit tevens nauw aan bij de op een na laatste limitatie van deze studie. De vraag werd gesteld om te werken aan de hand van een Randomized Control Trial, maar vanuit Alcoholhulp wilde men liever een beeld hebben van de klinische praktijk.

Iedereen die zich aanmeldde en ouder was dan 18 jaar werd opgenomen in de studie. Op deze manier krijgen externe factoren eveneens een kans om een invloed uit te oefenen op het alcoholgebruik. Personen die reeds eerder therapie volgden of naast alcohol ook andere middelen gebruikten, werden bijvoorbeeld niet uitgesloten.

Een laatste limitatie binnen deze studie handelt over het hoge uitvalpercentage. Het valt op dat een groot aantal deelnemers de tussentijdse en/of de eindevaluatie niet meer of niet volledig invullen. Dit beperkte de studie in die zin dat er met een veel kleinere groep gewerkt kon worden dan initieel de bedoeling was. Dit is echter geen nieuw gegeven. Eysenbach (2005) schrijft dat de uitvalpercentages binnen ehealth onderzoek over het algemeen veel hoger liggen dan in ander onderzoek. Naar mijn mening is het toch zinvol om binnen Alcoholhulp meer nadruk te leggen op het invullen van de eindevaluatie.

6 Conclusie

Uit deze studie is gebleken dat het alcoholgebruik binnen de bereikte groep significant verminderde door de online chatbegeleiding van Alcoholhulp. Daarnaast daalden ook alle onderzochte alcoholgerelateerde klachten, behalve hyperventilatie, significant. De klachten die vooral verminderden zijn depressieve gedachten en gevoelens, vermoeidheid, slapeloosheid, vergeetachtigheid en overmatig zweten.

Het hulpverleningsprogramma duurde twaalf weken, maar de grootste resultaten werden bereikt in de eerste helft van het programma. Het alcoholgebruik daalde echter eveneens significant tussen week zes en twaalf. Na de begeleiding verklaarde iets meer dan de helft van de deelnemers volledig abstinente te leven, terwijl dit voor de start van het programma amper 1% was. Er kan dus gesteld worden dat er een grote verbetering merkbaar is binnen de bereikte groep. Deze groep bestond voornamelijk uit hoogopgeleide, werkende Vlamingen van gemiddeld 46 jaar.

Het is onzeker of de gegevens omtrent vermindering in alcoholgebruik van de bereikte groep doorgetrokken kunnen worden naar alle deelnemers aan het programma. Meer onderzoek hieromtrent is aan te raden.

Referenties

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5de ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldö, V.,... & Waara, J. (2008). Development of a New Approach to Guided Self-Help via the Internet: The Swedish Experience. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2/4), 161-181.

Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., & Cuijpers, P. (2009). What makes internet therapy work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 55-60.

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2008). Pros and cons of online cognitive-behavioural therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 193(4), 270-271.

Babor, T., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J., & Monteiro, M. G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. World Health Organization.

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

Barak, A. (2007). Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behavior*, 23(2), 971-984.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160.

Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Ann. behav. med*, 38(1), 4-17.

Barnett, E., Sussman, S., Smith, C., Rohrbach, L. A., & Spruijt-Metz, D. (2012). Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1325-1334.

Beattie, D., Cunningham, S., Jones, R., & Zelenko, O. (2006) I use online so the counselors can't hear me crying: creating design solutions for online counseling. *Media International Australia incorporating culture and policy*, (118), 43-52.

Beelen, S. (2011) Wat is online hulpverlening? In P. Bocklandt (red.), *Niet alle smileys lachen* (pp. 43-77). Leuven: Acco.

Bergman, H., & Kallmen, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorder Identification Test. *Alcohol and Alcoholism*, 37(3), 245-251.

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

Bocklandt, P. (red.) (2011). *Niet alle smileys lachen*. Leuven: Acco.

Bocklandt, P., & De Zitter, M. (2011). Waarom gebruikers kiezen voor onlinehulp. In P. Bocklandt (red.), *Niet alle smileys lachen* (pp. 79-85). Leuven: Acco.

Brown, S. A., & Schuckit, M. A. (1988). Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of studies on alcohol*, 49(5), 412-417.

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 937-944.

Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.

CAD-Limburg VZW (2013). *CAD-Limburg: Organisatie*. Geraadpleegd op <http://www.cadlimburg.be/cad-organisatie>

Chiauzzi, E, Green, T. C., Lord, S., Thum, C., & Goldstein, M. (2005). My student body: a high-risk drinking prevention web site for college students. *Journal of American College Health*, 53(6), 263-274.

Christopherson, K. M. (2007). The positive and negative implications of anonymity in internet social interactions: "on the internet, nobody knows you're a dog." *Computers in Human Behavior*, 23(6), 3038-3056.

Claeys, H. (2011a). Alcoholhulp.be: onlinehulpverlening bij alcoholproblemen. In P. Bocklandt (red.), *Niet alle smileys lachen* (pp. 335-343). Leuven: Acco.

Claeys, H. (25 oktober 2011b). Online hulpverlening in de CGG [web log post]. <http://www.online-hulpverlening.be/blog/2011/online-hulpverlening/online-hulpverlening-in-de-cgg/>

Claeys, H. (26 september 2012). Artikel online hulp in De Standaard [web log post].. <http://www.online-hulpverlening.be/blog/2012/online-hulpverlening/artikel-online-hulp-in-de-standaard/>

Claeys, H. (12 maart 2013). Mediawijsheid in the picture [web log post]. <http://www.online-hulpverlening.be/blog/2013/online-hulpverlening/mediawijsheid-in-the-picture/>

Cloud, R. N., & Peacock, P. L. (2001). Internet screening and interventions for problem drinking: Results from the www.carebetter.com pilot study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19 (2), 23-44.

Copeland, J. & Martin, G. (2004). Web-based interventions for substance use disorders: A qualitative review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(2), 109-116.

Courtney, K. E., & Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: data, definitions, and determinants. *Psychol Bull.*, 135(1), 142-156.

Cunningham, J. A., & Breslin, F. C. (2004). Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive Behaviors*, 29(1), 221-223.

Cunningham, J. A., Humphreys, K., & Koski-Jännes, A. (2000). Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the internet: a pilot project. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(6), 794-798.

Cunningham, J. A., Humphreys, K., Kypri, K., & van Mierlo, T. (2006). Formative Evaluation and Three-Month Follow-Up of an Online Personalized Assessment Feedback Intervention for Problem Drinkers. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e5.

Cunningham, J. A., Wild, T. C., Cordingley, J., van Mierlo, T., & Humphreys, K. (2009). A randomized controlled trial of an internet-based intervention for alcohol abusers. *Addiction*, 104(12), 2023-2032.

Davidson, K. M. (1995). Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. *The British Journal of Psychiatry*, 166(2), 199-204.

Dawe, S., Loxton, N. J., Hides, L., Kavanagh, D. J., & Mattick, R. P. (2002). *Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders* (2nd edition). Canberra: Commonwealth of Australia.

Del Boca, F. K., & Darkes, J. (2003). The validity of self-report of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*, 98, 1-12.

De Zitter, M. (2011a). Chathulpverlening nader bekeken. In P. Bocklandt (red.), *Niet alle smileys lachen*. (pp.155-169). Leuven: Acco.

De Zitter, M. (2011b). Chathulp: een combinatie van schermlezen, scherm schrijven en online gesprekstechnieken. In P. Bocklandt (red.), *Niet alle smileys lachen*. (pp.191-220). Leuven: Acco.

Dooghe, E. (2005) *Online counseling: literatuurstudie en empirisch exploratief onderzoek van het online hulpaanbod bij Teleonthaal*. (Licentiaatsthesis). Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.

Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. *Addiction*, 96(12), 1725-1742.

Eenheid voor zelfmoordonderzoek (2012). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen: jaarverslag 2012*.

<http://www.dplace.be/ezo/jaarverslagen/Jaarverslag%20Vlaanderen%202012%20Nederlands.pdf>

Eurostat (2013). *Europe in figures : Eurostat Yearbook*.

Eysenbach, G. (2005) The Law of Attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1):e11

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 260-266.

Finfgeld-Connett, D. & Madsen, R. (2008). Web based treatment on alcohol problems among rural women : results of a randomized pilot investigation. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 46(9), 46-53.

Gainsbury, S., & Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 490-498.

Grant, B. F., & Harford, T. C. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39(3), 197-206.

Harris, K. M., & McKellar, J. D. (2003). Demand for alcohol treatment. *Frontlines* (juni), 1-2.

Hazlett-Stevens, H., & Craske, M. G. (2002). Brief cognitive-behavioral therapy: definition and scientific foundations. In F. W. Bond & W. Dryden (red.), *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. (pp.1-20). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Hester, R. K., Squires, D. D., & Delaney, H. D. (2005). The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), 159-169.

Humphreys, K., & Klaw, E. (2001). Can targeting nondependent problem drinkers and providing Internet-based services expand access to assistance for alcohol problems? A study of the moderation management self-help/mutual aid organization. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(4), 528- 532.

Joinson, A. (2001). Self-disclosure in computer-mediated communication: The role of self-awareness and visual anonymity. *Eur. J. Soc. Psychol.*, 31(2), 177-192.

Jones, G., & Stokes, A. (2009). *Online Counseling. A handbook for practitioners*. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Kaskutas, L. A., & Graves, K. (2001). Pre-pregnancy drinking: how drink size affects risk assessment. *Addiction*, 96(8), 1199-1209.

Kausch, O., & Mc Cormick, R. A. (2001). Suicide prevalence in chemical dependency programs: preliminary data from a national sample, and an examination of risk factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(9), 97-102.

- Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., & Carr, V. J. (2009). Computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized control trial of clinical efficacy. *Addiction*, 104(3), 378-388.
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., ... & Peters, T. J. (2009). Therapist-delivered internet psychotherapie for depression in primary care: a randomized control trial. *Lancet*, 374(9690), 628-634.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Kolves, K., Varnik, A., Tooding, L. M., & Wasserman, D. (2006) The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, 36(7), 923-930.
- Koski-Jännes, A., Cunningham, J. A., Tolonen, K., & Bothas, K. (2007). Internet-based self-assessment of drinking: 3-month follow-up data. *Addictive Behaviors*, 32(3), 533-542.
- Lemmens, P. H. (1994). The alcohol content of self-report and 'standard' drinks. *Addiction*, 89(5), 593-601.
- Lester, D. (1999). Effect of changing alcohol laws in Iceland on suicide rates. *Psychological Reports*, 84(3 Pt 2), 1158.
- Lieberman, D. Z., & Huang, S. W. (2008). A technological approach to reaching a hidden population of problem drinkers. *Psychiatric Services*, 59(3), 297-303.
- Linke, S., Brown, A., & Wallace, P. (2004). Down your drink: A Web-based intervention for people with excessive alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 39(1), 29-32.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-Therapy: Practical, Ethical, and Legal Issues. *Cyberpsychology & Behavior*, 4(5), 551-563.
- Matano, R. A., Futa, K. T., Wanat, S. F., Mussman, L. M., & Leung, C. W. (2000). The employee stress and alcohol project: the development of a computer-based alcohol abuse prevention program for employees. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(2), 152-165.
- Matano, R. A., Koopman, C., Wanat, S. F., Winzelberg, A. J., Whitsell, S. D., Westrup, D. ... & Barr Taylor, C. (2007). A pilot study of an interactive web site in the workplace for reducing alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1), 71-80.
- Mendonck, K., Delbeke, J., Cautaeers, A., & Van Menxel, G. (2009). *CAW in beeld: cijfers 2008*. Berchem: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk. www.steunpunt.be/library/24
- Mertens, J., Permanente, K., & Weisner, C. J. (2003). People who seek, start, and remain in treatment in an HMO: Who are they? *Frontlines* (juni), 6.

Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835-842.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). Talking Oneself Into Change: Motivational Interviewing, Stages of Change, and Therapeutic Process. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18(4), 299-308.

Morioka, H., Itani, O., Kaneita, Y., Ikeda, M., Kondo, S., Yamamoto, R., ... Ohida, T. (2013). Associations between sleep disturbance and alcohol drinking: A large-scale epidemiological study of adolescents in Japan. *Alcohol*, 47(8), 619-628.

Morse, R. M., & Flavin, D. K. (1992). The Definition of Alcoholism. *The Journal of the American Medical Association*, 268(8), 1012-1014.

National Board for Certified Counselors (2012). National Board for Certified Counselors (NBCC) Policy Regarding the Provision of Distance Professional Services. <http://www.nbcc.org/Assets/Ethics/NBCCPolicyRegardingPracticeofDistanceCounselingBoard.pdf>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2013). Alcohol overdose: the dangers of drinking too much. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AlcoholOverdoseFactsheet/overdoseFact.pdf>

Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for drug and alcohol abuse and smoking addiction: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31(1), 178-186.

Nickelson, D. (1998). Telehealth and the evolving health care system: Strategic opportunities for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(6), 527-535.

Noonan, W. C., & Moyers, T. B. (1997). Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse*, 2(1), 8-16.

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

Postel, M. G. (2011). Well connected. Web-based treatment for problem drinkers. Oldenzaal, the Netherlands: Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction, Radboud University Nijmegen.

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

- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Buckman, K., Bierut, L., ... Reich, T. (2002). Comparison of 3190 Alcohol-Dependent Individuals With and Without Suicide Attempts. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(4), 471-477.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Rainie, L., Kiesler, S., Kang, R., & Madden, M. (2013). Anonymity, privacy, and security online. <http://www.pewinternet.org/2013/09/05/anonymity-privacy-and-security-online/>
- Reinecke, M. A., & Freeman, A. (2005). Cognitive Therapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (red.) *Essential Psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 224-271). New York: The Guildford Press.
- Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2002). The Alcohol Use Disorder Identification Test: A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 272-279.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression. A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G. M., & Cuijpers, P. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized control trial. *Addiction*, 103(2), 218-227.
- Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conijn, B., Kramer, J., Martin-Abello, K., & Smit, F. (2011). Effectiveness of E-self-help interventions for curbing adult problem drinking: A meta-analysis. *J Med Internet Res*, 13(2):e42.
- Riper, H., van Straten, A., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009). Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions. *Am J Prev Med*, 36(3), 547-255.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269-283.
- Roelofs, S. M., & Dikkenberg, G. M. (1987) Hyperventilation an Anxiety: Alcohol Withdrawal Symptoms Decreasing With Prolonged Abstinence. *Alcohol*, 4(3), 215-220.
- Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J., & Allsop, D. (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*, 105(8), 1381-1390.
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V., & Emmelkamp, P. (2012). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Treatment in Routine Clinical Practice. *PLoS ONE*, 7(7), e40089.

Saitz, R., Helmuth, E. D., Aromaa, S. E., Guard, A., Belanger, M., & Rosenbloom, D. L. (2004). Web-based screening and brief intervention for the spectrum of alcohol problems. *Preventive Medicine*, 39(5), 969-975.

Schalken, F., & Sbiti, A. (2006). *Nabijheid door afstand en intimiteit: Do's en don'ts bij online hulp aan allochtone jongeren*. Rotterdam: Mikado – kenniscentrum interculturele zorg.

Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., & Stichting E-hulp.nl. (2010). *Handboek online hulpverlening: hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schaub, M. P., Haug, S., Wenger, A., Berg, O., Sullivan, R., Beck, T., & Stark, L. (2013). Can reduce – the effects of chat-counseling and web-based self-help, web-based self-help alone and a waiting list control program on cannabis use in problematic cannabis users: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13:305

Schippers, G. M., & de Jonge, J. (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad voor de geestelijke volksgezondheid* 57(3), 250-265.

Schuckit, M. A. (2006). *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment* (6th edition). New York: Springer.

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

Steyaert, J. (2011). Sociaal werk volgt samenleving. In P. Bocklandt (red.), *Niet alle smileys lachen* (pp. 24-25). Leuven: Acco.

Studiedienst van de Vlaamse Regering (2013). *Vlaanderen in cijfers 2013*. Lommel: Bosmans.

Suler, J. (2001). Assessing a person's suitability for online therapy: The ISMHO clinical case study group. *Cyberpsychology & Behavior*, 4(6), 675-679.

Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321-326.

Swan, A. J., & Tyssen, E. G. (2009). Enhancing treatment access: Evaluation of an Australian Web-based alcohol and drug counseling initiative. *Drug and Alcohol Review*, 28(1), 48-53.

Vanhuele, H., & Vertommen, M. (2008). Online: Een meerwaarde voor de eerstelijns hulpverlening? Praktijkervaringen in Tele-Onthaal online. *Sociale Interventie*, 17(2), 46-57.

Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism*, 41(3), 328-335.

Vlaeminck, H. (2011). Chathulp: een proces in stappen. In P. Bocklandt (red.), *Niet alle smileys lachen* (pp.179-190). Leuven: Acco.

Vlaeminck, H., Vanhove, T., De Zitter, M., & Bocklandt, P. (2009). *Onderzoek naar methodiek voor onlinehulpverlening in eerstelijns welzijnswerk*. Gent: Arteveldehogeschool.

Wasserman, D., & Varnik, A. (1998). Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 98(S394), 1-4.

White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J.,... Young, R. (2010). Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 12 (5): e62.

Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, S11-S19.

Wolpe, J. (198). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

Young, K. S. (2005). An empirical examination of client attitudes towards online counseling. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(2), 172-177.

Websites

www.alcoholhulp.be

www.ohup.be

www.expertonlinehulp.be

Bijlagen

Bijlage 1: Intakeformulier Alcoholhulp.be

Bijlage 2: Eindevaluatieformulier Alcoholhulp.be

**Bijlage 3: Grafische voorstelling alcoholgerelateerde klachten bij intake en
eindevaluatie**

**Bijlage 4: Vergelijking alcoholgerelateerde klachten tussen BG, D en totale groep
deelnemers**