



Wat werkt bij online hulpverlening?

Karen van Rooijen

www.nji.nl

Juni 2012

Online hulpverlening is populair. Zowel internationaal als nationaal groeit het aanbod van online interventies gestaag, evenals het onderzoek naar deze interventies. Over de effecten van online hulp is vooral bij volwassenen inmiddels het een en ander bekend. Bij kinderen en jongeren is minder onderzoek verricht, hoewel dit steeds meer op gang komt. Op basis van het bestaande onderzoek kan geconcludeerd worden dat online hulp een veelbelovende aanpak is. Verschillende studies hebben effecten gevonden bij lichamelijke en psychische problemen en stoornissen. Meer onderzoek is echter nodig om te bepalen wat precies de effecten bij kinderen en jongeren zijn. Daarnaast is meer kennis nodig om te bepalen of online hulp bij bepaalde stoornissen, problemen en doelgroepen beter werkt dan bij andere en hoe online interventies precies werken. Ook is het belangrijk om online hulp te gaan vergelijken met face-to-face hulp, aangezien dit nog maar sporadisch wordt gedaan.

Onderstaand overzicht is gebaseerd op een search in belangrijke internationale databases als PsycInfo en Cochrane. Daaruit kwamen vooral reviews en enkele meta-analyses over online hulp bij volwassenen naar voren. Ter illustratie zijn deze in de tekst meegenomen. Daarnaast werden enkele reviews bij jeugdigen gevonden. Tot slot is gezocht naar primaire studies en naar Nederlandse studies over online hulp bij kinderen en jongeren.

Dit document maakt deel uit van het themadossier 'Online hulp'. Het gehele dossier is in te zien op www.nji.nl/onlinehulp.

1. Wat is online hulpverlening?

De overkoepelende term voor het gebruik van ICT ter ondersteuning van de gezondheid en de gezondheidszorg is *e-health*. Hieronder vallen zowel online hulp als andere vormen van hulpverlening per computer. In deze tekst beperken we ons tot online hulpverlening.

Schalken, Wolters, Tilanus, van Gemert, van Hoogenhuyze, Meijer, Kraefft, Brenninkmeijer, en Postel (2010) definiëren online hulpverlening als hulp die instellingen bieden bij psychische, sociale of maatschappelijke problemen, waarbij gebruikgemaakt wordt van internettechnologie. De hulp kan bestaan uit informatie, advies, ondersteuning, begeleiding, behandeling of nazorg. Ritterband, Gonder-Frederick, Cox, Clifton, West en Borowits (2003) geven aan dat de mate van ondersteuning door een therapeut bij online hulp kan variëren van geen betrokkenheid, zoals bij zelfhulp, via minimale betrokkenheid, vaak via mail of telefoon, tot een betrokkenheid die net zo groot is als bij reguliere therapie waarbij de therapeut dan vaak tegelijk met de cliënt online is. Daarnaast kunnen



online interventies zowel individueel als groepsmatig zijn (Spek, Cuijpers, Nykli, Riper, Keyzer & Pop, 2007).

Online behandelinterventies zijn dikwijls gebaseerd op effectieve face-to-face interventies, vaak op een cognitief gedragstherapeutische basis en regelmatig gecombineerd met motiverende gespreksvoering. Er wordt vaak gewerkt met psycho-educatie, cognitieve herstructurering, zelfcontroletechnieken, het genereren van sociale steun of sociale vaardigheden. Deze technieken worden ook vaak bij face-to-face interventies toegepast. Ook wordt in online interventies dikwijls gebruikgemaakt van technieken uit de oplossingsgerichte therapie. Daarnaast zijn online interventies vaak sterk gestructureerd, afgestemd op de behoeften van de gebruiker en maken zij gebruik van interactieve elementen als animaties, audio, video, online dagboeken, chatboxen en feedback via mail (Ritterband et al., 2003, Schalken et al., 2010).

Onder de definitie van online hulpverlening zoals die in deze tekst gehanteerd wordt, vallen niet zogenaamde online support groups – platforms - of discussieforums. Ook informatieve websites die op zichzelf staan en geen deel uitmaken van een interventie, vallen niet onder de definitie.

Een uitgebreidere definitie van het begrip online hulpverlening is te vinden in het dossier www.nji.nl/onlinehulp.

2. De voor- en nadelen van online hulpverlening

Net als elke vorm van hulpverlening kent online hulp voor- en nadelen. Voordelen van het online aanbod zijn vooral de flexibiliteit, laagdrempeligheid en eventuele tijds- en kostenbesparingen die ermee te bereiken zijn. Nadelen liggen ondermeer in het gemis aan face-to-face contact en de vaak hoge uitval bij online interventies. Hieronder volgt een uitgebreidere uiteenzetting van enkele voor- en nadelen van online hulpverlening.

2.1 Voordelen

Vaakgenoemde voordelen van online hulpverlening zijn flexibiliteit, laagdrempeligheid en kosten- en tijdsbesparingen.

Flexibiliteit

Online hulpverlening is 24 uur per dag beschikbaar, onafhankelijk van plaats en tijd. Dit maakt het mogelijk dat cliënten op elk gewenst moment en op elke plaats behandeling kunnen krijgen, in hun eigen tempo kunnen werken en het materiaal zo vaak kunnen bekijken als ze willen (Spek et al., 2007; Saperstein, Atkinson & Gold, 2007; Portnoy, Scott-Sheldon, Johnson & Carey, 2008; Schalken et al., 2010). Het stelt cliënten, met andere woorden, in staat om hun eigen behandeling vorm te geven (Grolleman et al., 2008).

Laagdrempeligheid

De flexibiliteit van het online aanbod draagt bij aan het bereik en de toegankelijkheid ervan. Online hulpverlening heeft de mogelijkheid om op grote schaal doelgroepen te bereiken die nog onvoldoende worden bereikt met reguliere hulpverlening (Riper, Smit, van der Zanden, Conijn, Kramer & Mutsaers, 2007). Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen die in afgelegen gebieden wonen, mensen die aan huis gebonden zijn door ziekte, of mensen met weinig vrije tijd. Voor hen kan een

online aanbod dat 24 uur per dag vanuit huis beschikbaar is, een uitkomst zijn (Ybarra & Eaton, 2005; Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe & Thorogood, 2006; Griffiths & Christensen, 2006). Ook migrantenkinderen en hun ouders worden over het algemeen nog onvoldoende bereikt met de reguliere hulpverlening. Voor hen zou het online aanbod tevens drempelverlagend kunnen werken. Vooral nog is het online aanbod voor deze doelgroep echter beperkt. Hulpmix.nl is een voorbeeld van een interventie die specifiek gericht is op jongeren met een multiculturele achtergrond (Berends & Verdonk, 2009).

Ook veelgenoemd is de laagdrempeligheid van het online aanbod voor mensen met psychische aandoeningen. Zo geven Cuijpers, Van Straten en Andersson (2008) aan dat een groot deel van de patiënten met psychische stoornissen niet bereikt wordt met traditionele behandelvormen vanwege het stigma dat aan deze stoornissen kleef, vooroordelen over therapeuten of onwilligheid om met een vreemde te praten over persoonlijke problemen (Bijl en Ravelli, 2000). Voor hen is de drempel van de reguliere hulpverlening te hoog (Ybarra & Eaton, 2005). De anonimiteit van online hulpverlening maakt het aanbod juist voor deze doelgroep aantrekkelijk. Verwacht wordt dat online hulpverlening in de toekomst ook een belangrijke rol zal spelen bij jongeren. Grolleman et al (2008) geven aan dat jongeren met psychische problemen niet snel geneigd zijn om zélf hulp te zoeken bij GGZ-instellingen. De anonimiteit van het online aanbod kan het zoeken van hulp stimuleren. Ook De Haas, Hoing, Schrieken, Tsagana, Wijnker, Michels, Kuyper & Lange (2009) geven aan dat internet bij uitstek geschikt lijkt voor hulp aan jongeren: ze zijn vaak online en ze blijken hun gevoelens en ervaringen gemakkelijker online te delen dan in face to face-gesprekken (Peter, Valkenburg & Schouten, 2006).

Kosten- en tijdsbesparing

Verschillende onderzoekers noemen de potentie van online hulpverlening met betrekking tot kosten- en tijdsbesparing. Cuijpers et al (2008) geven bijvoorbeeld aan dat online hulpverlening minder tijdsintensief is voor de therapeut doordat verschillende onderdelen van de hulp geautomatiseerd kunnen worden. Op termijn zou dat wachlijsten kunnen verkorten. Ditzelfde benadrukt ook Nikken (2007). Doordat de hulpverlener niet meer iedere vraag persoonlijk hoeft te beantwoorden, blijft er meer tijd over voor complexe hulpvragen. Voor hetzelfde geld kunnen dan meer cliënten geholpen worden. Online hulpverlening kan op termijn leiden tot kostenbesparing, doordat het meer mogelijkheden biedt om 'stepped care' interventies in te zetten volgens de formule: minimaal waar mogelijk, zwaar waar nodig. Voor sommige jeugdigen is een informatieve website of een enkel e-mail contact al voldoende. Voor andere jeugdigen, met zwaardere problematiek, is een meer intensieve vorm van online hulp nodig (Riper et al., 2007; Nikken, 2007).

Hoewel over het algemeen aangenomen wordt dat online hulpverlening kostenbesparend kan werken, zijn er voornamelijk maar weinig studies die ook daadwerkelijk naar kosten hebben gekeken. Ritterband & Tate (2009) benadrukken dat de paar studies die kosteneffectiviteit hebben meegenomen bovendien vooral gericht waren op volledig geautomatiseerde interventies, waarbij geen therapeut betrokken was. Meer onderzoek moet plaatsvinden naar de kosten van online interventies waarbij wel sprake is van ondersteuning door een therapeut.

2.2 Nadelen

De nadelen van online hulpverlening die het meest worden genoemd zijn het gemis aan face-to-face contact, de beperkte geschiktheid, het risico op uitval en de moeilijk vast te stellen effecten.

Gemis aan face-to-face contact

Een van de veelgenoemde beperkingen van online hulpverlening is het ontbreken van non-verbale signalen en lichaamstaal (Ybarra & Eaton, 2005; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Schalken et al., 2010). Bij een face-to-face contact is er sprake van communicatie op verschillende niveaus: verbaal (letterlijke inhoud), non-verbaal (houding, motoriek en gezichtsuitdrukking) en paralinguaal (stem, intonatie en pauzes). Bij een online hulpcontact tussen cliënt en hulpverlener is alleen sprake van verbale communicatie. Een webcam kan gebruikt worden om de verbale communicatie aan te vullen met de andere twee vormen, maar in de praktijk wordt dat (nog) niet gedaan (E-hulp, 2010). Barak et al. (2008) geven aan dat de non-verbale en paralinguale communicatie vroeger werden beschouwd als essentieel onderdeel van de therapeutische relatie. Inmiddels zijn er echter verschillende processtudies verschenen die laten zien dat therapieprocessen tijdens online hulp in veel gevallen gelijk zijn aan die van reguliere therapie. Cook & Doyle (2002) vonden bijvoorbeeld dat cliënten die therapie via e-mail of chat kregen de therapeutische alliantie gelijk en zelfs beter beoordeelden dan die van face-to-face therapie. Ook andere studies laten zien dat de therapeutische alliantie goed kan plaatsvinden onder de speciale omstandigheden van internet (Knaevelsrud & Maercker, 2006, in: Cuijpers et al., 2008).

Niet voor iedereen geschikt

Een online hulpverleningsprogramma is niet voor iedereen geschikt. Grolleman et al. (2008) geven aan dat online hulpverlening bijvoorbeeld afgeraden wordt bij cliënten met een ernstige stoornis, zoals een psychose en schizofrenie. Ditzelfde geldt voor situaties waarbij cliënten een gevaar voor zichzelf of anderen kunnen zijn, bijvoorbeeld in geval van suïcideneigingen. Toch worden de mogelijkheden van online hulp bij deze groepen wel onderzocht. Zo is er bijvoorbeeld sinds enige tijd de website 113online voor mensen die zelfmoord overwegen. Ook andere problemen, zoals overgewicht, zijn mogelijk wat minder geschikt voor online hulpverlening aangezien de effecten bij deze problematiek over het algemeen kleiner zijn (Barak et al., 2008).

Daarnaast geven Grolleman et al (2008) aan dat er een kleine groep mensen is die geen toegang heeft tot internet of die last heeft van technofobie (angst voor technologie). Recente onderzoeken laten echter zien dat het internetgebruik toeneemt in alle segmenten van de populatie (Saperstein et al., 2007; Benight, Ruzek & Waldrep, 2008). Cuijpers et al. (2008) benadrukken tot slot dat het ook belangrijk is rekening te houden met het feit dat niet alle cliënten het fijn vinden om te communiceren via de computer (Cuijpers et al., 2008).

Uitval

Grolleman et al. (2008) stellen dat een belangrijk aandachtspunt van online hulpverlening – de voortijdige beëindiging van de interventie door cliënten – de uitval- is. Deze is hoger dan bij face-to-face interventies. Ook voor behandeltrouw - het op een juiste wijze volgen van de interventie - worden minder goede resultaten gevonden. Zo vonden Bennett & Glasgow (2009) dat bij online interventies het websitegebruik vaak sterk daalde na de eerste weken. Wat precies de oorzaken zijn van deze hogere uitval en lagere therapietrouw is nog niet duidelijk. Grolleman et al. (2008) noemen een aantal factoren die een rol kunnen spelen, waaronder de vrijblijvendheid van het online aanbod. Online hulp is laagdrempelig, maar daarmee ook vrijblijvender dan het reguliere aanbod, zeker als de hulpvrager anoniem kan blijven (Schalken et al., 2010). Dit vraagt veel zelfstandigheid en

zelfdiscipline van de gebruikers. Veiligheid kan ook een reden zijn om geen gebruik te maken van online hulpverlening of om er voortijdig mee op te houden. . Internet is een open medium. Het risico dat vertrouwelijke informatie naar buiten komt is daardoor groter dan bij face-to-face hulpverlening. Als mensen een gebrek aan privacy en beveiliging ervaren kan dit ertoe leiden dat zij voortijdig afhaken (Schalken et al., 2010).

Nijland, Van Gemert-Pijnen, Boer, Steehouder & Seydel (2008) laten zien dat een gebrekkige therapietrouw ook veroorzaakt kan worden door kenmerken van de interventie zelf. Zij noemen daarbij ondermeer een slechte vormgeving van de website, moeilijke navigatiestructuren, slechte leesbaarheid en weinig afstemming op de behoeften van de gebruiker. Ook benadrukken zij dat het belangrijk is dat online interventies met hun tijd meegaan. De ontwikkelingen op internet gaan razendsnel, terwijl het ontwikkelen, implementeren en onderzoeken van een online interventie veel tijd in beslag neemt. Dit kan met elkaar botsen.

Vooralsnog is er weinig bekend over de factoren die het websitegebruik kunnen verbeteren. Voor een aantal strategieën zijn wat positieve resultaten gevonden, bijvoorbeeld voor ‘reminders’ (kaartjes, mail, telefoontjes). Andere strategieën zijn beloningsprogramma’s (verlotingen, puntensystemen) en zelfmonitorsystemen (online dagboeken), een gebruiksvriendelijke website, persoonlijk contact en positieve feedback. Het zogenaamde ‘tailoring’, het op maat snijden van interventies, lijkt ook een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan het voorkomen van uitval (Nijland et al., 2008).

Moeilijk effecten vast te stellen

Door de anonimiteit van online hulp is moeilijker vast te stellen of cliënten ook daadwerkelijk baat hebben gehad bij de interventie, en zo ja, welke onderdelen dit effect dan hebben veroorzaakt. Nikken (2007) noemt als voorbeeld dat een jongere alleen via gecontroleerde chat sessies zijn problemen kan oplossen, maar daarnaast ook andere informatie van een andere website kan gebruiken zonder dat de hulpverlener dat weet. Ook kan een cliënt een probleem individueel oplossen, bijvoorbeeld via de reacties van lotgenoten op een internetforum.

3. Meta-analyses en reviews

Online hulpverlening is een populair onderzoeksterrein, waarop veel gebeurt. Inmiddels is een aantal overzichtsstudies naar effecten verschenen. Deze richten zich echter grotendeels op volwassenen. Overzichtsstudies naar effecten van online hulpverlening bij kinderen en jongeren zijn er nauwelijks.

Siemer, Fogel en van Voorhees (2011) verrichtten een review naar online interventies voor kinderen en adolescenten met diverse problemen: depressie, angst, middelenmisbruik en eetstoornissen. Zij namen ook enkele studies mee naar interventies gericht op gezondheidsbevordering. De meeste programma’s maakten gebruik van principes uit de cognitieve gedragstherapie of gedragstherapie. Vaak werden interactieve onderdelen ingezet, zoals huiswerk, quizen, animaties, games of fora. Er waren grote verschillen tussen studies, waardoor vergelijkingen lastig waren. De onderzoekers vonden wat bewijs dat online interventies beter werkten dan controlegroepen. Ook werd er een bescheiden verbetering gevonden ten opzichte van de symptomen bij aanvang van de interventies. De onderzoekers geven aan dat de effectgroottes klein zijn: kleiner dan meestal gezien wordt bij online interventies voor volwassenen. Hiervoor zijn een aantal verklaringen. Zo hadden de meeste

studies bijvoorbeeld een actieve controlegroep (dan werd een online interventie bijvoorbeeld vergeleken met een andere - minder intensieve - interventie). Effecten zullen dan kleiner zijn dan wanneer vergeleken wordt met een wachtlijst. Ook kan het zijn dat kinderen en adolescenten er langer dan volwassenen over doen om nieuw gedrag in hun dagelijks leven in te passen. Hoewel de gevonden effecten van online hulp dus vrij klein zijn, concluderen de onderzoekers wel dat zij vergelijkbaar zijn met de effecten van face-to-face preventieve interventies voor bijvoorbeeld depressie en eetstoornissen bij jeugdigen.

Op basis van overzichtsstudies bij volwassenen kan geconcludeerd worden dat online hulpverlening positieve effecten kan hebben bij diverse problemen en stoornissen (Cuijpers, van Straten, & Andersson, 2008; Murray, Burns, See Tai, Lai & Nazareth, 2005; Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter, & McGhee, 2004). Zo vonden verschillende recente systematische reviews dat online interventies effectief kunnen zijn bij volwassenen met psychische problemen en chronische gezondheidsproblemen (Cuijpers et al., 2008; Griffiths & Christensen, 2006; Murray et al., 2005; Spek et al., 2007; Wantland et al., 2004), hoewel de effecten variëren over condities heen (Cuijpers et al., 2008). Ritterband & Tate (2009) namen een groot aantal reviews en meta-analyses naar online hulp, onder andere bij fysieke activiteit, overgewicht, alcohol en tabaksgebruik, hartziekten, depressie en angst en traumatische stress, samen. Op basis daarvan concluderen zij dat online interventies positieve behandeluitkomsten hebben, zoals afname van symptomen en een verbeterde kwaliteit van leven. Een aantal reviews en meta-analyses wordt in de volgende paragrafen besproken.

3.1 Voeding en beweging

De Nooijer, Oenema, Kloek, Brug, De Vries & De Vries (2005) verrichtten een systematische review naar de effecten van gezondheidsbevorderende interventies via internet bij adolescenten en volwassenen. Zij namen negen studies in de review op, waarvan er één specifiek op adolescenten gericht was. De studies varieerden onderling sterk in design en methoden, en de kwaliteit van de studies was beperkt. In de studies werd gekeken naar het effect van online interventies op voeding, bewegen, gewichtsverlies en gewichtsbehoud. De resultaten wijzen erop dat online interventies potentieel effectief kunnen zijn, maar wijzen niet eenduidig in de richting van een superieur effect van online interventies boven andere soorten interventies. Studies waarbij online interventies werden vergeleken met wachtlijstcontrole of basale generieke informatie, vonden betere effecten voor online interventies dan studies waarin een vergelijking werd gemaakt met een actieve face-to-face interventie. In veel studies werd aangegeven dat de blootstelling aan of het gebruik van de interventie niet goed was.

3.2 Middelengebruik

Civljak, Sheikh, Stead & Car (2010) verrichtten een Cochrane review naar online stoppen-met-roken interventies. Ze namen zowel gerandomiseerde als quasi-gerandomiseerde studies op. Twintig studies voldeden aan de inclusiecriteria. De heterogeniteit in interventies was groot: variërend van statische websites tot intensieve en interactieve online programma's met bijvoorbeeld mailcontact, applicaties voor mobiele telefoon of chatsessies. Van de twintig studies waren er 3 gericht op adolescenten. Twee van deze drie studies vonden geen effect van online interventies in vergelijking met de controlegroep. De derde kleine studie vond wel een meerwaarde van een online interventie, vergeleken met een groepsprogramma. De onderzoekers concluderen, met name op basis van

onderzoek bij volwassenen, dat online interventies kunnen helpen bij stoppen met roken, vooral als de informatie goed is afgestemd op de gebruikers en er ondersteuning wordt geboden. Echter, de effecten zijn niet consistent. Meer onderzoek is nodig om te kunnen bepalen of internetprogramma's effectief zijn bij stoppen met roken. Mogelijk hebben online interventies betere effecten wanneer zij naast andere hulpmiddelen, zoals nicotinepleisters e.d. wordt gebruikt.

Hutto, Wilson, Apelberg, Tang, Odelola, Bass & Chander (2011) verrichtten een systematische review naar online stoppen-met-roken interventies voor adolescenten, studenten en volwassenen. Zij vonden 21 gerandomiseerde studies (RCT's), waarvan 15 bij volwassenen, 1 bij studenten en 5 bij adolescenten. Interventies in de studies waren erg heterogeen, variërend van enkele online sessies tot uitgebreide interventies die uit meerdere onderdelen bestonden (mailcontact, chatsessies e.d.). De resultaten waren niet eenduidig. In enkele studies bij volwassenen werden positieve effecten gevonden – bijvoorbeeld wanneer online interventies werden vergeleken met een zelfhulpboek – maar in andere studies niet. De beperkte studies onder studenten en adolescenten bieden onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van online interventies gericht op roken.

Tait & Christensen (2010) verrichtten een systematische review naar online interventies gericht op problematisch middelengebruik bij jonge mensen. Zij vonden 14 studies onder jongvolwassenen. De online interventies bleken een klein effect te hebben op problematisch alcoholgebruik onder drinkende jongvolwassenen. Zij bleken niet in staat om problematisch alcoholgebruik bij niet-drinkers te voorkomen. De onderzoekers vonden ook enkele studies gericht op stoppen-met-roken bij adolescenten, maar de kwaliteit van deze studies was te beperkt om mee te nemen in de analyse.

3.3 Chronische problemen

Stinson, Wilson, Gill, Yamada en Holt (2009) verrichtten een systematische review naar de effecten van online hulp bij jeugdigen (6-18 jaar) met verschillende gezondheidsproblemen zoals astma, terugkerende pijn, encopresis, traumatisch hersenletsel en obesitas. Negen studies werden in de review opgenomen. Er bleken grote verschillen tussen de online interventies te zijn, onder meer in lengte. De kortste interventie duurde drie weken, de langste twee jaar. Dit bemoeilijkte vergelijkingen tussen studies. Alle interventies hadden een psycho-educatieve opzet, waarbinnen informatie over bijvoorbeeld het herkennen van symptomen en het gebruik van medicijnen werd gecombineerd met (cognitief-)gedragstherapeutische vaardigheidstraining. In zeven van de negen studies was sprake van een vermindering in symptomen. Er werden minder duidelijke effecten gevonden met betrekking tot verbeteringen in kennis over de ziekte, verbeteringen in de kwaliteit van leven en het gebruik van de gezondheidszorg. Ook kunnen geen conclusies getrokken worden over de effectiviteit van online hulp vergeleken met face-to-face behandeling, omdat geen van de controlegroepen face-to-face behandeling kreeg.

Murray et al. (2005) vonden in hun Cochrane review ondermeer dat gecomputeriseerde – waaronder online - interventies een positief effect hadden op kennis over de ziekte, sociale ondersteuning, klinische status en gedrag bij kinderen en volwassenen met verschillende ziektes, waaronder astma, kanker, encopresis en diabetes. Wantland et al. (2004) betrokken in hun systematische review en meta-analyse 22 studies waarin 'web-based' en 'non-web-based' psychologische interventies bij volwassenen met een chronische ziekte werden vergeleken. Zij vonden positieve effecten van online interventies op kennis en gedrag. Cuijpers et al. (2008)

verrichtten een systematische review naar online cognitieve gedragstherapie voor chronische gezondheidsproblemen. Twaalf studies werden in de review opgenomen, waarvan tien gericht op volwassenen en twee op kinderen (in de leeftijd van 5-16 jaar en 9-16 jaar). Drie studies richtten zich op patiënten met chronische pijn, drie op patiënten met hoofdpijn en zes studies op andere gezondheidsproblemen. De gevonden effecten op chronische pijn bleken vergelijkbaar met de effecten van face-to-face behandelingen. Dit gold ook voor de online behandeling van hoofdpijn. De andere interventies lieten ook wat effecten zien, hoewel deze verschilden over de condities van de respondenten. De onderzoekers concluderen dat online cognitieve gedragstherapie een veelbelovende interventievorm is. Desalniettemin benadrukken zij dat studies moeilijk te vergelijken zijn, onder andere door grote verschillen in interventievorm. Interventies varieerden bijvoorbeeld van zelfhulp met minimale begeleiding tot reguliere online sessies met een therapeut. Cuijpers et al. (2008) benadrukken eveneens dat vooralsnog geen uitspraken gedaan kunnen worden over de effectiviteit van online hulp in vergelijking met face-to-face behandeling, omdat in geen enkele studie een directe vergelijking tussen de twee werd gemaakt. Controlegroepen bestonden meestal uit mensen die op de wachtlijst stonden.

Bender et al (2011) verrichtten een systematische review naar online interventies voor volwassenen en jeugdigen met (veelal chronische) pijn. In de review werden 17 studies (RCT's) meegenomen. Deze studies onderzochten de effecten van verschillende soorten interventies: cognitieve therapie, gedragstherapie, ondersteuningsprogramma's met lotgenoten of programma's die dienden als voorbereiding op of nazorg na medische behandeling. Het meeste onderzoek is gedaan naar cognitieve therapie en gedragstherapie. Deze studies vonden over het algemeen verbeteringen op ervaren pijn, maar minder effecten op bijvoorbeeld gevoelens van angst en depressie. Naar zogenaamde online 'peer support' programma's is minder onderzoek gedaan, maar dergelijke programma's lijken wel veelbelovend in het verminderen van de intensiteit van de pijn. Voor kinderen en adolescenten met pijn zijn volgens de onderzoekers sociale netwerkprogramma's veelbelovend. Onduidelijk blijft echter nog wat de precieze effecten hiervan zijn en welke patiënten er het meeste baat bij hebben.

3.4 Psychische problemen of stoornissen

Richardson et al (2010) verrichtten een systematische review naar gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie gericht op preventie en behandeling van angst en depressie bij kinderen en adolescenten. Zij namen tien studies op, zowel casestudies als gerandomiseerde gecontroleerde studies. De tevredenheid met de behandeling was middelmatig tot hoog voor zowel kinderen en ouders, hoewel er ook sprake was van een hoge uitval. Meer onderzoek is nodig, maar er zijn volgens de onderzoekers wat aanwijzingen dat gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie een acceptabele en effectieve interventie is voor deze leeftijdsgroep.

Andersson, Bergstrom, Carlbring en Lindfors (2005) deden een literatuurstudie naar het gebruik van internet bij de behandeling van angststoornissen. Zij vonden maar weinig studies die keken naar de effecten van online behandeling bij angst. Op basis van de paar studies die zij vonden concluderen zij dat online interventies voor angststoornissen - en dan met name voor de paniekstoornis - veelbelovend zijn. Meer - grootschalig - onderzoek is echter nodig. Hirai en Clum (2006) deden een meta-analyse naar de effectiviteit van zelfhulpinterventies - waaronder online zelfhulp, zelfhulpboeken en audio- en videotapes - bij volwassenen met angstproblemen. Zij namen 33 studies in hun analyse op. Online zelfhulp bleek even effectief als andere vormen van zelfhulp.

Spek et al. (2007) verrichtten een meta-analyse naar de effecten van online cognitief-gedragstherapeutische programma's voor depressie en angst. De meta-analyse is gericht op volwassenen vanaf 18 jaar. In de analyse werden twaalf Randomized Controlled Trials RCT's opgenomen. Voor de preventiestudies werd een klein effect gevonden. Voor de behandelstudies werd een groot effect gevonden, maar ook een grote heterogeniteit. Effecten bleken groter te zijn als er ondersteuning aan de interventie was toegevoegd. De onderzoekers concluderen daarom dat online interventies, met name wanneer er ondersteuning van een therapeut is, effectief lijken te zijn. Andersson en Cuijpers (2009) deden een meta-analyse naar de effecten van online behandelingen voor depressie bij volwassenen. De onderzoekers concluderen dat meer onderzoek nodig is, maar dat online behandeling mogelijk een 'evidence based' behandeling van depressie kan zijn. Ook zij vonden dat interventies waarbij ondersteuning wordt gegeven effectiever zijn dan interventies waarbij dit niet wordt gedaan. Onderzoek moet nog aantonen of online behandeling even effectief kan zijn als face-to-face behandeling bij depressie. Ook is nog niet bekend of andere psychotherapievormen dan cognitieve gedragstherapie effectief via internet aangeboden kunnen worden.

Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov (2010) verrichtten een meta-analyse naar gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen en depressieve stoornissen. Zij namen 22 studies in hun analyse op. Alle studies zijn gericht op volwassenen. Zij vonden zowel op de korte als op de lange termijn effecten van online therapie. Zij benadrukken bovendien dat, hoewel de inhoud van de online programma's relatief simpel is, de resultaten zeer goed zijn. In vijf studies werd online therapie direct vergeleken met face-to-face cognitieve gedragstherapie voor depressie of paniekstoornis. Al deze studies vonden sterke effecten van de online behandeling, maar er werden geen verschillen tussen de twee behandelingen gevonden. Zij concluderen dan ook dat gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie (met technische ondersteuning of ondersteuning door een therapeut) even goed kan werken als face-to-face therapie. De therapietrouw bleek bovendien goed en patiënten waren tevreden. Daarom concluderen de onderzoekers dat gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie een effectieve en acceptabele behandeling is voor volwassenen met een depressie of angststoornis.

Riper et al. (2007) deden een meta-analyse naar internettherapie bij verschillende psychische stoornissen, zoals depressie, angststoornissen en overmatig alcoholgebruik. Op basis van de uitgevoerde meta-analyse concluderen zij dat met enige zekerheid kan worden gesteld dat online interventies voor depressie in klinisch en economisch opzicht effectief zijn. Uit de meta-analyse blijkt verder dat online interventies voor een aantal angststoornissen - waaronder paniekstoornissen, sociale fobie en posttraumatische stress stoornis - in klinisch opzicht effectief zijn. Naar interventies gericht op problematisch alcoholgebruik is maar zeer beperkt onderzoek beschikbaar. Het uitvoeren van een meta-analyse op deze problematiek was daardoor (nog) niet mogelijk. Riper et al. (2007) concluderen dat effectonderzoek onder jongeren nagenoeg ontbreekt, terwijl het e-mental health aanbod zich wel (mede) op hen richt.

Barak et al. (2008) verrichtten een review en meta-analyse naar de effectiviteit van online psychotherapie. Daarbij werden zowel online zelfhulpinterventies – 'web-based' interventies - als meer traditionele hulpverlening via internet – 'e-therapy' - meegenomen. De onderzoekspopulatie bestond uit 9764 cliënten die behandeld werden voor verschillende problemen. Er werd een middelmatig effect gevonden, ongeveer gelijk aan het effect van face-to-face therapie. Wel werden

significante verschillen tussen problemen gevonden. Zo bleken de posttraumatische stress stoornis, paniekstoornis en angststoornissen het meest effectief online te kunnen worden behandeld, en overgewicht het minst effectief. Ook bij de follow-ups werden positieve effecten gevonden. In veertien studies werd een vergelijking tussen face-to-face behandeling en online behandeling gemaakt. Dit liet geen verschil in effectiviteit zien.

4. Primaire studies

Wegens het gebrek aan reviews en meta-analyses naar de effecten van online hulp bij jeugdigen is aanvullend gezocht naar recente primaire studies. Het onderstaande overzicht is niet uitputtend, maar een eerste inventarisatie van effecten bij kinderen en jongeren.

4.1 Recente internationale studies

Chronische pijn

Palermo, Wilson, Peters, Lewandowski en Somhegyi (2009) verrichtten een RCT naar online gezinscognitieve gedragstherapie bij kinderen en adolescenten van 11 tot 17 jaar (N=48) met chronische pijn. De online therapie duurde acht weken en bestond uit verschillende modules, waaronder psycho-educatie, ontspanningsoefeningen, cognitieve technieken, technieken voor ouders om beter om te gaan met de conditie van het kind, communicatiestrategieën en interventies rondom slapen en beweging en actief blijven. Er was minimaal online contact met een therapeut. Zij vonden ondermeer positieve effecten op pijnintensiteit en activiteit van kinderen en adolescenten in vergelijking met een wachtlijstcontrolegroep. Deze effecten bleven behouden tijdens de follow-up na drie maanden. Bij de online therapie bleek eveneens sprake van een grotere significante vermindering van pijn dan bij de wachtlijstcontrolegroep. Er werden geen significante groepsverschillen gevonden op bescherming door de ouders en op depressieve symptomen bij het kind.

Hicks, Von Baeyer en McGrath (2006) keken naar de effecten van een online cognitief-gedragstherapeutische behandeling voor terugkerende pijn bij jeugdigen van 9 tot 16 jaar (N=47). De behandeling bestond uit een online toegankelijke handleiding voor kinderen en ouders, waarin ontspanningstechnieken, cognitieve technieken, psycho-educatie en het belang van een gezonde leefstijl centraal stonden. Deze werd aangevuld met wekelijks telefonisch of mailcontact met de therapeut. De behandeling duurde zeven weken. Een maand en drie maanden na de behandeling bleek 71 procent en 72 procent van de behandelgroep significante afnamen in pijn te rapporteren, tegenover 19 procent en 14 procent van de controlegroep, die 'care-as-usual' kreeg. Op kwaliteit van leven werden geen verschillen gevonden.

Overgewicht

Jones, Luce, Osborne, Taylor, Cunning, Doyle, Wilfley & Taylor (2008) verrichtten een RCT naar een online interventie voor het terugdringen van compulsief overeten ('binge eating') en overgewicht bij adolescenten. De adolescenten (N=105) werden gerandomiseerd over de online interventie of een wachtlijstcontrolegroep. De interventie duurde zestien weken, was semigestructureerd en maakte gebruik van cognitief-gedragstherapeutische technieken. Na negen maanden vond een follow-up plaats. De onderzoekers vonden een middelmatig effect op gewichtsverlies en gewichtsbehoud en

een groot effect op 'binge eating'. De behandeltrouw bleek slecht; de meerderheid van de jongeren deed minder dan acht weken mee aan het programma.

Ook Doyle, Goldschmidt, Huang, Winzelberg, Taylor & Wilfley (2008) verrichtten een RCT naar (wat lijkt) hetzelfde cognitief gedragstherapeutisch programma voor jongeren (N=80) met overgewicht. De controlegroep bestond uit 'care-as-usual' plus basisinformatie over voeding en beweging. De onderzoekers vonden een bescheiden afname in overgewicht. Tijdens de follow-up na vier maanden werd geen significant verschil meer gevonden tussen de interventiegroep en de controlegroep. Ook deze onderzoekers merken op dat de behandeltrouw laag was.

Eetproblemen

Heinicke et al (2007) onderzochten een interventie (My Body, My Life) gericht op adolescente meisjes met eetproblemen en problemen met lichaamsbeeld. Zes wekelijkse, synchrone online sessies en werd begeleid door een therapeut en een handleiding. 73 meisjes namen deel en werden gerandomiseerd over interventiegroep of wachtlijstcontrolegroep. Er werden verbeteringen in ontevredenheid met lichaam, verstoord eten en depressie na de interventie en follow-up gevonden.

Middelengebruik

Newton, Teesson, Vogl et al (2010) onderzochten de effecten van een universeel online interactief preventieprogramma op school gericht op alcohol- en cannabisgebruik. Er werd een cluster gerandomiseerde gecontroleerde studie uitgevoerd om de effectiviteit vast te stellen. 764 leerlingen van 13 jaar van 10 Australische middelbare scholen werden random verdeeld over het online programma of hun gebruikelijke lessen over gezondheid. Na 12 maanden lieten leerlingen in de interventiegroep significant meer verbeteringen in kennis over alcohol en cannabis zien en een vermindering in gemiddeld wekelijkse alcoholconsumptie en een vermindering in mate waarin teveel gedronken wordt. Er werden geen verschillen tussen groepen gevonden op alcoholverwachtingen, attitudes ten opzichte van cannabis of alcohol en cannabis-gerelateerde harms.

Depressie en angst

Voorhees, Vanderplough-Booth, Fogel, Gladstone, Bell, Stuart (2008) vergeleken in hun RCT de effecten van twee versies van een online gedragsmatig depressiepreventieprogramma (CATCH-IT) voor adolescenten (N=84). De ene interventie bestond uit kort advies plus een online programma, de andere interventie bestond uit een motiverend interview plus een online programma. Het online programma bestond uit 14 modules gebaseerd op gedragsmatige activering, cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en weerbaarheid. Beide programma's hadden positieve effecten op depressieve stemming, sociale steun en beperkingen op school die gerelateerd waren aan de depressie.

Calear et al. (2009) onderzochten of een online cognitief gedragstherapeutisch programma (MoodGYM) op school de ontwikkeling van angst- en depressieve symptomen bij jongeren van 13 tot 17 jaar kan voorkomen. MoodGYM is een volledig geautomatiseerd programma dat bestaat uit vijf interactieve modules. Het programma is gericht op het veranderen van gedachten en overtuigingen, het verbeteren van het zelfvertrouwen en van interpersoonlijke relaties, en het aanleren van verschillende levensvaardigheden. Eerdere studies op twee privéscholen lieten al zien dat het programma kon leiden tot een afname van depressieve symptomen (O'Kearney, Gibson, Christensen, & Griffiths, 2006; O'Kearney, Kang, Christensen, & Griffiths, 2009). Calear et al. Voerden hun RCT uit op dertig scholen in Australië. Er namen 1477 leerlingen aan deel, waarvan er 563 werden

toegekend aan de interventieconditie en 914 aan de wachtlijstcontrole conditie. Na de interventie en na zes maanden hadden deelnemers aan het programma significant minder angst dan participanten in de wachtlijst controleconditie, ook al was het effect klein. De effecten op depressieve symptomen waren minder duidelijk: bij jongens waren er significante afnamen in symptomen, bij meisjes niet. De uitval was vrij groot: slechts een derde van de leerlingen rondde alle modules van het programma af. De positieve resultaten suggereren dat het mogelijk niet noodzakelijk is om alle modules af te ronden om baat bij het programma te hebben.

March, Spence & Donovan (2009) keken naar de effecten van online cognitieve gedragstherapie met minimale therapeutische ondersteuning (het BRAVE Program) voor kinderen met een angststoornis van 7 tot 12 jaar (N=73). De behandeling werd gebaseerd op een face-to-face cognitief gedragstherapeutische behandeling voor kinderen met een angststoornis. Dit face-to-face programma is in eerder onderzoek effectief gebleken. De online interventie bestaat uit tien wekelijkse sessies voor het kind en zes wekelijkse sessies voor de ouders. Na een maand en na drie maanden worden zogenaamde 'booster sessies' gehouden om de effecten te bestendigen. Er is wekelijks online contact met de therapeut aangevuld met twee keer telefooncontact, voorafgaand aan de behandeling en halverwege de behandeling. Na afloop van de behandeling lieten de kinderen kleine, maar significant grotere, afnamen zien op angstsymptomen dan kinderen in de wachtlijstcontrolegroep. Ook was hun algemene functioneren beter. Tijdens de follow-up na zes maanden bleken de effecten versterkt – hoewel die daarbij niet meer werden vergeleken met een controlegroep. Er was echter wel sprake van een slechte behandeltrouw. Bij de nameting had slechts 60 procent van de ouders en 33,3 procent van de kinderen alle behandelingsessies voltooid.

Vrij recent verscheen een RCT naar het BRAVE programma (Spence et al, 2011). In deze studie werd het online programma vergeleken met een face-to-face variant bij adolescenten met een angststoornis. 115 adolescenten en hun ouders namen deel. Vergeleken met de wachtlijstcontrolegroep was er zowel bij de adolescenten uit de online groep als bij de adolescenten uit de face-to-face behandeling sprake van een grotere afname in angst. Tijdens de follow-ups na 6 en 12 maanden bleven deze verbeteringen behouden. Wat wel opviel was dat adolescenten die de therapie online volgden na afloop minder vaak alle 10 sessies hadden afgerond dan adolescenten die de face-to-face behandeling kregen. De effecten die gevonden worden vallen lager uit dan gebruikelijk is binnen studies naar cognitieve gedragstherapie (dat geldt voor zowel de online als de face-to-face behandeling). Een significant deel van de jongeren (in beide condities) had bovendien toch nog minstens 1 klinisch significant angstprobleem bij de follow-up na 12 maanden. Zowel de online therapie als de face-to-face behandeling werden goed beoordeeld, maar ouders beoordeelden de face-to-face behandeling net iets beter.

Gedragsproblemen

Enebrink et al (2012) onderzochten de effecten van een online oudertrainingprogramma voor kinderen (3-12 jaar) met gedragsproblemen. De training is gebaseerd op de sociale leertheorie en cognitieve gedragstherapie en bestaat uit 7 individuele sessies. Ouders leren daarbinnen strategieën om beter om te gaan met en te reageren op het problematisch gedrag van het kind en zo de ouder-kind relatie te verbeteren. Ouders van 104 kinderen werden gerandomiseerd over de online oudertraining of wachtlijstcontrole. Na de behandeling rapporteerden ouders van kinderen die de interventie hadden gekregen een grotere afname in gedragsproblemen vergeleken met ouders van kinderen van de wachtlijst. Ouders in de interventiegroep rapporteerden bovendien minder gebruik

van harde en inconsistente disciplineren na de behandeling en meer positieve beloning. Na 6 maanden bleven de effecten op gedragsproblemen behouden.

4.2 Nationale studies

In Nederland bestaat inmiddels ook een uitgebreid aanbod van online hulp. Het grootste deel daarvan richt zich op jongeren. Voor kinderen zijn er nog maar weinig online interventies beschikbaar (Nikken, 2007). Een aantal interventies is onderzocht in evaluatieonderzoek. RCT's zijn nog nauwelijks verricht, maar op dit moment lopen er wel een aantal, bijvoorbeeld een RCT naar Praten Online, een behandelprogramma voor jongeren van 12 tot 22 jaar met depressieve klachten. Ditzelfde geldt voor een RCT naar de interventie allesondercontrole.nu voor jongeren met angst- en depressieve klachten (Hoek, Schuurmans, Koot & Cuijpers, 2009). Daarnaast wordt op dit moment een studie verricht naar de effectiviteit van een aangepaste versie van de bestaande online interventie 'Fobiënondercontrole.nu' voor adolescenten met een verhoogd risico op een sociale angststoornis.

Hieronder volgt een overzicht van onderzoek dat vooralsnog in Nederland is verricht naar online hulpverlening.

Psychische problemen en stoornissen

Gripopjedip online is een interventie voor adolescenten (16 tot 25 jaar) met depressieve klachten en is erkend door de Erkenningcommissie Interventies. De website bevat ondermeer informatie over jong en depressief zijn, een e-mailservice voor individuele ondersteuning door een professional en een begeleidde cognitieve gedragstherapeutische groepscursus. Deze groepscursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten in een beveiligde chatbox. Naar de cursus zijn twee pilotonderzoeken en een vervolgonderzoek met voor- en nameting verricht. De jongeren die hadden deelgenomen rapporteerden een significante afname van depressieve symptomen (Van der Zanden, Conijn, Visscher & Gerrits, 2005; Gerrits, Van der Zanden, Visscher & Conijn, 2007). De anonimiteit van de cursus werd zeer gewaardeerd. Een knelpunt was dat twee derde van de jongeren vier sessies of meer volgden, maar dat slechts een vijfde van de jongeren alle sessies volgde. Ook bleek een groot deel van de jongeren ernstige klachten te hebben, die zouden kunnen duiden op een klinische depressie. Slechts een minderheid van de deelnemers had lichte depressieklachten terwijl juist deze jongeren de beoogde doelgroep vormen (Van der Linden & Van der Zanden, 2009).

Inmiddels heeft gripopjedip een aantal ontwikkelingen doorgemaakt met als doel het bezoekersaantal en de aanmeldingen voor de cursus en de e-mailservice te vergroten. Zo is de website recentelijk vernieuwd. Cursisten hebben in de nieuwe versie een eigen plek waar zij onder andere huiswerk online kunnen maken, een stemmingsmeter in kunnen vullen en hun dappere daden kunnen vastleggen. Ook is er een GripopjeDip-iPhone-applicatie. Er is grootschalig effectonderzoek naar Gripopjediponline gedaan. De eerste resultaten laten zien dat bij jongeren die de online cursus volgen, sprake is van afname van depressieve klachten en een toename van het gevoel grip te hebben op hun leven. De resultaten worden binnenkort gepubliceerd. Meer informatie over Gripopjedip online is te vinden onder het kopje 'Interventies' in het themadossier [Online hulp](#).

Kopstoring.nl is een interactieve website voor kinderen (16 tot 25 jaar) van ouders met psychische problemen of een verslaving. De site bevat informatiepagina's, een forum, e-mailservice en een

begeleide groepscursus in een chatbox. Naar de interventie is een procesevaluatie verricht waaruit onder andere bleek dat jongeren de anonimiteit van de cursus waardeerden, evenals de mogelijkheid om de cursus thuis te kunnen volgen. Bij de jongeren die hadden deelgenomen bleek parentificatie, waarbij het kind de ouderrol overneemt, te zijn afgenomen. De relatie tussen de jongeren en de ouder was verbeterd en de jongeren bleken beter in staat om te gaan met het gedrag van de ouder. Ook was er sprake van een afname van negatieve gevoelens over de situatie thuis (van der Zanden & van der Linden, 2007). Een studie naar de kosteneffectiviteit van Kopstoring.nl is op dit moment bezig. De resultaten worden in 2013 verwacht (Woolderink, Smit, van der Zanden, Beecham, Knapp, Paulus & Evers, 2010).

Survivalkid.nl is gericht op jongeren van 12 tot 24 jaar die een gezinslid hebben met psychische problemen of een verslaving. Deze groep jongeren, die zelf een verhoogd risico lopen op psychische problemen, blijkt tot nu toe moeilijk bereikbaar te zijn. Met een elektronisch zorgaanbod hopen de ontwikkelaars deze groep wel te kunnen bereiken. De site, waarvoor de doelgroep een inlogcode krijgt, bevat verschillende elementen volgens een 'stepped care' model. Deze elementen zijn onder andere: psycho-educatie (informatie en praktijkverhalen), een zelftest en een chatbox (mogelijkheid met een hulpverlener te chatten). Evaluatieonderzoek laat zien dat de website lijkt te helpen bij problemen die samengaan met het leven met een gezinslid met psychische problemen. Belangrijke redenen voor jongeren om de website te bezoeken zijn onder meer het zoeken van contact met lotgenoten, het hart luchten en het chatten. Voor een aantal jongeren is het een voordeel dat zij de site kunnen bezoeken zonder dat hun ouders dit weten (Drost, Sytma, Windmeijer, Witteman & Schippers, 2009). Inmiddels is ook een website beschikbaar voor jongeren die te maken hebben met een gezinslid met forensische problematiek – SurvivalkidXL.

Kopopouders online is een interventie voor ouders en partners van ouders met psychische problemen of een verslaving met minimaal één kind in de leeftijd van 1 tot 18 jaar. De cursus is gericht op het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van de kinderen door de opvoedcompetentie van de ouders te vergroten. Kopopouders online is erkend door de Erkenningscommissie Interventies.

Evaluatieonderzoek liet zien dat na afronding van de cursus er sprake was van een significante afname van permissief of overreagerend opvoedgedrag. Ouders voelden zich significant minder incompetent en meer competente opvoeders. Er was sprake van een afname van hyperactiviteit en probleemgedrag – totaalscore van de SDQ - bij het kind. Er werd geen verandering waargenomen in door ouders gerapporteerde emotionele problemen bij het kind (Speetjens, 2010, van der Zanden et al., 2010). Het gegeven dat de opvoedproblemen van twee derde van de ouders in het klinische gebied zaten maar de problemen van twee derde van de kinderen in het niet- klinische gebied, suggereert dat Kopopouders online de doelgroep in een vroegtijdig stadium bereikt. Meer informatie over Kopopouders online is te vinden onder het kopje 'Interventies' in het themadossier [Online hulp](#).

Overgewicht

De preventieve interventie VETisnietVET biedt online advies-op-maat en is gericht het voorkomen van overgewicht bij adolescenten. De website kan gebruikt worden tijdens de schoolles (biologie, mens en verzorging). De 8 modules van de interventie gaan in op de energiebalans, voedingsgedrag (gesuikerde dranken, snacks, groente, fruit en volkorenbrood), bewegen (sporten, transport naar school en bewegen na schooltijd) en sedentair gedrag (televisie kijken en computeren). In iedere module worden een aantal vragen gesteld aan de leerling en het programma geeft vervolgens een

advies-op-maat over bijvoorbeeld de hoeveelheid fris die wordt gedronken: is dit teveel, hoeveel zou eventueel beter zijn, wat zijn alternatieven, hoe pak je het aan om minder fris te gaan drinken en hoe vraag je hulp aan je vrienden?

De interventie is in een cluster-randomized trial onderzocht op 20 scholen, onder 883 leerlingen van 12- 14 jaar (Ezendam, Brug & Oenema, 2012). Er vonden verschillende metingen plaats: aan de start van de interventie, 4 maanden na afloop en na 2 jaar. Daarbij werd onder meer gekeken naar het beweeg- en voedingsgedrag van de leerlingen, naar de BMI en naar hun conditie. Op de korte termijn had het programma wat positieve effecten op voedingsgedrag, maar er werden geen effecten gevonden op BMI, middelomtrek en sedentair gedrag. Op deelname aan sport werd zelfs een ongunstig effect gevonden.

YouRAction is een web-based advies-op-maat programma gericht op het bevorderen van beweging bij jongeren uit de eerste klas van het voortgezet onderwijs. In een cluster-randomized trial werden de effecten van het programma onderzocht (Prins, Brug, van Empelen & Oenema, 2012). Schoolklassen werden daartoe toegewezen aan 1 van de drie condities: YouRAction, YouRAction + e of een controlegroep.

In het YouRAction programma krijgen jongeren inzicht in hun eigen beweeggedrag, dat wordt vergeleken met de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen (NNGB) en het beweeggedrag van andere jongens/meisjes van hun leeftijd. Zo kunnen jongeren goed geïnformeerd kiezen aan welke subgedraging (actief transport, activiteit in de vrije tijd of sport) ze willen werken. YouRAction inventariseert hoe jongeren over deze subgedraging denken en indien nodig worden ze verder gemotiveerd. Daarnaast kunnen jongeren aangeven welke barrières er voor hen zijn om meer te gaan bewegen. Hierop speelt YouRAction in met behulp van opdrachten, filmpjes en strips. Via een speciale module wordt vervolgens een doel om meer te bewegen gesteld en een plan gemaakt om dit doel te bereiken.

Een aanvullend element in de YoURAction + e conditie is dat jongeren, met behulp van GoogleMaps, bewust worden gemaakt van mogelijkheden in hun eigen buurt om actief te zijn.

De controleconditie bood algemene informatie over gezond gedrag.

Metingen werden verricht voor de start van het programma, 1 maand na afloop en 6 maanden na afloop. Een van de gestelde doelen was dat – na afloop van de interventie - in de interventiecondities het naleven van de Norm voor Gezond Bewegen 10% hoger was dan in de controleconditie. De studie wees echter uit dat de twee interventiecondities niet effectiever waren dan de controleconditie m.b.t. de Norm voor Gezond Bewegen, middelomtrek en overgewicht. Bij niet-westerse adolescenten werden zelfs wat negatieve effecten gevonden op de Norm voor Gezond Bewegen, hoewel de gegevens te beperkt zijn om daar conclusies aan te verbinden.

Diverse problemen

De website Hulpmix.nl biedt online hulp aan jongeren van 12 tot 20 jaar met een multiculturele achtergrond. De site bestaat uit een passief en een actief deel. In het passieve deel wordt informatie en advies gegeven over thema's als gevoel, familie, vrienden en relaties, geweld, lichaam, seksualiteit, verslaving en school, werk en geld. In het actieve deel zijn mogelijkheden om reacties achter te laten op het forum en om te chatten of te mailen met hulpverleners. Bijna alle hulpverleners hebben een multiculturele achtergrond. Er is een evaluatieonderzoek naar de interventie verricht. Daaruit blijkt dat de gewenste doelgroep voor een groot deel wordt bereikt. De site wordt vooral gebruikt door Marokkaanse meisjes. Van de jongeren beoordeelt 94 procent de site positief, voelt 87 procent zich begrepen en vindt 82 procent dat zij (redelijk) goed geholpen zijn. Jongeren lijken het vooral fijn te

vinden dat zij hun verhaal kunnen doen en anoniem advies kunnen krijgen van ervaren mensen. Ook de hulpverleners beoordelen de site over het algemeen positief. Enkele hulpverleners vinden het een nadeel dat het niet mogelijk is om de jongeren langdurige begeleiding te bieden. Ook missen hulpverleners soms de gezichtuitdrukkingen en vinden zij het jammer dat zij niet weten hoe het afloopt met een jongere (Berends & Verdonk, 2009). De interventie hulpmix.nl is erkend door de Erkenningscommissie Interventies. Meer informatie over deze interventie is te vinden onder het kopje 'Interventies' in het themadossier [Online hulp](#).

Fukkink (2008) verrichtte een evaluatieonderzoek naar "SHare In Trust" (www.shit.nl). In dit project voeren jongeren (16 tot 23 jaar) na het volgen van een korte training en met supervisie één-op-één-chatgesprekken met andere jongeren over diverse sociaal-emotionele problemen. De 'peer'-vrijwilligers hebben een leidende rol in de gesprekken, vergelijkbaar met de rol van een vrijwilliger die bij de Kindertelefoon gesprekken voert. De vrijwilligers worden – net als bij de Kindertelefoon en de interventie Hulpmix.nl - getraind in het hanteren van een gespreksmodel waarin vijf fases worden onderscheiden: contact maken, het verhelderen van het verhaal van de jongere, het doel van het gesprek bepalen, het doel van het gesprek uitwerken en ten slotte de afronding. De hulp die de 'peers' bij de chat bieden, blijkt bij te dragen aan het welbevinden van de jongeren, de ervaren ernst van het besproken probleem te verminderen en de ervaren stress van de jongeren te reduceren.

Fukkink & Hermanns (2007) verrichtten een vergelijkend onderzoek naar chat- en telefonische ondersteuning bij de Kindertelefoon. Sinds 2003 kunnen kinderen namelijk naast bellen ook chatten met de Kindertelefoon. Bij 902 kinderen werden de kwaliteit en resultaten van de ondersteuning onderzocht. De studie wijst uit dat kinderen zich beter voelen na een gesprek met de Kindertelefoon, zowel bij chat als telefoon. Hun welbevinden is hoger en de ervaren ernst van de vraag of het probleem is verlicht. De ondersteuning via de chat onderscheidt zich in positieve zin van die via de telefoon. Een maand na het contact met de Kindertelefoon blijkt dat kinderen zich over het algemeen redelijk goed voelen en dat de ervaren ernst van het probleem is afgenomen. Er is ook een groep kinderen die niet goed in hun vel zitten. Deze probleemgroep is groter bij de chat en de problematiek is hier vaak ernstiger. Veel kinderen kiezen er bewust voor om hun problemen te bespreken bij de chat, omdat deze het mogelijk maakt in stilte privacygevoelige onderwerpen te bespreken met iemand. Kinderen geven verder aan dat het chatten hun meer tijd geeft om na te denken over wat ze willen zeggen en te begrijpen wat de ander bedoelt. Verder vinden sommige kinderen het prettig dat de helpende vrijwilliger 'een beetje op afstand' blijft. De kwaliteit van de gesprekken die de Kindertelefoonvrijwilligers voeren met de kinderen, is volgens een jury van volwassen beoordelaars en de kinderen goed. Ook hier geldt dat de chatgesprekken in gunstige zin afsteken bij de telefoongesprekken, al worden beide wel positief geëvalueerd. Met name het bieden van een oplossing en het serieus nemen van het kind blijken belangrijk in een gesprek, omdat deze samenhangen met een beter gevoel van het kind na afloop.

Seksueel geweld

De Haas et al. (2009) deden een pilot naar een online behandeling voor slachtoffers van seksueel geweld (14 tot en met 18 jaar). In de studie werd gekeken of de behandeling een middel kan zijn om jongeren met een seksueel trauma effectief te behandelen. Jongeren konden zich aanmelden op de website www.interapy.nl. Daarna kregen zij toegang tot een beveiligde website. Op basis van online screeningsvragenlijsten en soms een aanvullend telefonisch intakegesprek werd bepaald of een jongere in aanmerking kwam voor behandeling. De jongeren die deelnamen moesten een

ondertekend informed consent-formulier opsturen. Van jongeren onder de 18 jaar moesten eveneens beide ouders zo'n formulier invullen, volgens de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek (MWO). Deze wet schrijft voor dat jongeren onder de 18 jaar aan onderzoek mogen deelnemen als beide ouders daarvoor schriftelijk toestemming geven. De behandeling duurde negen tot zestien weken, had de vorm van schrijftherapie en bestond uit drie hoofdinterventies: exposure, cognitieve herstructurering en social sharing. Elke jongere had een persoonlijke behandelaar die de schrijfopdrachten las. Opdrachten werden aangepast aan de specifieke situatie van de jongere. Daarnaast was veel aandacht voor de therapeutische alliantie en het motiveren van de cliënt. Negentig jongeren begonnen met de screening, 28 jongeren maakten de screeningsvragenlijsten niet af. Achttien aanmelders wilden na de screening niet deelnemen aan de telefonische intake. Ze durfden niet te praten over de schokkende ervaring of vonden het niet anoniem genoeg. Dertig jongeren vielen af op grond van de exclusiecriteria. Uiteindelijk werden veertien deelnemers geïncludeerd, waarvan zich nog zes terugtrokken. Acht jongeren, allemaal meisjes, startten met de behandeling. Zeven cliënten rondden de behandeling af. De cliënten hadden na de behandeling gemiddeld minder last van herbeleving, vermijding, prikkelbaarheid, en niet-specifieke traumaklachten. Ook de angstige en depressieve gevoelens namen af. Zowel de cliënten als de behandelaars beoordeelden de behandeling positief. De onderzoekers concluderen dat het moeilijk is de doelgroep te bereiken. Veel jongeren haken af als ze merken dat ze toestemming van hun ouders nodig hebben.

Lange en Ruwaard (2010) hebben een vervolgstudie naar deze interventie verricht. Zij wilden de effecten van de online behandeling bevestigen in een gecontroleerde studie en kijken wat de effecten zijn van maatregelen om de uitval te verminderen. De behandeling (die 8 weken duurde in deze studie) werd daartoe vergeleken met een 8 weken durende aandachtsplacebo. Er werden een aantal maatregelen getroffen om de uitval (voor aanvang van de interventie) te verminderen. Zo werd het onderzoeksdesign aangepast, met als resultaat dat ouderlijke toestemming alleen nog verplicht was voor deelnemers onder de 16 jaar en niet meer voor deelnemers van 16 t/m 18 jaar. Dit maakt de drempel voor deze laatste doelgroep mogelijk lager. Ook werd de leeftijdsgrens verhoogd van 18 naar 25 jaar. Daarnaast konden participanten kiezen om geen telefonische intake, maar een intake via de chat te doen. De maatregelen leidden tot wat minder uitval voorafgaand aan de behandeling, maar deze bleef nog steeds hoog (77% tegenover 90% in de vorige studie). Uiteindelijk waren er 24 deelnemers. De uitval tijdens de behandeling was laag (4 van de 24 participanten vielen uit) en deelnemers uit de behandelconditie gingen meer vooruit dan deelnemers uit de placeboconditie. Er waren afnames in posttraumatische stress symptomen en depressieve symptomen. Ook was er een afname in de mate waarin symptomen het functioneren verstoorden en een toename van de mate waarin de deelnemers in de afgelopen week goed konden omgaan met hun symptomen. De modules werden over het algemeen goed gewaardeerd.

Middelengebruik

Spijkerman, Roek, Vermulst, Lemmers, Huiberts, & Engels (2010) onderzochten de effectiviteit van een kortdurende online interventie gericht op alcoholgebruik bij minderjarigen. De interventie bestond uit twee delen: een vragenlijst over drinkpatronen, drinkmotieven en gezondheidsrisico en gepersonaliseerde feedback op de antwoorden uit de vragenlijst met daarbij advies over matig drinken. Het advies voor jongvolwassenen (18-20) was: mannen maximaal 2 alcoholische dranken per dag en vrouwen 1 alcoholische drank per dag. Adolescenten onder de 16 jaar werd geadviseerd zich te onthouden van alcoholgebruik. Adolescenten tussen de 16 en 17 jaar werd ook geadviseerd om

zich te onthouden van alcohol. Als zij toch alcohol dronken, werd hun geadviseerd om matig te drinken (niet meer dan 1 of 2 drankjes per gelegenheid). Ook keken de onderzoekers of het toevoegen van normatieve feedback de effectiviteit verbeterde. 575 jongeren werden gerandomiseerd over een interventieconditie zonder normatieve feedback, een interventieconditie met normatieve feedback en een controlegroep. Het alcoholgebruik werd gemeten voorafgaand aan de interventie, 1 maand na de interventie en 3 maanden na de interventie.

De studie laat zien dat blootstelling aan de online interventie leidt tot een afname in wekelijks drinken onder 15-20 jarige binge drinkers, maar niet leidt tot meer matig drinken in de totale steekproef. Bij de interventiegroep waarin de online interventie werd gecombineerd met normatieve feedback, werd alleen een afname in wekelijks drinken gezien 1 maand na de interventie.

De interventie-effecten waren vrijwel alleen bij jongens zichtbaar (minder wekelijks alcoholgebruik en meer matig drinkgedrag). Op meisjes had de interventie geen effecten, en er werd zelfs een klein negatief effect gevonden voor de interventie zonder normatieve feedback (op de follow-up na 1 maand). Meisjes die de interventie zonder normatieve feedback kregen dronken minder vaak matig en lieten een toename in wekelijks drinken zien.

Dijk & de Vries (2009) onderzochten de interventie Smoke Alert, een online advies-op-maat programma voor alle jongeren tussen de 14 en 18 jaar. Het programma wil voorkomen dat niet-rokende jongeren beginnen met roken én biedt hulp aan rokende jongeren om te stoppen met roken. De interventie bestaat uit een vragenlijst en een persoonlijk advies dat is afgestemd op de specifieke situatie van de gebruiker. Uit de RCT blijkt dat jongeren die het digitaal advies-op-maat ontvingen, vaker stopten met roken dan de jongeren die geen advies-op-maat kregen. Ook bleek dat minder jongeren begonnen met roken wanneer zij het digitaal advies-op-maat kregen, dan in de controlegroep. De interventie Smoke Alert is erkend door de Erkeningscommissie Interventies. Meer informatie over deze interventie is te vinden onder het kopje 'Interventies' in het themadossier [Online hulp](#).

5. Theoretische onderbouwing van online hulp

Verschillende auteurs, onder wie Stinson et al. (2009) en Murray et al. (2005) noemen het belang van een betere theoretische inbedding van online interventies. Ook Nikken (2007) refereert hier aan. Hij vond ruim vijftig Nederlandse online hulpsites voor jongeren met psychische problemen. Zelden werd een onderbouwing gegeven waarin werd aangegeven of de geboden hulp tot een oplossing zou leiden, wat het tijdsbestek was voor de hulpverlening, en volgens welke methodiek of theorie werd gewerkt. Ook werd zelden een onderbouwd protocol gebruikt.

Omdat er duidelijke verschillen zijn tussen face-to-face behandeling en online behandeling. Zijn er ook andere theoretische modellen nodig over hoe deze interventies kunnen werken. Ritterband, Thorndike, Cox, Kovatchev & Gonder-Frederick (2009) hebben hiertoe een aanzet gedaan. Zij ontwikkelden een overkoepelend model (zie pagina 14) dat gedragsverandering door online interventies kan verklaren.

Volgens het model hebben gebruikers die deelnemen aan een online interventie verschillende kenmerken. Deze kenmerken worden beïnvloed door omgevingsfactoren. De gebruikerskenmerken op hun beurt zijn dan van invloed op het websitegebruik. Het websitegebruik wordt ook beïnvloed

door kenmerken van de website zelf, behandeltrouw en de mate van ondersteuning die geboden wordt. Het model voorspelt dat websitegebruik via verschillende mechanismen leidt tot gedragsverandering en dat gedragsverandering weer leidt tot symptoomverbetering. Het behandel succes wordt vastgehouden door terugvalpreventie.

Het model van Ritterband et al. (2009), p. 20

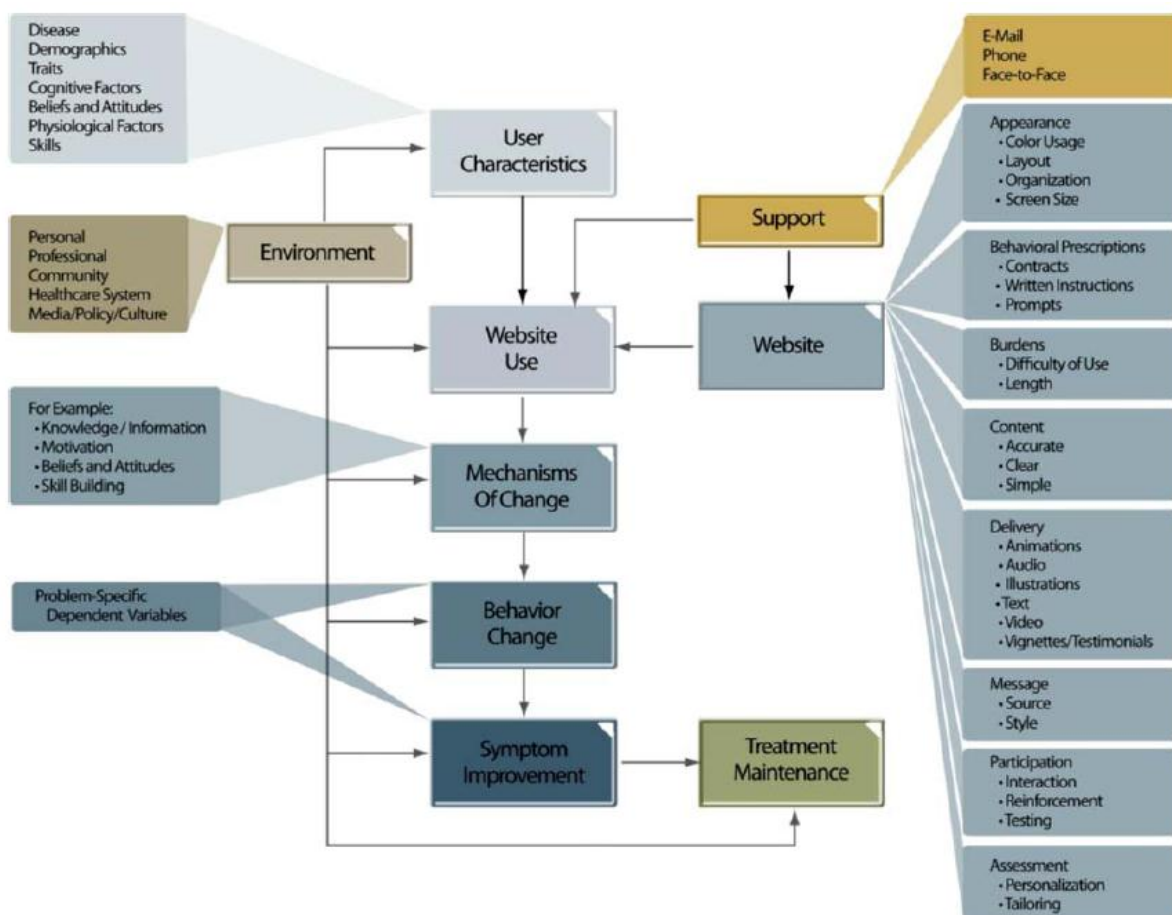


Fig. 1 Model of Internet interventions

Gebruikerskenmerken (user characteristics)

De gebruiker van een online interventie heeft verschillende kenmerken. Sommige van die kenmerken, zoals geslacht, staan vast. Andere kenmerken, zoals cognitieve factoren, overtuigingen en vaardigheden, zijn veranderbaar. De gebruikerskenmerken kunnen dienen als voorspellende variabelen of gebruikt worden om veranderingen teweeg te brengen. Er zijn zeven gebruikerskenmerken opgenomen in dit model: ziekte/probleem, demografie (leeftijd, geslacht, SES), karaktertrekken (persoonlijkheid, temperament, intelligentie), cognitieve factoren (o.a. cognitieve stijl, informatieverwerking, ontwikkelingsstadium, doel stellen en nastreven, beslissingen nemen, kennis), overtuigingen en attitudes (bijvoorbeeld motivatie, bereidheid tot verandering, intenties, behandelverwachtingen), fysiologische factoren en vaardigheden (waaronder computervaardigheden).

Omgeving (environment)

De omgeving van de gebruiker kan ondersteuning bieden of juist tegenwerken bij het volgen van een online interventie. Zo wordt het gebruik van een website bijvoorbeeld beïnvloed door omgevingsfactoren als toegankelijkheid van internet of de mate van ondersteuning door gezinsleden. Gedragsverandering wordt ook beïnvloed door omgevingsfactoren. Door positieve of negatieve bekrachtiging worden gedragingen gevormd.

Website

De website heeft kenmerken als uitstraling, gebruiksgemak, juistheid en duidelijkheid van de aangeboden informatie, de manier waarop informatie wordt overgebracht – via tekst, animaties, audio, illustraties, video en dergelijke -, de interactiviteit van de website, en de mate waarin een interventie is toegesneden op de individuele behoeften van de gebruiker. Inmiddels is er wat onderzoek gedaan dat uitwijst dat een aantal van deze elementen belangrijk zijn. In de volgende paragraaf wordt hier nader op ingegaan.

Websitegebruik (website use)

Het websitegebruik wordt beïnvloed door gebruikerskenmerken, omgevingsfactoren, de daadwerkelijke website en de ondersteuning die geboden wordt. Een individu dat voldoende gemotiveerd is voor het volgen van een online interventie en daarin wordt ondersteund door zijn omgeving zal sneller aan de interventie deelnemen dan individuen die dit niet hebben. Als de interventie er vervolgens aantrekkelijk uitziet en wordt aangevuld met ondersteuning door de therapeut, zal dit de kans nog meer vergroten dat de persoon de interventie gaat gebruiken en bovendien afrondt.

Ondersteuning (support)

Er bestaat onderzoek dat laat zien dat ondersteuning door een therapeut een positief effect heeft op behandeltrouw en bovendien op symptoomvermindering bij verschillende stoornissen. Dit is echter niet altijd het geval. Meer onderzoek is nodig om te bepalen wat voor soort ondersteuning effectief is voor welke behandeling. Daarbij moet ook gekeken worden naar kosteneffectiviteit: weegt het effect van het opnemen van ondersteuning op tegen de extra tijd en kosten die het met zich meebrengt?

Mechanismen van verandering (mechanisms of change)

Voorbeelden van verandermechanismen zijn kennis/informatie, motivatie, attitude, overtuigingen, vaardigheidsopbouw cognitieve herstructurering, modellering, zelf-monitoring en gevoelsbeheersing. Het gaat hier eigenlijk om gebruikerskenmerken die veranderbaar zijn en die je met de interventie wilt aanpassen.

Gedragsverandering (behavior change)

Gedragsverandering is over het algemeen noodzakelijk, willen symptomen afnemen. Het is belangrijk dat onderzoekers weten welke gedragingen aangepast moeten worden om zo symptomen te verminderen.

Symptoomverbetering (symptom improvement)

Dit is het doel van de meeste internet interventies. Symptoomverbetering wordt beïnvloed door het veranderen van gedragingen.



Behouden van het resultaat (treatment maintenance)

Uiteindelijk wordt binnen online interventies vaak ook enige vorm van terugvalpreventie aangeboden om ervoor te zorgen dat de winst behouden wordt.

De onderzoekers benadrukken dat het van groot belang is bij de ontwikkeling van online interventies rekening te houden met alle aspecten die in het model genoemd worden. Dit maakt het mogelijk om beter te onderzoeken of online interventies ook daadwerkelijk de gewenste effecten hebben en welke onderdelen deze effecten teweegbrengen.

6. Werkzame ingrediënten

Over de specifieke werkzame ingrediënten van online hulpverlening is nog maar weinig bekend. Zeker onder kinderen en jongeren is daarnaar nog nauwelijks onderzoek verricht. Op basis van enkele studies zijn wat voorzichtige conclusies te trekken.

Andersson, Carlbring, Berger, Almlo & Cuijpers (2009) onderzochten online cognitieve gedragstherapie. Op basis van eigen onderzoek, klinische ervaring en onderzoeksliteratuur doen zij een aantal suggesties voor werkzame factoren binnen online therapie. Online therapie lijkt vooral goed te werken onder de volgende voorwaarden:

- Voorafgaand aan de behandeling is een goede diagnose gesteld. Als een patiënt gediagnosticeerd is en bovendien is gekeken of de patiënt geschikt is voor online behandeling, is de kans veel groter dat een behandelprogramma past bij de specifieke behoeften van de patiënt.
- De behandeling is veelomvattend. Hoe uitgebreider een programma is, des te kleiner de kans dat deze belangrijke onderdelen mist. In het geval van paniekstoornis bleek een meer uitgebreid programma betere resultaten te behalen dan een minder uitgebreid programma (Klein, Richards, & Austin, 2006).
- De behandeling of website is gebruiksvriendelijk en toegankelijk. Technische problemen, slechte leesbaarheid van de website, moeilijke navigaties (veel moeten klikken) kunnen ervoor zorgen dat mensen afhaken. Dit geldt ook voor een gebrekkig gevoel van veiligheid.
- Enige vorm van therapeutische ondersteuning wordt geboden. Effecten van online therapie lijken verbeterd te worden wanneer deze aangevuld wordt met (enige) ondersteuning door een therapeut. Het is niet bekend hoeveel ondersteuning voldoende is. Op basis van een aantal Zweedse studies concluderen Andersson et al. (2009) dat 100 minuten per patiënt voldoende kan zijn voor een programma van tien weken.

Crutzen (2009) deed een systematische review naar de methoden en strategieën die gebruikt worden om online interventies onder de aandacht te brengen van jongeren, omdat het bereik van deze interventies over het algemeen laag is. Hij benadrukt dat online interventies goed kunnen werken bij adolescenten en jongvolwassenen, omdat zij met internet zijn opgegroeid en er waarschijnlijk meer voor open staan. Tegelijkertijd benadrukt hij dat jongeren niet snel gemotiveerd zijn om deel te nemen aan interventies die gericht zijn op het veranderen van gezondheidsgedrag. In de review werden 26 studies betrokken naar 22 interventies op het gebied van roken, seksueel gedrag, alcoholgebruik, fysieke activiteit, voeding, gezondheid/leefstijl en gewichtsverlies. Uit het onderzoek blijkt onder meer dat de jongeren en jongvolwassenen middelmatig tot zelden strategieën als vraag-het-de-expert en discussieplatforms gebruikten. Interventies die meerdere strategieën

combineerden, zoals de combinatie van communicatie-op-maat, het gebruik van reminders om te bezoeken of herbezoeken of uitnodigingen om deel te nemen en het gebruik van beloningen, bleken het meest effectief om ervoor te zorgen dat zij er aan meededen.

Barak et al. (2008) keken in hun review en meta-analyse naar mogelijk relevante moderatoren van de effecten van online psychotherapie. Zij maken daarbij een onderscheid in online zelfhulp – ‘web-based interventions’ - en meer traditionele online hulpverlening – ‘e-therapy’. De eerste wordt uitgevoerd via een gestandaardiseerde website, bij de tweede komt veel meer menselijke communicatie aan bod. Hoewel de twee vormen duidelijk van elkaar verschillen, werden er geen significante verschillen in effecten gevonden. In de door hen bekeken studies vonden Barak et al. (2008) drie verschillende therapeutische aanpakken: cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie (geven van informatie over het probleem aangevuld met instructies over hoe te veranderen) en gedragstherapie. Cognitief gedragstherapeutische interventies bleken het meest effectief. Daarnaast bleek individuele therapie effectiever dan groepstherapie, hoewel maar enkele interventies de vorm van groepstherapie hadden, waardoor ze moeilijk te vergelijken waren. Interactieve sites, waarin het activeren van patiënten centraal staat, hadden betere effecten dan statische websites waarop vooral informatie werd geboden. Daarnaast werden betere effecten gevonden voor gesloten websites – waarbij eerst screening plaatsvindt – dan voor websites die voor iedereen toegankelijk waren. Voor e-therapy werd geen significant verschil gevonden tussen synchrone communicatie tussen therapeut en patiënt – via bijvoorbeeld een chatroom of webcam – en a-synchrone communicatie via mail of forum. Wel bleek communicatie via chat of e-mail effectiever dan communicatie via forum of webcam.

Verschillende online interventies gebruikten naast de behandeling online supplementen, bijvoorbeeld een aanvullende e-mailservice of een aanvullend forum op een aparte website. Deze supplementen waren dus geen onderdeel van de behandeling. Zij bleken geen positieve bijdrage te leveren aan het effect van online hulp. Sommigen verminderden het effect zelfs. Barak et al. (2008) geven aan dat deze veelvoud aan communicatiekanalen met cliënten de aandacht juist kan afleiden van de hulp.

Wantland et al. (2004) vonden dat interventies die binnen de site een chatroom opgenomen hadden, betere effecten op sociale steun lieten zien dan interventies die dit niet hadden. Ook vonden zij dat interventies met een op maat gesneden aanbod langer internetgebruik lieten zien, zowel langere sessietijd als meer sitebezoek. Ook Cuijpers et al. (2008) vonden betere effecten voor sites die toegesneden waren op de behoeften van gebruikers. Zij vonden eveneens betere effecten voor interventies waarin-minimale- ondersteuning door een therapeut was opgenomen.

Neil et al (2009) onderzochten welke factoren de mate van behandeltrouw voorspellen bij een online interventieprogramma (het volledig geautomatiseerde MoodGYM) gericht op depressie en angst bij adolescenten. In deze studie vergeleken zij twee steekproeven. De eerste steekproef bestond uit 1000 leerlingen die op school - in de klas - deelnamen aan het programma. Gedurende 5 weken lang werd er wekelijks tijd ingeruimd voor deelname aan de interventie. Leerkrachten boden aanmoediging, ondersteuning en hulp. De tweede steekproef bestond uit 7207 adolescenten die zelfstandig deelnamen aan MoodGYM via de openbare website.

De onderzoekers voorspelden dat de behandeltrouw groter zou zijn in de klassikale setting, vanwege de ondersteuning door de leerkrachten. Dit bleek inderdaad het geval: adolescenten in de “school-based” setting rondden meer oefeningen af dan de adolescenten uit de “community” steekproef.

Een onverwachte bevinding was dat “community” gebruikers die eenmaal 1 of 2 modules hadden afgerond, wel even vaak het hele interventieprogramma afmaakten als de gebruikers in de klassikale setting. Het lijkt er dus op dat als deze gebruikers voldoende gemotiveerd zijn om meer dan een module af te maken, zij net zo vaak door zullen gaan met het MoodGYM programma als participanten in de klassikale setting.

Deelnemen aan de interventie in een school-based setting (met de extra controle en ondersteuning die daarbij hoort) bleek dus een significante voorspeller van behandeltrouw.

7. Conclusie

Online hulpverlening is een onderzoeksterrein waarop veel gebeurt. Vooral over de effecten van online hulp bij volwassenen is inmiddels een en ander bekend. Vooralsnog zijn er vrijwel geen overzichtsstudies verschenen van onderzoek bij kinderen en jongeren. De verwachting is dat daar snel verandering in komt door het toenemend aantal primaire studies. Ook in Nederland is inmiddels een aantal RCT's naar online hulp bij jeugdigen gestart.

Op basis van de verschillende overzichtsstudies die voornamelijk bij volwassenen zijn verricht en de primaire studies bij jeugdigen kan geconcludeerd worden dat online hulp in ieder geval een veelbelovende aanpak is bij verschillende problemen. Deze problemen variëren van chronische, lichamelijke problemen tot middelengebruik en tot psychische problemen en stoornissen. Gevonden effecten hebben vooral betrekking op vermindering van symptomen en verbeteringen in kennis, gedrag en kwaliteit van leven. Niet altijd worden positieve effecten gevonden; zo bleven de effecten grotendeels uit in twee recente nationale studies naar interventies gericht op het voorkomen van overgewicht. Meer onderzoek is daarom nodig om vast te stellen hoe online interventies precies werken, welke elementen verantwoordelijk zijn voor het effect en welk soort interventie het best bij welke doelgroep ingezet kan worden. Het inbedden van online interventies in een theoretisch model, zoals voorgesteld door Ritterband et al. (2009), is daarbij van groot belang. Ook is er behoefte aan gerandomiseerd onderzoek waarin online interventies worden vergeleken met face-to-face interventies. Het is nog niet bekend hoe deze effecten zich tot elkaar verhouden. Een ander aandachtspunt voor vervolgonderzoek is de hoge uitval en slechte behandeltrouw die in verschillende studies worden waargenomen. Online hulp is laagdrempelig, maar daarmee ook vrijblijvender dan reguliere hulpverlening. Meer onderzoek is nodig om te bepalen waardoor deze uitval ontstaat en hoe deze beter voorkomen kan worden.

Jeugdigen lijken bij uitstek een doelgroep waarvoor online hulp goed ingezet kan worden. Zij zijn opgegroeid met internet en juist de anonimiteit van het online aanbod kan hen aanspreken. Verschillende procesevaluaties laten dit ook zien. Meer onderzoek is nodig om te bepalen hoe het bereik onder jeugdigen vergroot kan worden en welke strategieën nodig zijn om hen ook vast te houden als zij eenmaal met een interventie zijn begonnen.

Al met al zijn de volgende conclusies te trekken:

- Online hulp is een veelbelovende aanpak. Vooral bij volwassenen zijn in diverse overzichtsstudies effecten aangetoond, maar ook bij (met name) jongeren en (in mindere mate) kinderen neemt onderzoek dat positieve resultaten vindt toe.
- Verschillende Nederlandse procesevaluaties hebben positieve resultaten bij jeugdigen gevonden. Vooral de anonimiteit van het online aanbod lijkt te worden gewaardeerd.

- De effecten van online hulp lijken te verbeteren als deze een aantal kenmerken heeft. Het gaat hierbij onder meer om:
 - een gebruiksvriendelijke website;
 - (minimale) therapeutische ondersteuning;
 - een inhoud die afgestemd is op de behoeften van de gebruiker (tailoring);
 - het gebruik van reminders of beloningen;
 - interactiviteit waaronder het gebruik van een chatroom;
 - een website die veilig overkomt;
 - het gebruik van cognitief gedragstherapeutische principes.

8. Bronnen

Andersson G, Bergstrom J, Carlbring P, Lindefors N. (2005). The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18:73-77

Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlo, J. & Cuijpers, P. (2009). What makes internet therapy work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, S1, p. 55–60.

Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38: 4, 196 – 205

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M.G., McEvoy, P., Titov, N. (2010). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 5(10): e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196.

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, 109 – 160.

Bender, J.L., Radhakrishnan, A., Diorio, C., Englesakis, M., Jadad, A.R. (2011). Can pain be managed through the Internet? A systematic review of randomized controlled trials. *Pain*, 152(8):1740-50.

Bennett, G.G. & Glasgow, R.E. (2009). The delivery of public health interventions via the internet: Actualizing their potential. *Annual Review of Public Health*, 30, 273-292.

Benight, C.C., Ruzek, J.I. & Waldrep, E. (2008). Internet interventions for traumatic stress: a review and theoretically based example. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 6, p. 513–520.

Berends, I.E. & Verdonk, M. (2009). *Hulpmix geëvalueerd. Evaluatie van online hulpverlening aan jongeren met een multiculturele achtergrond*. Duivendrecht: PI Research.

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

- Calear, A.L., Christensen, H. (2009). The YouthMood project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 6, 1021-1032.
- Civljak, M., Sheikh, A., Stead, L.F. & Car, J. (2010). Internet-based interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5, 95-105.
- Crutzen, R.M.M. (2009). *Hard to get, hard to keep. Dissemination of and exposure to internet-delivered health behaviour interventions aimed at adolescents*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Cuijpers, P., Straten, A. van & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31: 169-177.
- Dijk, F. & de Vries, H. (2009). Internet-based smoking-cessation aids for young people – practical experience and current evidence. Documentation of a FCHE workshop held in Berlin, 18–19 September 2008. *Research and Practice of Health Promotion*, Vol. 14, 35-46.
- Doyle, A.C., Goldschmidt, A., Huang, C., Winzelberg, A.J., Taylor, C.B. & Wilfley, D.E. (2008). Reduction of overweight and eating disorder symptoms via the Internet in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 43 (2): 172-179.
- Drost, L., Sytema, S., Windmeijer, P., Witteman, J. & Schippers, G. (2009). Survivalkid.nl Eerste ervaringen met internetsteun voor kopp-jongeren. *MGV* (4), 64, 256-272.
- Ezendam, N.P., Brug, J. & Oenema, A. (2012). Evaluation of the Web-based computer-tailored FATaintPHAT intervention to promote energy balance among adolescents: results from a school cluster randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166 (3): 248-255.
- Fukkink, R. & Hermanns, J. (2007). Ervaringen met de Kindertelefoon; Een vergelijking tussen de ondersteuning bij de chat en de telefoon. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut van de Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam.
- Fukkink, R. (2008). *Evaluatie van het SHare In Trust-project*. Amsterdam : SCO-Kohnstamm Instituut van de Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam
- Gerrits, R., Zanden, R. van der, Visscher, R. & Conijn, B. (2007). Mastering your mood: an online preventive intervention in groups of young people with depressive symptoms. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6 (3).
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., Thorogood, M. (2006). Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2): e10.

Griffiths, K.M. & Christensen, H. (2006). Review of randomised controlled trials of internet interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist*, 10(1), 16-29.

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

Haas, S. de, Hoing, M., Schrieken, B., Tsagana, A., Wijnker, C., Michels, C., Kuyper, A. & Lange, A. (2009). Behandeling via het internet voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld. Een pilotstudie. *MGV*, 64 (11), 981 – 997.

Heinicke, B.E., Paxton, S.J., McLean, S.A. en Wertheim, E.H. (2007). Internet-delivered targeted group intervention for body dissatisfaction and disordered eating in adolescent girls: a randomized controlled trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3):379–91.

Hicks, C.L., Baeyer, C.L. von, en McGrath, P.J. (2006). Online psychological treatment for pediatric recurrent pain: a randomized evaluation. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(7), 724-736.

Hirai, M. en Clum, G.A. (2006). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy*, 37 (2), 99-111.

Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H.M. & Cuijpers, P. (2009). Prevention of depression and anxiety in adolescents: a randomized controlled trial testing the efficacy and mechanisms of internet-based self-help problem-solving therapy. *Trials*, 10: 93, p. 1-13.

Hutton, H.E., Wilson, L.M., Apfelberg, B.J., Tang, E.A., Odelola, O., Bass, E.B., Chander, G. (2011). A systematic review of randomized controlled trials: Web-based interventions for smoking cessation among adolescents, college students and adults. *Nicotine & Tobacco Research*, 13 (4), p. 227-238.

Jones, M., Luce, K.H., Osborne, M.I., Taylor, K., Cunning, D., Doyle, A.C., Wilfley, D.E. & Taylor, C.B. (2008). Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. *Pediatrics*, 121: 453-462

Klein, B., Richards, J.C., & Austin, D.W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-38.

Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*, 8(4): e31.

Linden, D. van der & Zanden, R. van der (2009). Gripopjedip online. Een preventieve cursus voor jongeren met depressieklachten. *TSG*, 87 (7), p. 290-293

March, S., Spence, S.H. & Donovan, C.L. (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioural therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology* 34(5) pp. 474–487.

Murray, E., Burns, J., See Tai, S., Lai, R. & Nazareth, I. (2005). Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4.

Newton NC, Teesson M, Vogl LE, et al. Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction* 2010;105(4): 749–59.

Nikken, P. (2007). *Online hulp verdient nog veel aandacht. Een verkenning naar het hulpaanbod voor jongeren in Nederland*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut

Nijland, N., Van Gemert-Pijnen, J.E.W.C, Boer, H., Steehouder, M. & Seydel, E. (2008). Evaluation of Internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (2), e13.

Nooijer, J. de, Oenema, A., Kloek, G., Brug, J., Vries, H. de, & Vries, N. K. de (2005). *Bevordering van gezond gedrag via internet: nu en in de toekomst [Promotion of healthy behavior through the Internet: now and in the future]*. Maastricht: Maastricht University.

O’Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). Effects of a cognitive–behavioural Internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: A schoolbased controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35, 43–54.

O’Kearney, R., Kang, K., Christensen, H., & Griffiths, K. (2009). A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depression in adolescent girls. *Depression and Anxiety*, 26, 65–72.

Palermo, T.M., Wilson, A.C., Peters, M., Lewandowski, A. & Somhegyi, H. (2009). Randomized controlled trial of an internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain*, 146, 205-213.

Peter, J., Valkenburg, P., & Schouten, A. (2006). Characteristics and motives of adolescents talking with strangers on the Internet. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 526-530.

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.

Prins, R.G., Brug, J., Empelen, P. van & Oenema, A. (2012). Effectiveness of YouRAction, an Intervention to Promote Adolescent Physical Activity Using Personal and Environmental Feedback: A Cluster RCT. *PLoS ONE*, 7(3): e32682.

Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J. & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health. High Tech, High Touch, High Trust. Programmeringsstudie E-Mental Health in opdracht van het ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clifton, A. D., West, R. W. & Borowits, S. M. (2003). Internet interventions: in review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice* 34, 527–534
- Ritterband, L.M. & Tate, D.F. (2009). The Science of Internet Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38: 1-3.
- Ritterband, L.M., Thorndike, F.P., Cox, D.J., Kovatchev, B.P. & Gonder-Frederick, L.A. (2009). A Behavior Change Model for Internet Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38: 18-27.
- Saperstein, S.L., Atkinson, N.L. & Gold, R.S. (2007). The impact of internet use for weight loss. *Obesity reviews*, 8, 459-465.
- Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., Gemert, M. van, Hoogenhuyze, C. van, Meijer, E., Kraefft, E., Brenninkmeijer, M. & Postel, M. (2010). *Handboek online hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Siemer, C.P., Fogel, J., Voorhees, B.W. van (2011). Telemental health and web-based applications in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 20(1), p.135-153.
- Speetjens, P. (2010). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'KopOpOuders Online'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 21/07/2010 van www.nji.nl/jeugdinterventies
- Spek, V., Cuijpers, P., Nykli, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319–328.
- Spijkerman, R., Roek, M.A., Vermulst, A., Lemmers, L., Huiberts, A. en Engels, R.C. (2010). Effectiveness of a Web-Based Brief Alcohol Intervention and Added Value of Normative Feedback in Reducing Underage Drinking: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5):e65
- E-hulp (2010). *Wat is online hulp?* Amsterdam: Stichting e-hulp.
<http://www.e-hulp.nl/handboek-online-hulpverlening/kenmerken-online-hulpverlening/kenmerken-online-hulpverlening.html> (22 juli 2010).
- Stinson, J., Wilson, R., Gill, N., Yamada, J. & Holt, J. (2009). A Systematic Review of Internet-based Self-Management Interventions for Youth with Health Conditions. *Journal of Pediatric Psychology* 34(5) pp. 495–510.
- Tait, R.J., Christensen, H. (2010). *Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review (Provisional abstract)*. Centre for Reviews and Dissemination.
- Voorhees, B.W., van, Vanderplough-Booth, K., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Stuart, S. et al. (2008). Integrative Internet-Based Depression Prevention for Adolescents: A Randomized Clinical

Trial in Primary Care for Vulnerability and Protective Factors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 4, 184-196.

Wantland, D.J., Portillo, C.J., Holzemer, W.L., Slaughter, R. & McGhee, E.M. (2004). The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4): e40.

Woolderink, M., Smit, F., Zanden, R. van der, Beecham, J., Knapp, M., Paulus, A. & Evers, S. (2010). Design of an internet-based health economic evaluation of a preventive group-intervention for children of parents with mental illness or substance use disorders. *BMC Public Health*, 10:470doi:10.1186/1471-2458-10-470

Ybarra, M.L. & Eaton, W.W. (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research*, 7 (2), 75-87.

Zanden, A.P. van der, Conijn, B., Visscher, R., Gerrits, R. (2005). Grip op je dip on line. Een preventieve groepsinterventie voor jongeren via internet. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60(5): 515.

Zanden, A.P. van der, Linden, D. van der (2007). *Factsheet online groeps cursus Kopstoring. Een groeps cursus via internet voor jongeren (16-25) met ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht: Trimbos-instituut

Zanden, R. van der, Speetjens, P., Arntz, K. & Onrust, S. (2010). Online Group Course for Parents With Mental Illness: Development and Pilot Study. *Journal of Medical Internet Research*;12(5):e50.