



**Hoge
Gezondheidsraad**

GOKSTOORNIS

**NOVEMBER 2017
HGR NR 9396**



.be

COPYRIGHT

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Hoge Gezondheidsraad

Victor Hortaplein 40 bus 10
B-1060 Brussel

Tel: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Auteursrechten voorbehouden.

U kunt als volgt verwijzen naar deze publicatie:

Hoge Gezondheidsraad. Gokstoornis. Brussel: HGR; 2017.
Advies nr. 9396

De integrale versie van dit advies kan gedownload worden van de website: www.hgr-css.be

Deze publicatie mag niet worden verkocht.



ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9396

Gokstoornis

In this scientific advisory report on public health policy, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on the treatment of gambling.

Versie gevalideerd op het College van
November - 2017¹

SAMENVATTING

In de DSM-5 wordt een gokstoornis gedefinieerd als een (niet-middel gebonden) verslaving, terwijl ze vroeger werd beschouwd als een impulscontrolestoornis. De cijfers waarover we beschikken wijzen op een prevalentie van 0,4 à 4,2% doorheen het leven. De prevalentie valt moeilijk te ramen omdat er te weinig onderzoek naar is verricht, gokkers weinig gebruikmaken van de zorg en ze niet correct worden geïdentificeerd. Gokken kan grote gevolgen hebben (financieel, relationeel, sociaal en psychisch. Er zijn bij deze groep ook hoge cijfers wat suïcidegedachten en suïcidepogingen betreft) en daarom is een behandeling essentieel. Op dit ogenblik is er een grote behandelkloof.

Het is nodig om de verschillende factoren die een rol spelen bij het ontstaan van gokstoornissen tegelijk aan te pakken. Gokkers zijn bijzonder gevoelig voor omgevingsvariabelen en daarom is het belangrijk om de beschikbaarheid van gokgelegenheden te verminderen alsook de aantrekkingskracht ervan te verlagen, door onder andere reclame te verbieden. Het soort spel heeft ook invloed op het ontstaan van een gokverslaving, en dus moeten er maatregelen worden genomen worden bij de structurele kenmerken van het spel om het beschikbare aanbod te reguleren naar minder verslavende spelen. Op individueel vlak treden er enerzijds neurobiologische veranderingen op die vergelijkbaar zijn met die welke worden vastgesteld bij verslaafden aan alcohol of andere drugs, en anderzijds gelijkaardige cognitieve processen. Om het gedrag te veranderen moet de behandeling bijgevolg o.m. gericht zijn op de cognities. De behandeling moet daarnaast worden afgestemd op de conditionering, de kwetsbaarheid en/of de impulsiviteit, afhankelijk van het gokkersprofiel. Voorts moet er ook rekening worden gehouden met comorbiditeit, die vaak voorkomt bij personen met een gokstoornis, en met financiële problemen.

¹ De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

Aan de hand van wetenschappelijk onderzoek kon worden aangetoond dat cognitieve gedragstherapie doeltreffend is om gokstoornissen te behandelen, maar die studies vertonen vaak tal van beperkingen en er is dus meer onderzoek nodig, ook om andere soorten behandelingen te beoordelen. Daarom is het belangrijk een multidimensionale aanpak toe te passen en de behoeften van elke speler als uitgangspunt te nemen. Om de kans te vergroten dat gokkers de behandeling blijven volgen, is ook een benadering nodig die gericht is op motivatie en psycho-educatie en moeten er strategieën worden uitgewerkt om terugval te voorkomen (controlemaatregelen, zelfuitsluiting). Een geneesmiddelenbehandeling (opioïdreceptorantagonisten) kan eveneens nuttig zijn.

Momenteel is het aantal diensten in België dat gespecialiseerd is in gokverslaving beperkt en is het aanbod slecht bekend. Om de toegang tot de zorg te vergemakkelijken, moet het bestaande zorgaanbod worden uitgebreid en beter bekend raken. Vooral het online aanbod waarmee, in combinatie met professionele hulp de drempel tot hulpzoeken verlaagd wordt, kan hierbij een belangrijke rol spelen. De identificatie en vroege interventie zou ook moeten worden versterkt door een betere kennis van de problematiek bij de zorgverleners in de eerste lijn en de algemene diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Tot slot moeten gokkers beter op de hoogte zijn van de gokproblematiek, het hulpaanbod en kunnen zelfcontrolemechanismen en boodschappen die verschijnen tijdens het gokken helpen de controle niet te verliezen.. Ook komen er voor het grote publiek best sensibiliserings- en destigmatiserings-campagnes.

Sleutelwoorden en MeSH descriptor terms²

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Gambling	Pathological gambling	Gokstoornis	Trouble lié au jeu	pathologisches Glücksspiel
	Psychotherapy	Psychotherapie	Psychothérapie	Psychotherapie
	Prevention	Preventie	Prévention	Prävention
Psychotherapy	Evidence Based	Evidence Based	Evidence based	evidenzbasiert
Evidence-Based Practice	Access to care	Toegang tot zorg	Accès aux soins	Zugang zu Pflege

articles for PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

² De Raad wenst te verduidelijken dat de MeSH-termen en sleutelwoorden worden gebruikt voor referentiedoeleinden en een snelle definitie van de scope van het advies. Voor nadere inlichtingen kunt u het hoofdstuk "methodologie" raadplegen.

INHOUDSTAFEL

INHOUDSTAFEL	3
I INLEIDING EN VRAAGSTELLING.....	5
II Methodologie	6
III UITWERKING EN ARGUMENTATIE	7
1 Definitie en prevalentie van gokstoornis	7
2 Aanpak van de gokproblematiek	8
2.1 Omgevingsfactoren	8
2.2 Gokgerelateerde factoren.....	8
2.3 Individuele factoren	9
2.4 Behandeling	11
2.5 Zelfhulp	17
2.6 Conclusie	17
3 De toegang tot en het voortzetten van de zorg bevorderen	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Strategieën	19
4 Huidige praktijk in België	23
4.1 Inleiding	23
4.2 Algemene diensten – eerste lijn.....	23
4.3 Geestelijke gezondheidszorg.....	24
4.3.1 Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)	24
4.3.2 Centra die gespecialiseerd zijn in verslavingen.....	24
4.3.3 Privétherapeuten	24
4.3.4 Residentiële diensten en ziekenhuisdiensten.....	24
4.4 Zelfhulp	24
4.4.1 Digitale en telefonische hulp	24
4.4.2 Websites.....	25
4.4.3 Brochures	26
4.4.4 Zelfhulpgroepen.....	26
4.5 Diensten met een specifiek aanbod voor gokstoornissen	26
IV Conclusies en algemene aanbevelingen.....	28
V REFERENTIES	30
VI SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP	34
VII Bijlage.....	35

Lijst van afkortingen

ACD	Algemene Cel Drugsbeleid
ACT	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BBGS	<i>Brief Biosocial Gambling Screen</i>
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CBM	<i>Cognitieve Bias Modification</i>
CGG	Centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CGT	Cognitieve gedragstherapie
CLB	Centrum voor Leerlingbegeleiding
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
EPIS	<i>Excluded Persons Information System</i>
ICT	<i>Information and Communications Technology</i>
NODS	<i>NORC Diagnostic Screen for Gambling Disorders</i>
PMS	Psycho-medico-sociaal
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RCT	<i>Randomized controlled trial</i>
rTMS	<i>Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation</i>
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
SOGS	<i>South Oaks Gambling Screen</i>
SSMG	<i>Société Scientifique de Médecine Générale</i>
SSRI	<i>Selective serotonin reuptake inhibitor</i>
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen

I INLEIDING EN VRAAGSTELLING

De Algemene Cel Drugsbeleid (ACD) heeft in oktober 2016 een synthesesnota over gokverslaving goedgekeurd. Die biedt een overzicht van de prevalentie, een evaluatie van de aangeboden hulp, het huidige beleid, de preventiemaatregelen en de maatregelen in verband met de beperking van het aanbod. Deze nota is beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid.

Op basis van deze nota kreeg de ACD van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid de opdracht om een gecoördineerde visie in verband met de problematiek van gokverslaving in België uit te werken. Deze visie moest onder andere een overzicht geven van de prioritaire onderzoeksvragen in verband met de prevalentie en het hulpsysteem. Zodra deze vragen vastlagen, werd er een beroep gedaan op de Hoge Gezondheidsraad om de vragen in verband met de hulpverlening te beantwoorden:

- Wat zijn de *evidence based* aanbevelingen voor de behandeling van een gokverslaving?
- Welke praktijk wordt er momenteel gehanteerd in België?
- Hoe bevorderen en stimuleren dat verslaafden een beroep doen op zorg?

II METHODOLOGIE

Na analyse van de vraag hebben het College en de voorzitter van de werkgroep de nodige expertises bepaald. Op basis hiervan werd een *ad-hoc*werkgroep opgericht met deskundigen in de volgende disciplines: psychiatrie, psychologie, gezondheidspromotie. De experten van de werkgroep hebben een algemene belangenverklaring en een *ad-hoc*verklaring ingevuld en de Commissie voor Deontologie heeft het potentieel risico op belangenconflicten beoordeeld. Het advies berust op een overzicht van de wetenschappelijke literatuur, zowel uit wetenschappelijke tijdschriften als uit rapporten van nationale en internationale organisaties die in deze materie bevoegd zijn (*peer-reviewed*), alsook op het oordeel van de experten.

Na goedkeuring van het advies door de werkgroep werd het advies tenslotte gevalideerd door het College.

III UITWERKING EN ARGUMENTATIE

1 Definitie en prevalentie van gokstoornis

De definitie van een gokstoornis werd onlangs herzien in de DSM-5 en gokstoornis valt nu niet meer onder de categorie van de impulscontrolestoornissen zoals in de DSM -IV, maar onder die van verslavingen en stoornissen door het gebruik van middelen. De criteria zijn grotendeels niet gewijzigd en omvatten: behoefte om met steeds grotere sommen te gokken; rusteloosheid en prikkelbaarheid bij pogingen tot minderen van gokken; onsuccesvolle pogingen om het gokken onder controle te houden of ermee te stoppen; voortdurend denken aan gokken; gokken bij onlustgevoelens; gokken om het verlies terug te winnen; liegen over het gokgedrag; relaties, werk of opleiding in gevaar brengen door het gokken; rekenen op anderen om aan geld te raken. Er moet sprake zijn van vier van deze criteria in de laatste twaalf maanden om deze diagnose te kunnen stellen.

De prevalentie van gokverslaving is moeilijk in te schatten omdat er weinig cijfers - en zeker recente cijfers - beschikbaar zijn voor België. Online gokken wordt bovendien zelden opgenomen in de evaluaties, hoewel dit fenomeen de laatste jaren sterk in opmars is, vooral bij jongeren.

Volgens de cijfers waarover we beschikken in de literatuur, zou de prevalentie vrij laag zijn: naar schatting is de prevalentie in de loop van een leven 0,4 tot 4,2% in de algemene bevolking (Lorains et al., 2011). In België blijkt uit de factsheet van de *Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)* van december 2016 dat de laatste beschikbare cijfers dateren van 2006, en dat op dit moment 60% van de populatie van 16 jaar en ouder vorig jaar heeft deelgenomen aan een kansspel (meestal (46%) een loterijspel). 1,6% lijkt risico te lopen verslaafd te raken en 0,4% kan worden beschouwd als problematische gokker.

Voor de specifieke doelgroep van de jongeren blijkt uit een verkennende studie die in Brussel door de kliniek voor spelverslaving (*Clinique du jeu*) van het UVC Brugmann aan de hand van een steekproef van 2000 Franstalige leerlingen tussen 12 en 18 jaar werd uitgevoerd, dat 50,1% van de jongeren in de 6 maanden voorafgaand aan de enquête ten minste één keer had deelgenomen aan een kans- of gokspel en 17,3% van hen als risicolopend en 5% van hen als problematisch kon worden beschouwd (op basis van de Canadese inventaris van kans- of gokspelen ontwikkeld in 2010 door het *Canadian Centre on Substance Abuse*). Voor online gokkers waren deze verhoudingen respectievelijk 25,4% en 11,7%. Van probleemgokker spreekt men als aan vier of meer van de DSM-criteria is voldaan. Bij twee of drie criteria is er nog geen gokstoornis maar wel reeds een verhoogd risico.

Uit een onderzoek van de UC Leuven-Limburg (Custers et al., 2017) blijkt dat het percentage aan risicogokkers in Vlaanderen en Wallonië vastgesteld werd op resp. 4,5% en 7,5% van de leerlingen die het voorbije jaar aan klassieke of digitale kansspelen deden. Voor probleemgokkers werd dit vastgesteld op 3% in Vlaanderen en 6,1% in Wallonië. Dit zijn vergelijkbare cijfers met eerder onderzoek naar problematisch gokken bij adolescenten waar 4-8% van de jongeren probleemgokker bleek te zijn (Blinn-Pike et al., 2010).

Volgens deze twee studies worden vooral sportwedenschappen vaak gekocht worden door minderjarigen (ondanks verbod -18j) en een deel van hem hiermee zelfs ook in de problemen komen. Zowel krasloten (Nationale Loterij) als sportwedenschappen worden door jongeren (ook minderjarigen) als 'early onset' gekocht in krantenwinkels.

Hoewel het deelnemen aan digitale kansspelen (d.w.z. online kansspelen of kansspelen via digitale media) minder prevalent is dan het deelnemen aan klassieke kansspelen, vormt het geen uitzonderlijk fenomeen.

Van de bevroegde leerlingen namen reeds 23.5% van de leerlingen in Vlaanderen en 34.3% van de leerlingen in Wallonië ooit deel aan minstens één vorm van digitale kansspelen.

Gokken kan grote gevolgen hebben op verschillende vlakken (financieel, geestelijke gezondheid, relaties, sociaal). Hoewel weinig onderzoek hiernaar, kan worden aangenomen dat de zeer hoge stress bij de gokverslaafde ook een impact heeft op de fysieke gezondheid. Behandeling is derhalve belangrijk.

2 Aanpak van de gokproblematiek

Het '*Pathway model of gambling*' (Blaszczynski & Nower, 2002) toont aan dat er een combinatie van persoonlijke, omgevings- en gokgerelateerde factoren meespeelt in het ontstaan van problematisch gokken. Daarom is het onvoldoende dat enkel maatregelen voor de behandeling van de gokker worden geïmplementeerd zonder structurele maatregelen die gericht zijn op de andere factoren die een rol spelen bij het ontstaan van problematisch gokken.

2.1 Omgevingsfactoren

Gokkers zijn bijzonder gevoelig voor omgevingsvariabelen. De prevalentie van gokverslaving zal groter zijn als de beschikbaarheid, de toegankelijkheid en de maatschappelijke aanvaarding van het gokken groot zijn (Blaszczynski, 2013). Het is dus belangrijk om praktijken door te voeren die de toegang tot het gokken beperken, zoals beperking van de openingsuren, toegangscontrole, een rook- en alcoholverbod in gokruimtes, bewakingssystemen, rustzones, enz. (Codagnone et al., 2014). Wettelijk is er momenteel een leeftijdsgrens van 21 jaar, behalve voor sportwedenschappen, kansspelen op café, belspelletjes en de producten van de Nationale Loterij die toegelaten zijn vanaf 18 jaar. Het risico op het ontstaan van gokproblemen zou kleiner zijn mocht de toegang voor alle kansspelen verboden zijn onder de 21 jaar.

Aangezien de maatschappelijke aanvaarding van het gokken een risicofactor is, is een reclameverbod essentieel. Naar aanleiding van een verzoek van de Kansspelcommissie had de HGR al in een schrijven van maart 2015 aanbevolen om reclame voor kansspelen niet te reguleren, maar te verbieden. Ongeacht de vorm die zou worden opgelegd aan de reclame is de doeltreffendste maatregel ter bescherming van de volksgezondheid om de bevolking er gewoon niet aan te onderwerpen, net zoals voor ander gedrag of middelen die schadelijk zijn.

2.2 Gokgerelateerde factoren

Het gokken zelf werkt, afhankelijk van de kenmerken van de kansspelen (winstpercentage, tijd tussen de inzet en de winst, ingezette bedragen enz.), de verslaving in de hand via de mechanismes van operante en klassieke conditionering. Het is dus belangrijk om het bestaande gokaanbod te reguleren en zo het risico op problematisch gokken te beperken: het illegale gokcircuit bestrijden, mensen aanmoedigen om enkel erkende spelen te gebruiken en alert te zijn op de beschikbare spelen. Bepaalde soorten spelen zijn immers sterker verslavend, zoals automaten (kort interval tussen inzet en winst), spelen waarvoor maar een klein bedrag nodig is, spelen met hoge maximale inzetmogelijkheid, spelen met jackpots, met een hoge winstkans (hoog herverdelingspercentage) of spelen die bij de gokker de illusie wekken dat hij controle heeft enz. (de Bruyn et al., 2015).

Het kan ook nuttig zijn dat de gokker op voorhand een beperking kan instellen voor het te vergokken bedrag om het fenomeen van gewenning bij gokkers, die de neiging hebben om steeds grotere bedragen in te zetten, een controleverlies tegen te gaan.

Momenteel zijn er geen elementen die dit bevestigen, maar online gokken lijkt - in het bijzonder voor jongeren en minderjaren - bijzonder risicovol, omdat dit verschillende kenmerken inhoudt die problematisch gokken in de hand werken (zie meer bepaald Crésam, 2015):

- omgevingsfactoren: grotere beschikbaarheid, sterke reclamedruk (via mails of pop-upvensters) en het ontbreken van sociale controle door het isolement en het anonieme karakter;
- spelgebonden factoren: het gemak om zo te gokken, de snelheid van het spel (mogelijkheid om verschillende spelen tegelijk te spelen) en de interactiviteit, wat cognitieve bias en conditionering bevordert;
- spelersgebonden factoren: met online gokken kan andere comorbiditeit gepaard gaan, zoals roken, alcohol- en cannabisgebruik enz.

2.3 Individuele factoren

Personen die een gokstoornis ontwikkelen, vertonen bepaalde specifieke kenmerken waarmee rekening gehouden dient te worden bij de behandeling.

Op persoonlijk vlak blijkt uit tweelingenonderzoek dat de kans om gokproblemen te ontwikkelen voor 40 à 50% genetisch bepaald is (Slutske et al., 2010). Een gokstoornis gaat gepaard met neurobiologische veranderingen die optreden bij drugsverslaafden. Zo heeft ontregeling van neurotransmitters zoals dopamine, glutamaat, serotonine, noradrenaline en het opioïdesysteem een impact op het beloningssysteem, de impulsiviteit, het streven naar kicks en het nemen van risico's (Potenza, 2008; Van Rooij et al., 2014, VAD, 2016). Uit bepaalde studies blijkt ook dat de insulaire cortex, waardoor iemand interne lichamelijke signalen opmerkt, een rol zou spelen door de conditionering voor externe signalen te bevorderen en te verhinderen dat de persoon de interne signalen van excitatie correct kan identificeren (VAD, 2016). De cognitieve processen van gokkers zijn dus gewijzigd. De fundamentele fout die gokkers maken, is immers een foutieve perceptie van het begrip toeval (ze denken dat ze er controle over hebben).

Als gevolg van dit inzicht in de stoornissen (denkfouten, verstoord beloningssysteem) is het belangrijk om de behandeling toe te spitsen op de cognitieve vermogens om het gedrag te wijzigen.

Bovendien vertonen gokkers onderling sterke verschillen. Ze verschillen immers wat betreft het speltype, de comorbiditeit, de ernst van de stoornis (van licht indien er vier of vijf criteria van de DSM aanwezig zijn tot ernstig indien alle of de meeste van de negen criteria aanwezig zijn) of het psychologische profiel.

Het model van Blaszczynski & Nower (2002) onderscheidt drie gokkersprofielen:

- 'gokkers met geconditioneerd gedrag': deze personen hebben geen voorafgaande comorbiditeit, maar worden problematische gokkers als gevolg van fenomenen van conditionering, denkfouten en inschattingfouten. Symptomen van angst en van depressie zijn veeleer het gevolg dan de oorzaak van het gedrag. Ze spelen voor het plezier en de socialisatie, en de toegang tot en beschikbaarheid van het gokken werkt de verslaving in de hand.

De behandeling moet gericht zijn op de motivatie en de therapietrouw. Counseling en minimale behandelingsprogramma's geven goede resultaten voor deze groep, die ook spontaan kan genezen;

- 'emotioneel kwetsbare gokkers': zij lijden aan een premorbide psychiatrische aandoening (onder andere angst en depressie), hebben een verstoorde persoonlijke en familiale voorgeschiedenis en beschikken over weinig *coping skills* en probleemoplossende vaardigheden. Ze gokken om hun emotionele toestand te beïnvloeden of om psychologische behoeften in te vullen. Vervolgens spelen ook conditionering en denkfouten een rol.
Personen met dit profiel zijn resistentier tegen verandering en moeten een behandeling krijgen waarbij evenzeer rekening wordt gehouden met de onderliggende kwetsbaarheid als met het gokgedrag. De therapie moet gediversifieerd zijn om de ontwikkelingsvariabelen en de symptomen van angst en van depressie te behandelen, copingstrategieën en manieren om stressbeheersing aan te leren en het uitdrukken van emoties te bevorderen (lichaamstherapie, individuele therapie);
- 'antisociale, impulsieve gokkers': zij vertonen dezelfde psychologische en biologische kwetsbaarheden als emotioneel kwetsbare gokkers, maar met een hoge graad van impulsiviteit, een antisociale persoonlijkheid en aandachttekort. Ze kunnen naast hun gokprobleem ook ander problematisch gedrag vertonen (drugverslaving, suicidaliteit, prikkelbaarheid, crimineel gedrag). Het gokken begint vroeg en de intensiteit en de ernst ervan loopt snel uit de hand. Ze zijn minder gemotiveerd voor behandeling en hun therapietrouw en behandelingsrespons zijn zwak.
Bij de behandeling moet rekening worden gehouden met aandachtsproblemen, emotionele labiliteit, slechte stressbestendigheid en gebrek aan *coping skills* en probleemoplossende vaardigheden. Er moet gezocht worden naar andere activiteiten die hen een kick bezorgen. Ze hebben behoefte aan intensieve, gestructureerde behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie. Net als het tweede profiel kunnen ze gebaat zijn met medicatie.

Gokverslaving hangt nauw samen met andere geestelijke gezondheidsproblemen. Volgens Dowling et al. (2015) heeft 75% van de personen met een gokstoornis die in behandeling zijn, een comorbide stoornis op as 1 van de DSM. 38% heeft een stemmingsstoornis, 37% een angststoornis, 60% een nicotineverslaving en 58% is verslaafd is aan andere middelen (Lorains et al, 2011). Volgens de factsheet van de VAD had in 2006 20% van de problematische gokkers ook een alcoholprobleem (13% van de risicogokkers en 11% van de niet-problematische gokkers) en rookt 72% van de problematische gokkers dagelijks.

De inschatting van personen met een gokverslaving moet dus een brede evaluatie van deze comorbiditeiten en van het functionele verband tussen de gokstoornis en andere stoornissen omvatten om beter te begrijpen om welk type gokker het gaat en de behandeling daaraan aan te passen (bijvoorbeeld verbanden tussen gokken en alcoholgebruik).

Ten slotte raken de gokkers vaak in grote financiële problemen, en is het belangrijk om daar rekening mee te houden bij de behandeling. Er moet ook rekening worden gehouden met zelfmoordneigingen, want gokproblemen (en financiële problemen) vormen een risicofactor voor zelfmoord (Newman et al., 2007; Martinotti et al., 2016).

Ook de naasten verdienen aandacht, want zij lijden eveneens sterk onder de gokproblematiek. Er moet hen psychosociale steun worden aangeboden, wat ook de problematische gokker ten goede zal komen.

Het is dus belangrijk om gokkers niet als een homogene groep te beschouwen: er bestaan subgroepen die punten gemeen hebben, maar onderling verschillen op het vlak van variabelen die etiologisch relevant zijn en de aanpak en de prognose bepalen (premorbidie psychopathologie, persoonlijke voorgeschiedenis, neurobiologische maturiteit).

Er werd een vragenlijst ontwikkeld (*Gambling Pathways Questionnaire*) om de etiologische risicofactoren te beoordelen per subtype en de artsen in staat te stellen om de behandelingsprotocollen te individualiseren door rekening te houden met de onderliggende factoren. De indeling van de gokkers in deze drie types vormt geen doel op zich, maar het is belangrijk om voor elke gokker de impact van conditionering, kwetsbaarheid en impulsiviteit te beoordelen om de behandeling te kunnen aanpassen. De motivatie tot behandeling kan ook variëren volgens de comorbiditeit.

2.4 Behandeling

2.4.1 Inleiding

De therapeutische aanpak van een gokverslaving is bij voorkeur biopsychosociaal en gelijk sterk op de behandeling van andere verslavingen. Het gaat immers om dezelfde fysiologische mechanismes (biochemische disfunctie van dopamine, serotonine, noradrenaline en opioïde- en glutamaatsystemen). Er wordt dus een combinatie van motivatietechnieken en van een psychologische en farmacologische behandeling voorgesteld. De behandeling dient wel afgestemd op deze specifieke doelgroep. Het is cruciaal om psycho-educatie aan te bieden en de gokkers uitleg te geven over deze stoornissen en hun impact op de besluitvorming, de impulsbeheersing, de risicobeoordeling en het beloningssysteem.

Met het oog op de diversiteit van de gokkersprofielen en de grote comorbiditeit is het bovendien essentieel om de behandelingen aan te passen aan elk specifiek profiel. In plaats van een standaardbehandeling aan te bieden, is het dus vooral belangrijk om zich aan te passen aan de individuele behoeften en te zorgen voor een behandeling op maat.

Bovendien bestaan er, net zoals voor de behandeling van andere vormen van verslaving, weinig gegevens over de doeltreffendheid van de behandelingen van gokverslaving. Wegens de lage prevalentie van gokverslaving en het beperkte beroep op hulp, bestaan er voor deze pathologie slechts een klein aantal studies over de doeltreffendheid van de behandelingen. Bovendien gaat het meestal om studies die de cognitieve gedragstherapie beoordelen, wat een invloed kan hebben op het soort therapie dat zal worden aangeraden. Tot slot hebben deze studies ook te kampen met een aantal beperkingen: de studies onderzoeken immers alle soorten spelen en ook alle types gokkers en de verschillende vormen van cognitieve gedragstherapie (bijvoorbeeld individueel of in groep) als een geheel. Het is bijgevolg onmogelijk om te zeggen welk soort therapie het best geschikt is en evenmin voor welk gokkersprofiel of welk speltype.

Er heerst ook geen consensus over wat afraken van een gokprobleem betekent en de variabiliteit van de resultaten kan dus te wijten zijn aan de variabiliteit van het concept. Herstel van een gokverslaving is een concept dat niet duidelijk omschreven is in de literatuur en het is cruciaal om dit begrip te definiëren. De behandelingsdoelstellingen moeten altijd in overleg met de persoon worden bepaald en de genezing moet multidimensionaal worden geëvalueerd omdat er zowel persoonlijke factoren als omgevingsfactoren meespelen. Nower & Blaszczynski (2002) suggereren dat de beoordeling van het herstel niet alleen de onmiddellijke veranderingen in het gedrag zou moeten omvatten, maar ook de motivatietoestand, de cognitieve vermogens, de *coping skills*, de wijzigingen op lange termijn in het sociale en interpersoonlijke functioneren en het feit dat er geen financiële of juridische problemen zijn.

Ze definiëren herstel als aanpassingswijzigingen (een groter besef van zelfefficiëntie, levenskwaliteit, vermogen om stress te beheersen en een coherent doel aan het leven te geven) in het psychosociale functioneren en/of een afname van de symptomen. Daarom is conceptualisatie van "herstel" nodig om de aard en de omvang van de verbetering te beoordelen, in een spectrum met als maatstaf onder andere de daling van de frequentie en van de duur van het gokken, onthouding of gecontroleerd gokken waarbij wordt voldaan aan de financiële verplichtingen, het ontbreken van symptomen van gewijzigde controle en van verslavingsgedrag, het uitblijven van negatieve gevolgen en een betere levenskwaliteit na verloop van tijd. Volgens de studies kan het succes worden gemeten aan de hand van de onthouding, het gecontroleerd gokken, de vermindering van de activiteit of ook nog de inperking van het financiële verlies. Het is ook niet altijd bekend of er geen andere verslaving in de plaats is gekomen van de gokverslaving, noch wat de impact van de comorbiditeiten op de resultaten is.

Er is ook geen sprake van een coherent meetinstrument voor het gedrag (*self report*, gedragsindicatoren enz.). Er bestaat geen unieke standaard consumptie-eenheid zoals voor andere verslavingen (moet bijvoorbeeld deelname aan een tombola worden beschouwd als gokgedrag?), noch een objectief meetinstrument (in tegenstelling tot voor druggebruik, dat gemakkelijker objectiveerbaar is). De normen voor zelfbeoordeling van het gedrag kunnen ook grote afwijkingen vertonen. Tot slot worden de resultaten op korte termijn beoordeeld en beschikken we niet over gegevens over de doeltreffendheid op lange termijn.

De HGR raadt dus aan om de richtlijnen en de aanbevelingen hieronder met omzichtigheid te gebruiken en vooral om zich aan te passen aan de specifieke behoeften van elke patiënt.

2.4.2 Internationale richtlijnen

In het buitenland werden er verschillende richtlijnen voor goede praktijken inzake problematisch gokken ontwikkeld, zowel voor preventie als voor interventie bij de gokkers:

in Canada hebben Williams et al. (2012) in verband met preventie een rapport opgesteld voor het ministerie van Volksgezondheid van Ontario, namelijk '*Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence, and Identified Best Practices*'.

Codagnone et al. (2014) hebben op hun beurt voor de Europese Commissie het rapport '*Study on Online Gambling and Adequate Measures for the Protection of Consumers of Gambling Services*' opgesteld.

In Nederland ten slotte heeft de Bruin in 2015 op vraag van de autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor de kansspelen een rapport opgesteld met als titel 'Kansspelverslaving, risico's en preventie Literatuuronderzoek naar de risico's van kansspelen en de aard en effectiviteit van preventieve maatregelen'.

In België heeft het VAD in 2016 het dossier 'Gokken' samengesteld, dat aanbevelingen voor preventie en interventie bevat.

Wat de interventies betreft, heeft het Nederlandse Kenniscentrum Verslaving aanbevelingen gedaan, 'Gedragsverslavingen: de stand van zaken in wetenschap en praktijk' (Van Rooij et al., 2014).

Volgens deze auteurs zijn psychologische behandelingen (voornamelijk van het type cognitieve gedragstherapie) doeltreffender dan geneesmiddelenbehandelingen, die op hun beurt doeltreffender zijn dan helemaal geen behandeling.

Er werden ook in Australië aanbevelingen geformuleerd (Thomas et al., 2011) voor de evaluatie en interventies bij gokproblemen, waarin wordt geadviseerd om cognitieve gedragstherapie te gebruiken (individueel of in groep) om het gokgedrag en de ernst ervan te verminderen en de psychologische stoornissen bij personen met een gokstoornis te verlichten. Ze raden een opleiding voor de zorgverleners en het gebruik van een behandelingsprotocol aan. Om het gokgedrag en de ernst ervan te verminderen, raden ze het gebruik van motiverende gespreksvoering en motivatietherapie aan, en ook professionele psychologische behandelingen, die meer aanbevolen worden dan zelfhulp. Psychologische groepstherapie kan ook geïndiceerd zijn. Bij deze behandelingen dient rekening gehouden te worden met de voorkeuren van de patiënt en met het beschikbare aanbod, en ze moeten gebeuren door opgeleide zorgverleners en volgens een protocol. Ook het belang van sociale ondersteuning wordt benadrukt: het sociale netwerk moet worden versterkt en hulp moet worden geboden om de financiële problemen het hoofd te bieden.

Voorts werden er onlangs twee wetenschappelijke reviews over de psychologische interventies bij problematisch gokken uitgevoerd:

- de Cochranereview, specifiek over de psychologische behandelingen van problematisch gokken, uitgevoerd in 2012 door Colishaw et al.;
- de review van Rash en Petry uit 2014 over de psychologische behandeling van problematisch gokken.

2.4.3 Psycho-educatie

Psycho-educatie maakt integraal deel uit van de behandeling. Het doel is de capaciteiten van personen met (risico op) een verslaving, en van hun naasten, te versterken door hun kennis over en inzicht in de problematiek en de behandeling ervan uit te breiden (VAD, 2003). Daarom worden ze bijvoorbeeld gewezen op de factoren die het gedrag beïnvloeden, de gevolgen van gokken en het ontstaan van verslaving, een gezonde levensstijl, waar ze hulp kunnen vragen en welke behandelingen er bestaan. Dit stelt de persoon beter in staat om keuzes te maken. Afhankelijk van het profiel van de persoon zijn er verschillende types psycho-educatie (inzicht in de verslavingen, motivatie om zijn gedrag aan te passen, omgaan met risicosituaties, enz.) en verschillende vormen van psycho-educatie (individueel gesprek of in groep, folders, websites enz.) beschikbaar. In elk geval moet de zorgverlener voldoende opgeleid zijn om psycho-educatie aan te bieden (zie bijvoorbeeld de praktische gids en de opleidingen van het VAD over dit onderwerp), niet alleen zodat hij over voldoende kennis beschikt om door te geven, maar ook zodat hij gesprekstechnieken beheerst en in staat is om de inhoud en de methodes aan te passen aan de behoeften en kenmerken van de persoon en zijn omgeving.

2.4.4 Psychotherapeutische behandelingen

Motiverende gespreksvoering is bij alle soorten verslavingen de basis van de therapeutische relatie.

Volgens de verschillende richtlijnen voor goede praktijken en wetenschappelijke reviews die beschikbaar zijn, is cognitieve gedragstherapie het doeltreffendst (als aanvulling op het aanpakken van de financiële problemen en van de comorbiditeit) voor de behandeling van gokstoornissen.

Volgens de criteria van de APA behoren gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie tot categorie I (hoge bewijskracht, veel RCT's beschikbaar) (Chambless & Ollendix, 2001). Cognitieve gedragstherapie is een doeltreffende behandeling die bovendien het voordeel biedt dat ze kostenefficiënt is, duurzame resultaten oplevert en herhalingsessies mogelijk maakt.

Uit de Cochrane-review (Colishaw et al., 2012) blijkt dat cognitieve gedragstherapie doeltreffend is op korte termijn (na 3 maanden): ze leidt tot een daling van de ernst van de symptomen, van de financiële verliezen, van de frequentie van het gokken en van de symptomen van angst en van depressie.

In de cognitieve gedragstherapie zijn er drie belangrijke therapeutische benaderingen doeltreffend gebleken (Van Rooij, 2014):

- gedragstherapie: dit soort therapie beschouwt het gokken als aangeleerd gedrag en is bijgevolg gericht op de identificatie en de beheersing van de uitlokkende en de versterkende factoren, en op het vinden van alternatieve activiteiten (concrete maatregelen treffen voor het aanpakken van risicosituaties);
- cognitieve therapie en
- cognitieve gedragstherapie: deze therapieën houden rekening met denkfouten als fundamenteel element van de problematiek en zijn bijgevolg gericht op cognitieve herstructurering, psycho-educatie, inzicht in en bewustwording van de irrationele cognities. Er wordt praktische informatie verschaft die tot doel heeft de gecorrigeerde informatie te kunnen toepassen op de eigen situatie. De mogelijke instrumenten in deze therapieën zijn de registratie en de controle van de gokomstandigheden, de identificatie van de functie van het gedrag, het aanleren van vaardigheden om de functie te wijzigen, maar ook het aanleren van emotiebeheersing, de verbetering van het interpersoonlijke functioneren, de versterking van de sociale ondersteuning en de verbetering van probleemoplossende vaardigheden (risicosituaties herkennen en leren om zich te beheersen).

Volgens Korn en Shaffer (geciteerd in Rizeanu, 2015) bevat een protocol van cognitieve gedragstherapie vier onderdelen: cognitieve herstructurering, training in het oplossen van problemen, training in sociale vaardigheden en preventie van terugval.

Exposure therapy is een soort gedragstherapie die vaak wordt gebruikt om verslavingen te behandelen en die haar doeltreffendheid in de behandeling van angst heeft bewezen. Het doel is een aangeleerde respons te doen uitdoven via herhaalde blootstelling aan een stimulus in combinatie met een gevolg. Er werd echter geen systematisch onderzoek verricht naar de doeltreffendheid ervan met betrekking tot gokverslaving, zodat we daarover geen conclusies kunnen trekken. Het is niettemin waarschijnlijk dat deze therapie doeltreffend is om een terugval bij problematische gokkers te voorkomen, als onderdeel van een geïntegreerde aanpak (Rash & Petry 2014, Rosenberg & Feder, 2014 – VAD, 2016).

Nieuwe gedragstherapieën die gebaseerd zijn op actieve training van psychologische processen (zoals *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), *mindfulness*, *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), en *Schema focused therapy* (Jeffrey E. Young)) worden ook zeer vaak toegepast bij het behandelen van verslavingen, maar zijn nog niet voldoende geëvalueerd voor de toepassing op gokverslavingen. Schematherapie is gebaseerd op cognitieve en gedragsmethodes, maar ook op de gestalttherapie, en gebruikt ook elementen uit de psychodynamische theorie en de hechtingstheorie.

Andere methodes ontleend aan de cognitieve gedragstherapie zijn de probleemoplossende techniek (Cottraux). Hierbij worden de hinderpalen voor verandering besproken. Met het oog op preventie van terugval zal het identificeren van de risicosituaties de patiënt in staat stellen om deze beter te herkennen en te beheren;

Met de techniek van cognitieve herstructurering die afkomstig is uit cognitieve en gedragstherapie (Beck) kunnen bepaalde overtuigingen worden getoetst aan de realiteit.

Naar andere soorten therapieën, zoals psychoanalyse, is verder niet voldoende onderzoek verricht om conclusies te kunnen trekken. Zo behoren volgens Chambless & Ollendix psychodynamische therapieën, *aversion therapy*, Anonieme Gokkers en zelfuitsluiting - ook hier volgens de criteria van de APA - tot categorie III (zwakke bewijskracht, veelbelovend maar niet genoeg bewijs).

Tijdens onderzoek naar de voorspellende factoren voor succes van de behandelingen stelden auteurs ook vast dat de behandeling gerelateerde kenmerken (aantal sessies, doelstellingen, residentieel of ambulante, deelname van naasten enz.) of de therapeut gerelateerde kenmerken weinig impact hadden op de slaagkans (Merkouris et al., 2016). Mannelijk geslacht en een lage depressiegraad waren de meest solide voorspellende factoren voor een doeltreffende behandeling (op elk meetmoment), terwijl een hogere leeftijd, de laagste ernstgraad van de goksymptomen, het laagste niveau van gokgedrag en van alcoholgebruik en optimale medewerking aan de behandeling waarschijnlijke voorspellende factoren voor een succesvolle behandeling waren. Dat wijst er nogmaals op dat het bijzonder belangrijk is om comorbiditeit te behandelen, want het blijkt mogelijk om in te grijpen in veel resultaat gerelateerde kenmerken (alcoholgebruik, depressie enz.).

Voorts moet er ook meer aandacht worden geschonken aan jongeren en vrouwen, want deze profielen lopen het risico dat de behandeling minder doeltreffend is.

2.4.5 *Biologische behandelingen*

Volgens de criteria van de APA behoort de geneesmiddelenbehandeling tot categorie I (Chambless & Ollendix, 2001).

De best bestudeerde farmacologische strategie is de behandeling met opioïdreceptorantagonisten (naltrexon en nalmefeen), die de drang om te gokken lijken te temperen. Onderzoek heeft uitgewezen dat dit een doeltreffende behandeling is die de beste keuze vormt voor een routinebehandeling of het risico op een terugval, waarbij er voor nalmefeen het sterkste bewijs bestaat (Van Rooij, 2014).

Behandelingen met antidepressiva (SSRI) en stemmingsstabilisatoren (lithium) worden eveneens toegepast, maar er is meer onderzoek naar de doeltreffendheid nodig (Van Rooij, 2014; Rosenberg & Feder, 2014).

De Australische aanbevelingen (Thomas et al., 2011) stellen ook voor om naltrexon te gebruiken (als de voorschrijver hier voldoende voor opgeleid is en rekening houdt met de contra-indicaties), terwijl het gebruik van antidepressiva niet wordt aangeraden (behalve bij depressie of angst als comorbiditeit).

Antipsychotica lijken dan weer niet doeltreffend (Van den Brinck, 2012; Labuzek et al., 2014; Van Rooij 2014 – VAD, 2016).

Tot slot zijn geneesmiddelen die glutamaat reguleren veelbelovend, maar ze moeten nog grondiger worden onderzocht.

Met het oog op het beperkte onderzoek in dit specifieke domein ontbreekt een duidelijke strategie en is het belangrijk om de behandeling aan te passen naargelang de klinische kenmerken van de patiënt (impulsiviteit, comorbide stoornissen).

Geneesmiddelenbehandelingen zullen ook doeltreffender zijn als ze worden gecombineerd met psychotherapie.

Er werd ook onvoldoende onderzoek verricht bij adolescenten. Bij een andere stoornis zijn SSRI's, stemmingsstabilisatoren en naltrexon veilig en lijken ze doeltreffend, maar er is meer onderzoek nodig.

Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS), een neuronale stimulatietechniek, wordt ook gebruikt voor de behandeling van verslavingen. Zach et al. (2016) hebben aangetoond dat het gebruik van rTMS bij personen met een gokstoornis zonder comorbiditeit het belonend effect kan verminderen.

2.4.6 Inperking van het risico en preventie van terugval

Bij de aanpak van de verslavingen vormt de inperking van het risico ook een *evidence based* strategie die integraal deel uitmaakt van de hulpverlening, ook al zijn er weinig literatuurgegevens in verband met de toepassing ervan op gokverslaving beschikbaar.

De toepassing van externe controlemaatregelen lijkt een effect te hebben op de zelfcontrole over het gokgedrag (Van Rooij et al., 2014). De gokker moet ook een zelf gekozen verbruikslimiet kunnen instellen. De combinatie van feedback over de speelduur en van limieten die de gokker heeft gekozen, heeft haar doeltreffendheid bewezen (Codagnone et al., 2014). Deze strategieën van gepersonaliseerde feedback, informatie en limieten (voor tijd en voor geld; vrijwillige uitsluiting) worden echter niet voldoende toegepast door gokinstellingen en zijn niet bekend bij de gokkers. Het is dus belangrijk om deze strategieën te promoten, zowel bij de gokinstellingen als bij de gokkers.

Hetzelfde geldt voor zelfuitsluiting uit gokinstellingen (*Excluded Persons Information System – EPIS*). Het EPIS systeem is een goede beschermingsmaatregel voor velen. Bij sommigen zien we een verschuiving naar andere kansspelen (oa kansspelen op café). Het zou goed zijn dat meer mensen die EPIS aanvragen, ook in de zorg terecht komen. Een campagne of informatieve boodschap dat een gokstoornis niet 'geneest' met enkel een verbod, kan een idee zijn hierbij. Om herval/verschuiving te voorkomen, kan hulp zoeken erg zinvol zijn.

Het is dus belangrijk om deze strategieën te promoten aangezien gokkers vaak niet de noodzaak inzien om ze te gebruiken. Ze zijn er zich immers niet van bewust dat hun gedrag problematisch is of kan worden (de Bruyn, 2015). Dat versterkt ook het aanpassingsproces van de gokkers, die leren om te gaan met de risico's die gepaard gaan met het gokken.

Tot slot moeten er ook crisismaatregelen komen:

- via opleiding van het personeel van de gokinstellingen (bij voorkeur in combinatie met een zorgplicht) en verwijzingen naar hulp op de sites,
- er moet met de patiënt een noodplan worden uitgestippeld.

Het is ook belangrijk rekening te houden met de financiële problemen om terugval te voorkomen.

2.5 Zelfhulp

Er zijn verschillende mogelijkheden van zelfhulp, zonder of met een (minimale) professionele tussenkomst en/of complementair aan de reguliere zorg:

- a) Zelfhulpgroepen van het type Anonieme Gokkers zijn een eerste type van zelfhulp. Er is echter weinig onderzoek naar verricht en er is ook een grote *drop-out*. Uit studies blijkt niettemin dat deze groepen nut hebben (afname van de ernst van de symptomen, van de financiële verliezen en van de frequentie van het gokken, vooral in combinatie met professionele hulp (Rash & Petry, 2014; Cowlshaw, 2014; Van Rooij et al., 2014), maar er is meer onderzoek nodig. De Anonieme Gokkers zijn daarom aanbevolen als aanvulling op andere behandelingen en om terugval te voorkomen (Korn & Shaffer 2014; Rizeanu, 2015).

- b) Online behandelingen zitten tegenwoordig erg in de lift (net zoals bibliotherapie). Online screening en feedback zijn een veelbelovende manier om een grote groep personen te bereiken (Monaghan et al., 2010; Cunningham et al., 2012). Deze behandelingen bieden het voordeel dat ze anoniem, toegankelijk, flexibel, vertrouwelijk en goedkoop zijn. Ze zijn geschikt voor psycho-educatie, motivatiegesprekken en om feedback aan te reiken. Hoewel er meer systematische studies nodig zijn, lijken ze de toegang tot de zorg te verlagen en doeltreffend te zijn, vooral in combinatie met minimale professionele hulp (telefonisch of persoonlijk) (Rash & Petry, 2014). Deze behandelingen zijn dus interessant om de toegang tot de zorg te vergemakkelijken en om zich bewust te worden van het probleem, maar daarnaast blijft in vele gevallen contact met een therapeut noodzakelijk.

In hun review hebben Chebli et al. (2016) vier studies geïdentificeerd die aantonen dat online behandelingen (met contact met een therapeut, via mail, telefoon, sms of chat enz.) een effect hebben op het gokgedrag, de ontredde en de algemene psychische aandoening, en dat het effect drie jaar later nog steeds aanhoudt. De drop-out was bovendien lager dan voor klassieke behandelingen (17 tot 31%). We beschikken echter nog niet over genoeg studies en de bestaande vertonen bovendien methodologische zwakheden zoals het ontbreken van een controlegroep of de betrouwbaarheid van de metingen in de zelfbeoordeling.

Voor online behandelingen moet er ook speciale aandacht gaan naar de wettelijke en ethische kant van de zaak (commerciële exploitatie, vertrouwelijkheid) en naar de kwaliteit van de aangeboden zorg.

2.6 Conclusie

Om het risico op problematisch gokken te verkleinen, is het nodig om tegelijk de drie aspecten die een rol spelen bij het ontstaan van verslavingen aan te pakken, namelijk de individuele, omgevings- en gokgerelateerde factoren.

Wat de omgevingsfactoren betreft, is het essentieel om de toegankelijkheid, in het bijzonder voor jongeren, en de aanvaarding van gokken te verminderen. Reclame moet daarom worden verboden. Andere structurele maatregelen in verband met het gokaanbod moeten worden genomen om het beschikbare aanbod te reguleren (duidelijke en strenge wetgeving, beschermingsmaatregelen, controles door een onafhankelijke instelling).

Wat betreft de actie op individueel niveau is er een diepgaand onderzoek nodig om de doeltreffendheid van de behandelingen van gokverslaving beter te kunnen beoordelen, want er zijn weinig studies, die bovendien vooral de cognitieve gedragstherapie beoordelen en tal van beperkingen kennen.

Zo is niet bekend hoe lang het effect blijft aanhouden of welk type behandeling voor welk type spel of gokker het meest geschikt is. De resultaatmeting zou ook moeten worden verfijnd.

De literatuur biedt echter bewijzen dat er doeltreffende behandelingen bestaan, van farmacologische en van psychosociale aard, of een combinatie van beide. De behandeling van de gokverslaving moet daarom een multidisciplinaire aanpak zijn en rekening houden met de psychologische, biologische en sociale factoren. Op psychotherapeutisch niveau is de cognitieve gedragstherapie het best bestudeerd en vormt momenteel de beste behandeling voor gokverslaving (op korte termijn). Een geneesmiddelenbehandeling (naltrexon) of een andere biologische behandeling (bijvoorbeeld, rTMS) kan ook nuttig zijn.

Wegens de comorbiditeit en de omvangrijke *drop-out* bij personen met een gokstoornis is het ook belangrijk om motivatietechnieken en psycho-educatie toe te voegen.

Zelfhulpbenaderingen, zoals zelfhulpgroepen en online interventies, maken het ook mogelijk om meer gokkers te bereiken en vertonen een zekere doeltreffendheid als aanvulling op andere behandelingen.

Ook moet de behandeling integratief en individueel aangepast zijn, met evaluatie van de comorbiditeit en van de rol die het gokken vervult. De behandeling moet aan de noden van de patiënt worden aangepast en niet enkel op het gokgedrag gericht zijn, maar ook op de factoren die ermee gepaard gaan en die het herstel in de weg kunnen staan of een terugval versnellen. Er moet bijzondere aandacht uitgaan naar de financiële problemen alsook naar het zelfmoordrisico. Het kan ook nuttig zijn om psychosociale steun te bieden aan de naasten, die vaak in bijzondere mate getroffen zijn door het probleem.

3 De toegang tot en het voortzetten van de zorg bevorderen

3.1 Inleiding

Een groot probleem bij de behandeling van personen met een gokstoornis is dat ze niet vaak hulp zoeken. Volgens Rash & Petry (2014) zoekt nauwelijks 6 tot 12% van de problematische gokkers professionele hulp. De behandeling blijkt ook vaak te worden stopgezet: 26 tot 47% van de personen haakt af tijdens de behandeling bij een zorgverlener en in zelfhulpgroepen haakt 48% af na de eerste drie bijeenkomsten (Rash & Petry, 2014). Volgens de factsheet van de VAD van december 2016 heeft een groot aantal problematische gokkers (21%) en risicogokkers (78%) nog nooit overwogen om het gokken op te geven (actieve gokkers hebben vaak geen zicht op groeiend probleem, ze verwachten lang verloren geld terug te kunnen winnen), en velen weten ook niet waar ze hulp kunnen vinden (35% van de problematische gokkers en 55% van de risicogokkers).

Nochtans is het wegens het grote leed dat een gokverslaving veroorzaakt (zowel financiële en sociale problemen die onoplosbaar lijken als comorbiditeit) en het daarmee gepaard gaande zelfmoordrisico (Newman et al., 2007; Martinotti et al., 2016) belangrijk dat deze personen de weg naar de hulpverlening vinden. Het is bijgevolg eerst en vooral van belang om vast te stellen welke hindernissen de toegang tot en het voortzetten van de zorg in de weg staan, om vervolgens een aangepaste aanpak te ontwikkelen.

De factoren die personen ertoe aanzetten om hulp te zoeken, zijn geïdentificeerd in de literatuur: het gaat vooral om financiële problemen die te groot worden, problemen in de relaties met anderen of op het werk, of juridische en (mentale) gezondheidsproblemen (Suurvali et al., 2009). Deze factoren zullen de persoon in kwestie helpen bij de beslissing om te stoppen met gokken, maar slechts een bepaald aantal zal vervolgens hulp zoeken.

Sommigen slagen erin om alleen hun probleem op te lossen. Een bepaald aantal gokverslaafden blijkt immers op eigen kracht te herstellen, zonder professionele hulp van buitenaf (Slutske, 2006). Hoewel slechts een klein deel professionele hulp inroept, is de herstelgraad vrij hoog (39% van de personen die een diagnose van gokverslaving hadden gehad, waren er het jaar vóór de enquête van bevrijd). Volgens Slutske (2006) kent het gokprobleem dus niet noodzakelijk een chronisch of aanhoudend verloop, en veel personen, die nooit hulp zoeken, maken slechts één episode van ongeveer een jaar door. Een derde van de personen slaagt erin om te stoppen zonder een beroep te doen op het zorgsysteem. Anderen moeten dan weer steun krijgen om het probleem te erkennen en aangepaste hulp te vinden. Het is dus belangrijk om deze steun te geven zodat er wordt opgetreden vooraleer de problemen (onder andere van financiële, professionele, relationele en juridische aard) te groot worden.

3.2 Strategieën

Om de toegang tot en het voortzetten van de zorg te bevorderen, is het belangrijk om te bepalen welke hindernissen de gokkers beletten om hulp te zoeken. Suurvali et al. (2009) hebben de volgende hindernissen geïdentificeerd in hun review inzake problematisch gokken:

1) Factoren verbonden met de maatschappij

Een belangrijke hindernis voor de toegang tot de zorg is het gebrek aan kennis van het probleem van een gokverslaving, zowel bij de gokkers als bij de bevolking in het algemeen. Gokverslaving is immers een probleem waarover weinig wordt gesproken. Gokverslaafden weten dus vaak niet dat gokken verslavend kan werken en dat het een aandoening is die kan worden behandeld. Ze beschouwen hun gedrag niet als problematisch (behalve als hun financiële problemen te groot worden).

Omdat een gokverslaving maatschappelijk niet wordt erkend als een gezondheidsprobleem, zorgt dit bovendien voor schaamte en angst om een stigma opgekleefd te krijgen. Het grote stigma dat bij de bevolking rond gokproblemen hangt, leidt tot zelfstigmatisering (Fallis et al., 2013; Luquiens et al., 2016). Personen met een gokverslaving zijn beschaamd, wat hen belet om hulp te zoeken.

Tot slot weten gokkers ook niet dat er hulpverlening voorhanden is voor dit probleem, en ook niet waar ze die kunnen vinden. Dat komt enerzijds omdat er weinig specifieke hulp bestaat en anderzijds omdat die weinig bekend is.

Om deze hindernis uit de weg te ruimen, moet er op twee niveaus worden opgetreden:

- het taboe verkleinen, destigmatiseren: de informatie moet wijd worden verspreid en er moeten bewustmakingscampagnes voor de bevolking komen om de kennis over het risico te vergroten en een gunstig preventie-en hulpklimaat te scheppen. Het is belangrijk om het taboe te verkleinen zodat de patiënten erover durven praten en overwegen om hulp te zoeken. Daarvoor moet er beter worden geïnformeerd over de risico's van de verslaving, zelfs voor legale spelen (automaten enz.). Dat moet bovendien zo vroeg mogelijk gebeuren, namelijk tijdens het gokken zelf, via de aanbieders (*pop-up* boodschappen, zelftests, boodschappen voor verantwoord gokken enz.).

Het is niet alleen nodig om de communicatie naar de algemene bevolking aan te passen, maar ook die naar welbepaalde doelgroepen, rekening houdend met hun cultuur, die bijzonder specifiek kan zijn voor bepaalde soorten van kansspelen.

- het beschikbare zorgaanbod uitbreiden en bekendmaken: om het zorgaanbod bekend te maken, is het nuttig een uniek aanspreekpunt te hebben dat de gegevens van gespecialiseerde centra of therapeuten (zoals de site Druglijn.be) centraliseert. De gegevens van dat aanspreekpunt moeten beschikbaar zijn bij alle aanbieders van spelen.

Meer kennis over en dus een ruimer gebruik van het zorgaanbod door de gokkers zal ook leiden tot uitbreiding van het zorgaanbod. Diensten kunnen zich momenteel immers moeilijk specialiseren als ze niet voldoende patiënten met deze problematiek over de vloer krijgen. Daarom is het belangrijk om in te spelen op de vraag (bewustmaking van het probleem, bekendmaking van het beschikbare aanbod), ook om de deskundigheid uit te breiden.

In Nederland is er een 'zorgplicht' voor de casino's. Zij moeten bij signalen van (groeidend) probleemgedrag de speler aanspreken en verslag hiervan bijhouden. Dit wordt ook gecontroleerd door de overheid. Een stijging van de frequentie van casinobezoeken, signalen die op gokstoornis kunnen wijzen én agressie, dienen geregistreerd te worden. Naast de zorgplicht hebben casino's (die vaak eerste getuige zijn van een zich ontwikkelende gokstoornis) een verwijzfunctie naar de hulpverlening.

2) Factoren verbonden met zorgverleners en de organisatie van de zorg

Praktische aspecten zoals de prijs, de geografische toegankelijkheid van de zorg, de lange wachtlijsten zijn belangrijke hindernissen voor problematische gokkers die hulp zoeken. Het zorgaanbod is bovendien niet goed verdeeld over heel België en dient te worden uitgebreid. Er moet een aanbod (zelfhulpgroepen en professionele centra) beschikbaar zijn (zowel financieel als geografisch) in alle provincies.

Voorts zijn de zorgverleners niet voldoende vertrouwd met deze stoornis, noch met de doeltreffende behandelingsstrategieën of de gespecialiseerde diensten ter zake. Als patiënten consulteren voor een ander probleem wordt hun gokprobleem niet opgemerkt of niet (correct) behandeld. Bijgevolg is het nodig om een vroege opsporing te bevorderen, ook bij personen die consulteren voor een ander probleem.

Daarom is bewustmaking van verschillende groepen van zorgverleners vereist, zodat ze alert zijn voor risico's van gokverslaving, de signalen herkennen, de kwestie kunnen bespreken met de persoon en hem kunnen doorverwijzen naar de juiste diensten:

- de huisarts, die een belangrijke partner is om personen met een gokstoornis op te sporen, meer bepaald bij patiënten die klagen over angst of depressie;
- wegens de grote comorbiditeit bestaat de kans dat patiënten in psychiatrische diensten of diensten die gespecialiseerd zijn in verslaving ook een gokstoornis hebben. Routineuze screening en *assessment* binnen de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg zijn dus belangrijk;
- het belang van vroeg detectie in welzijnsdiensten: de sociale werkers (OCMW, diensten voor schuldbemiddeling) kunnen ook te maken krijgen met gokkers die komen aankloppen voor hulp voor hun geldproblemen. De VAD heeft een brochure opgesteld om de sociale werkers van de OCMW's te helpen;

- volgens het dossier 'Gokken' van de VAD is er ook een verband tussen huishoudelijk geweld en problematisch gokken. Daarom moeten daders van intrafamiliaal geweld (huishoudelijk geweld of kindermishandeling) worden gescreend op gokproblemen;
- tot slot moet er in de gokinstellingen ook opgeleid personeel aanwezig zijn om personen met een gokprobleem te kunnen herkennen en doorverwijzen. Op de goksites is er een banner met www.gokhulp.be /www.aide-aux-joueurs.be.

Voor de vroegdetectie van een gokproblemen bestaan er verschillende hulpmiddelen. De kortste daarvan is de Lie/Bet Questionnaire (Johnson et al., 1997; Johnson et al., 1998), die gebruiksvriendelijk is omdat hij slechts twee vragen bevat, die afgeleid zijn van de tien criteria van de DSM-IV voor gokverslaving en erkend zijn als de beste voorspellende factoren: 'Have you ever felt the need to bet more and more money?' (Heeft u ooit de behoefte gehad om steeds meer geld in te zetten?) en 'Have you ever had to lie to people important to you about how much you gamble?' (Heeft u ooit al moeten liegen tegen naasten over hoeveel u gokt?). Deze vragenlijst is geen diagnose-instrument, maar is nuttig om te bepalen of een grondigere beoordeling of een doorverwijzing nodig zijn (indien één van de twee vragen positief werd beantwoord). Hij is gevalideerd en wordt aanbevolen in verschillende publicaties (Achab et al., 2014; Sanju & Gerarda, 2011).

De vier andere vaakst gebruikte hulpmiddelen zijn:

- de *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS), die bestaat uit drie elementen uit de criteria van de DSM-IV en een periode van twaalf maanden onderzoekt;
- de NODS-CLiP is een instrument dat drie vragen uit de NODS (*NORC Diagnose Screen for Gambling Disorders*, een gevalideerd instrument met zeventien elementen die gebaseerd zijn op de criteria van de DSM-IV) bevat. De drie vragen werden gekozen omdat ze minstens één bevestigend antwoord opleveren van 99% van de personen met een gokstoornis en van 94% van de problematische gokkers die werden geïdentificeerd met de NODS. Deze vragen gaan over controleverlies, leugens en bezorgdheid. Dit instrument blijkt een zeer goede sensitiviteit en specificiteit te bezitten en is bruikbaar voor de algemene bevolking (Volberg et al., 2011);
- de NODS_PERC is ook gebaseerd op de NODS en bevat vier elementen in verband met bezorgdheid, het ontvluchten van persoonlijke problemen, de wens om verlies terug te winnen en de teloorgang van persoonlijke relaties. Deze is beter geschikt voor situaties met een hogere prevalentie (geestelijke gezondheidszorg, behandeling voor verslaving enz.) (Volberg et al., 2011);
- de *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) is een vragenlijst van twintig elementen die gebaseerd zijn op de criteria van de DSM-III en die dient om gokproblemen op te sporen bij de algemene bevolking of bij alcohol- of druggebruikers (Lesieur & Blume, 1987).

Deze instrumenten werden echter opgesteld op basis van de criteria van de DSM-IV en bijgevolg is hun waarde op basis van de criteria van de DSM-5 niet bekend. Bovendien is er geen enkele gevalideerd in België.

Uit een enquête van het VAD (zie in de bijlage) blijkt dat één dienst de SOGS gebruikt, twee diensten met hun eigen vragenlijst screenen en de andere diensten geen enkel instrument gebruiken (maar het probleem wel aankaarten bij de patiënt).

3) Factoren verbonden met de persoon

Bepaalde typische kenmerken van gokkers kunnen ook de toegang tot behandeling beperken, zoals eventuele andere (geestelijke) gezondheidsproblemen, de druk van de omgeving om te gokken, een gebrek aan steun om te veranderen. Gokkers willen ook vaak zelf het probleem oplossen en hebben bovendien weinig vertrouwen in de aangeboden behandelingen (in verband met doeltreffendheid en betrouwbaarheid).

Om deze persoonlijke hindernissen uit de weg te ruimen, gaat de voorkeur best uit naar korte behandelingen die op de motivatie werken en naar zelfhulpinitiatieven. Voorts is het aanbevolen om de behandelingen aan te passen aan de specifieke kenmerken van elke patiënt.

Kortdurende interventies in de eerste lijn en online toepassingen van kortdurende interventies zijn mogelijke manieren om de behandelkloof te dichten en meer mensen met een gokprobleem te bereiken in een vroegtijdig stadium. De eerste onderzoeksresultaten wijzen erop dat zelfs zeer korte vormen een effect kunnen genereren op het gokgedrag en dat het inzetten van langere interventies niet noodzakelijk betere resultaten oplevert. Ondanks deze veelbelovende resultaten dienen we ons bewust te zijn van de beperkte wetenschappelijke evidentie waarover we momenteel beschikken (Neighbors, 2015; Petry, 2009; Larimer, 2012; Rash & Petry, 2014; Schippers et al., 2014), althans bij bepaalde typen van gokkers.

De technieken die op motivatie gericht zijn, zijn ook bijzonder geschikt voor gokverslaving wegens de tweeslachtigheid van gokkers ten opzichte van verandering. Motivatiegesprekken verminderen de financiële verliezen na drie maanden en de frequentie van het gokgedrag na negen tot twaalf maanden, maar hebben weinig effect op de ernst van de symptomen (Colishaw et al., 2012). Deze soort behandeling moet in elk geval worden gecombineerd met andere methodes. Bovendien zijn er slechts beperkte literatuurgegevens voor de toepassing ervan op het gokken beschikbaar en is verder onderzoek bijgevolg nodig.

Volgens Chambless & Ollendix behoren de korte motivatiebehandelingen tot categorie I voor de gokverslaving, volgens de criteria van de APA (hoge bewijskracht, veel RCT's beschikbaar).

Zelfhulpinitiatieven (zie punt 2.5) vergemakkelijken ook de toegang tot de zorg door de impact van de verschillende hindernissen (anonimiteit, praktische aspecten zoals transport, kostprijs enz.) te verminderen. Mensen kunnen op verschillende manieren zelf aan de slag gaan met hun problematiek. We denken hierbij aan online of computergestuurde zelfhulpprogramma's en zelftests (met gepersonaliseerde feedback) of hulplijnen en zelfhulpboeken. Een specifieke vorm van zelfhulp is een zelfhulpgroep, gebaseerd op de sociale steun van lotgenoten.

Opnieuw is het ook belangrijk om de verschillende behandelingen aan te passen aan de verschillende patiëntenprofielen en rekening te houden met comorbiditeit om ervoor te zorgen dat de patiënt in het zorgtraject blijft.

Het is onder meer van belang om rekening te houden met de financiële problemen van de patiënten omdat schuldaflossing een essentiële factor is voor het slagen van de behandeling. De benadering van de personen dient ook aangepast te zijn aan hun sociaaldemografische profiel (geslacht, leeftijd, etnische minderheden enz.): vrouwen en ouderen gokken niet om dezelfde redenen en hebben niet hetzelfde risicoprofiel als jongens en adolescenten (Merkouris, 2016).

Er moeten ook gediversifieerde behandelingsprogramma's worden opgesteld, bijvoorbeeld met het oog op de therapeutische doelstelling. Het idee dat volledige onthouding vereist is, kan ook een hindernis vormen voor de zorg en het is belangrijk dat er programma's zijn die meer gericht zijn op het beperken van de schade door iemand te leren zijn gokgedrag in de hand te houden, zoals ook gebeurt voor andere verslavingen.

Om de behandelingen beter te kunnen afstemmen, moet tot slot het onderzoek naar de kenmerken van problematische gokkers en de verschillende patiëntenprofielen worden voorgezet.

4 Huidige praktijk in België

4.1 Inleiding

Het zorgaanbod voor personen met een gokverslaving is moeilijk te identificeren omdat gokverslaving een aandoening is die vaak verborgen blijft, waarover niet wordt gesproken en omdat weinig patiënten hulp zoeken. Wegens de grote comorbiditeit worden veel van deze personen behandeld in verschillende types afdelingen, voor andere aandoeningen. Ze worden ook niet op dezelfde manier geregistreerd. Tot slot is het huidige aanbod aan gespecialiseerde zorg in België uiterst beperkt.

De *Université de Namur*, de KU Leuven en de CRéSaM hebben een inventaris opgesteld (Klein et al., 2013) in het kader van een studie in opdracht van het Wetenschapsbeleid. Dit maakte het mogelijk de verschillende opties die er bestaan voor gokkers te bepalen.

Voorts heeft de VAD een enquête uitgevoerd om in kaart te brengen welke praktijken de diensten die zich bezighouden met de problematiek van gokverslaving in Vlaanderen toepassen (zie enquête in de bijlage).

4.2 Algemene diensten – eerste lijn

Huisartsen zijn waarschijnlijk vaak de eerste zorgverleners bij wie patiënten met een probleem van gokstoornis terechtkomen, en ze spelen een belangrijke rol op het vlak van preventie, vroegdetectie en vroeginterventie, behandeling en doorverwijzing. Voor de inventaris gaf het Réseau Alto (Alternative Toxicomanie) van de SSMG aan dat ze te maken krijgen met deze vragen, maar niet over een specifiek of gestructureerd antwoord beschikken, en dat ze doorverwijzen volgens de regio van de persoon die hulp vraagt, hoewel er weinig specifieke diensten zijn. Het blijkt dat de huisartsen beter bewust zouden kunnen worden gemaakt van gokproblemen, zodat ze deze sneller kunnen detecteren.

In Vlaanderen kunnen personen met een gokprobleem ook terecht bij de eerstelijns gezondheids- en welzijnscentra zoals het Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) en het Jongeren Advies Centrum.

Omdat bij de problematiek van gokstoornis absoluut rekening gehouden moet worden met de zware schuldenlast, waarmee veel gokkers geconfronteerd worden, en die therapie vaak in de weg staat, moet er naast psychologische hulp ook sociale en juridische hulpverlening worden aangeboden. Daarom kunnen het OCMW, diensten voor schuldbemiddeling, hulpcentra voor zware schuldenlast en steungroepen voor zware schuldenlast te maken krijgen met gokstoornissen en zijn zij soms de eerste diensten waar de gokker zal aankloppen voor hulp.

4.3 Geestelijke gezondheidszorg

4.3.1 Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)

Personen met een gokverslaving kunnen terecht bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Deze centra kunnen sterk verschillen op het vlak van werkwijze, oriëntatie en expertisedomein. Bijgevolg verschilt ook de expertise in verband met gokverslaving. Een beperkt aantal CGG hebben een specifiek aanbod voor gokkers uitgewerkt (zie punt 5. Diensten met een specifiek aanbod).

Een aantal heeft ook een aanbod van vroegtijdige behandeling ontwikkeld, maar dat is zelden specifiek gericht op gokken. Soms is er ook een aanbod voor de familie en de omgeving van de patiënten.

4.3.2 Centra die gespecialiseerd zijn in verslavingen

Er bestaan centra die gespecialiseerd zijn in toxicomanie, maar hun deskundigheid op het vlak van 'gedragsverslavingen' is beperkt. Gedragsverslavingen zijn vaak een uitsluitingscriterium en bijgevolg zijn de zorgverleners in deze centra niet opgeleid voor de kenmerken ervan. Deze centra zouden dus (meer bepaald met RIZIV-conventies) personen met een primaire diagnose van gokverslaving moeten kunnen opvangen.

4.3.3 Privétherapeuten

Er zijn ook enkele therapeuten (privépsychiaters of -psychologen) die gespecialiseerd zijn in dit domein. Zij bieden het voordeel dat ze snel hulp kunnen verlenen, maar de kostprijs hangt af van de therapeut en zal dus vaak een hindernis vormen voor personen met een gokverslaving, die al aanzienlijke schulden hebben.

4.3.4 Residentiële diensten en ziekenhuisdiensten

Ziekenhuizen (psychiatrische of algemene) houden zich slechts sporadisch bezig met deze problematiek, meestal in het geval van comorbiditeit.

Sommige psychiatrische ziekenhuizen bieden na een ziekenhuisverblijf ook dagbehandelingen aan die gericht zijn op hervalpreventie en psychosociale begeleiding.

Slechts weinig instellingen voor beschut wonen zijn toegankelijk voor personen met een verslaving, en enkel de vzw Basis (Hasselt) staat open voor personen met een gokverslaving. In principe kunnen personen met een gokverslaving die in een crisissituatie verkeren, ook worden opgenomen in een crisiseenheid.

De mobiele teams in de psychiatrie (multidisciplinaire teams die patiënten begeleiden in hun eigen leefomgeving) kunnen ook een rol spelen.

4.4 Zelfhulp

Er bestaan ook verschillende vormen van zelfhulp, via telefonische hulplijnen, online programma's, brochures en steungroepen:

4.4.1 Digitale en telefonische hulp

De lijn SOS GOKKEN/SOS Jeux (0800/35.777; 24u/24, 7d/7) verschaft informatie over de hulpdiensten.

De Druglijn en de telefoonlijn van Infor Drogues zijn eveneens beschikbaar voor vragen en een eerste advies.

Tot slot kunnen gokkers ook bellen naar Tele-Onthaal of SOS Nuchterheid.

4.4.2 Websites

De site www.gokhulp.be/www.aide-aux-joueurs.be is ontstaan uit een samenwerking tussen de Kansspelcommissie, de vzw Le Pélican en CAD Limburg, en bestaat sinds 2013. Op alle Belgische sites voor online gokken staat een link naar deze site.

De inhoud van deze site voldoet aan de voorwaarden van 'stepped care': zelftests en advies op maat, contact met lotgenoten via een beveiligd forum, een gratis online zelfhulpprogramma (met een dagboek en oefeningen, het wordt aangeraden om het programma gedurende 12 weken te volgen).

De site Gokhulp beschikt sinds januari 2017 ook over een online begeleidingsprogramma voor personen voor wie autonome hulp niet volstaat of voor wie gepersonaliseerde ondersteuning nodig is. Het programma werd uitgewerkt door de Universiteit van Antwerpen en de Universiteit van Amsterdam, in samenwerking met CAD Limburg, en is gebaseerd op enerzijds een combinatie van motivatiegesprekken en cognitieve gedragstherapie en anderzijds op de 'Cognitive Bias Modification' (CBM). CBM is een experimentele therapievorm die zich toespitst op de invloed van onbewuste processen, meer bepaald de invloed van vertekeningen (bias) op het vlak van aandacht, geheugenassociaties en handelsdrang (Wiers et al., 2013). Het behandelingsprotocol zal dus proberen om de processen zowel bewust (motivatiegesprek, CGT) als onbewust (CBM) te beïnvloeden. Het programma duurt negen weken, met wekelijks een online gesprek en een CBM-training en biedt de mogelijkheid tot nog drie extra weken naargelang de behoeften. Een gelijkaardig online CGT-programma heeft zijn doeltreffendheid bewezen bij alcoholproblemen (www.alcoholhulp.be, Reculé & Vanderplasschen, 2014). De studie naar de meerwaarde van CBM, bovenop CGT, voor gokverslaving loopt nog. Personen met een gokstoornis vertonen echter dezelfde lacunes wat betreft de responsinhibitie op de uitlokkende factoren voor motivatie, het beloningssysteem en de besluitvormingsprocessen als bij alcohol. Uit wetenschappelijk onderzoek van Prof. Reinout Wiers en collega's (Wiers, et al, 2011) blijkt dat een training gericht op het verminderen van de automatische neiging om naar alcohol toe te bewegen, kan leiden tot een lager risico op terugval. De onderzoekers traiden een groot aantal cliënten van een verslavingskliniek (Duitsland) om foto's met alcohol van zich af te duwen en foto's met frisdrank naar zich toe te trekken. Na een jaar bleken in deze groep minder cliënten te zijn teruggevallen dan in de groep die een placebo training had gevolgd (Eberl et al., 2013). Naar alle waarschijnlijkheid zal deze methode op dezelfde manier werken bij personen met een gokstoornis (Brevers et al., 2011; Brevers et al., 2012; Brevers & Noël, 2013; Hønsi et al., 2013, Boffo et al., in voorbereiding).

De site biedt ook de mogelijkheid tot doorverwijzing naar andere instellingen voor ambulante en residentiële zorg, en geeft links naar andere sites zoals www.eerstehulpbijschulden.be, www.zelfmoord1813.be en www.druglijn.be.

Tussen 2013 en 2016 bezochten meer dan 250.000 personen de site in het Nederlands, meer dan 180.00 personen vulden de checklist in om hun gedrag te evalueren, 2.774 personen deden de test en 785 personen startten met het hulpprogramma (van wie 80% nooit eerder hulp had gezocht).

In 2017 waren er op 9 maanden tijd meer dan 50 aanvragen voor de online begeleiding. Opvallend is dat heel wat aanmelders psychisch ernstig lijden, al dan niet als gevolg van een gokstoornis. 20 van de eerste 30 aanmelders (66,66%) hadden afgelopen 3 maanden zelfmoordgedachten, 23,33% deed ooit een zelfmoordpoging waarvan 4 personen het afgelopen jaar. Wat in de literatuur beschreven staat als een significante link tussen gokstoornissen en suïcidepogingen, (Newman & Thompson, 2007; Martinotti G, et al., 2016) geldt mogelijk ook voor Belgische personen met een gokstoornis. Het psychisch lijden kan immers enorm groot zijn bij deze groep. Comorbiditeit speelt hierbij vaak een rol. En dikwijls wellicht ook een uitzichtloze financiële situatie en de schaamte hierrond om hulp te zoeken

De sites van Info-Drogues en van de DrugLijn zijn ook doorlopend bereikbaar voor hulp via internet. Bij de Druglijn is het percentage vragen in verband met gokken ten opzichte van vragen in verband met andere middelen de laatste jaren toegenomen (van 1% in 2005 naar 4% in 2015). Op de DrugLijn website zijn ook zelftesten beschikbaar, onder andere over gokken, met persoonlijke feedback voor de gebruikers.

De *Clinique du Jeu* biedt via internet ook een gratis hulpprogramma aan (<http://stopjeu.cliniquedujeu.be/>) voor gokkers die willen stoppen of minderen met kansspelen.

4.4.3 Brochures

De Kansspelcommissie en de Nationale Loterij hebben een brochure met de adressen van de beschikbare diensten samengesteld.

De VAD heeft ook een handleiding opgesteld voor de medewerkers van de OCMW's en de CAW's, en een brochure voor de gokkers ('Gokken'), die de vzw Le Pélican en de *Fedito Wallonne* hebben vertaald in het Frans ('*Les jeux sont faits. Rien ne va plus*').

4.4.4 Zelfhulpgroepen

Er is maar één zelfhulpgroep voor gokkers in Vlaanderen, die is ontstaan uit de praatgroep van het CAD Limburg. Gokkers kunnen ook deelnemen aan vergaderingen die worden georganiseerd door SOS Nuchterheid.

Volgens de factsheet van de VAD nemen in Vlaanderen jaarlijks 75 à 100 personen hiervoor contact op met een zelfhulpgroep.

In Brussel is er één zelfhulpgroep naar het model van de Anonieme Alcoholisten (Anonieme Gokkers), Wallonië heeft er twee (in Luik en in Marche-en-Famenne). Idealiter zou er minstens één groep per provincie moeten zijn.

4.5 Diensten met een specifiek aanbod voor gokstoornissen

Bepaalde diensten hebben een specifiek aanbod ontwikkeld voor gedragsverslavingen.

In de Franstalige Gemeenschap is er in Brussel de *Clinique du Jeu & autres addictions comportementales* (CHU Brugmann) die multidisciplinaire begeleiding (psychologische, sociale, medische en familiale begeleiding) biedt op individuele basis, voor het gezin of voor het koppel. De follow-up kan ook rechtstreeks gericht zijn op de naasten van de gokkers (steun in de vorm van informatie over de aandoening, welke houding aannemen ten opzichte van de gokker of doorverwijzing naar ondersteunende psychotherapie). De *Clinique du Jeu* werkt bovendien samen met andere gespecialiseerde therapeuten (kinderpsychiatrie, stemmingsstoornissen, alcoholverslaving, rookverslaving, andere verslavingen enz.) en organiseert liaisonconsultaties met de ziekenhuisopname-eenheden van het CHU Brugmann.

Er is ook een specifiek aanbod beschikbaar in Brussel bij de vzw *Le Pélican* en in de “*Clinique des troubles liés à Internet et au jeu*” in de *Cliniques Universitaires Saint-Luc*.

In Wallonië zijn er het dagziekenhuis *La Clé* (Luik), het ambulante centrum *Sésame* (Namen), de ambulante consultaties in het ziekenhuis *Vincent Van Gogh* (Charleroi) en het *Centre ALFA* (GGZ - Luik), waar gokkers, mensen uit hun omgeving en iedereen met interesse voor het onderwerp (leraars, zorgverleners enz.) terecht kunnen voor psychologische en sociale hulp. Verschillende van deze diensten (*Clinique du Jeu*, *Le Pélican*, *La Clé* en het *Centre Alfa*) hebben bovendien een werkgroep 'gokverslaving en hulp voor gokkers' opgericht voor de Franse Gemeenschap.

Deze diensten bieden ook verschillende informatiekanalen aan en organiseren praat- en steungroepen voor ouders op individuele basis of in groep (zie punt 4. Zelfhulp voor meer informatie).

De vzw *Nadja* biedt in samenwerking met het *Centre de Référence en Santé Mentale* (CRéSaM) een opleiding voor zorgverleners aan over gebruik en problematisch gebruik van ICT.

In Vlaanderen hebben 23 gespecialiseerde centra in verslavingszorg een aanbod naar mensen met een gokverslaving. Hiervan werken 11 ambulant, 8 residentieel, 2 semi-residentieel en 2 met crisisopname.

De VAD, die de Vlaamse diensten die werken met verslavingen overkoepelt, ontwikkelt ook een breed gamma activiteiten in verband met gokverslaving, meestal in samenwerking met andere organisaties uit de sector (opleidingssessies, online zelftests om het gokgedrag te evalueren enz.).

Al deze diensten hebben een multidisciplinair aanbod dat zowel op het individu als de omgeving gericht is. Sommige diensten bieden ook een groepsprogramma aan. Het omvat psychoeducatie, psychotherapie met naast gedragstherapie vaak ook andere invalshoeken zoals systeemtherapie, gestalttherapie, enz. Er is samenwerking met andere diensten en specialisten voor de comorbide aandoeningen en met sociale diensten en OCMW voor de sociale en financiële problemen.

IV CONCLUSIES EN ALGEMENE AANBEVELINGEN

Gokstoornissen veroorzaken ernstig leed bij gokkers en hun naasten en dienen aangepakt te worden. Het is van belang om een multidimensionaal probleem door een simultane aanpak van verschillende soorten maatregelen te implementeren. Om het risico op problematisch gokken te verkleinen, is het dus nodig om tegelijk de drie aspecten die een rol spelen bij het ontstaan van verslavingen aan te pakken, namelijk de individuele, omgevings- en gokgerelateerde factoren en factoren verbonden met de organisatie van de zorg.

De HGR raadt aan:

1. het onderzoek in dit domein uit te breiden:
 - a. de kennis over de problematiek verbeteren via epidemiologische en sociologische studies (met bijzondere aandacht voor online kansspelen);
 - b. pilootprojecten opzetten om de doeltreffendheid van de behandelingen te evalueren (onder andere differente profielen van gokkers, verspreid over meerdere jaren en met een evaluatie luik);
 - c. de gegevens van operatoren moeten door onafhankelijke onderzoekers kunnen worden gecontroleerd en gebruikt.

2. structurele maatregelen te treffen in verband met het spelaanbod:
 - a. reclame verbieden;
 - b. de beschikbaarheid van het gokken beperken (openingsuren, toegangscontrole, toegang verboden voor jongeren onder 21 jaar enz.);
 - c. het spelaanbod reguleren (van alle types);
 - d. het gebruik van strategieën van zelfcontrole (uitsluitingen, limieten, enz.) promoten bij gokinstellingen;
 - e. uitsluitingssysteem verfijnen en beter bekendmaken, en controle op de toepassing door een onafhankelijk controleorgaan;
 - f. de gokinstellingen ertoe verplichten om gokkers bij wie een gokprobleem kan worden vermoed, hierop attent te maken en hen naar de zorgverlening te verwijzen (en de naleving van deze verplichting controleren).

3. de kennis over gokverslaving, en het beschikbare zorgaanbod te verbeteren:
 - a. bij eerstelijnszorgverstrekkers (en meer bepaald artsen en sociale werkers) en hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg om een vroege detectie en interventie te verbeteren. Hiervoor moeten screening instrumenten worden ontwikkeld of gevalideerd;
 - b. van de algemene bevolking om het taboe betreffende de gokproblematiek te verminderen (sensibiliseringscampagnes);
 - c. bij de gespecialiseerde hulpverleners: meer kennis en inzetten op vorming en opleiding;
 - d. de kennis en de vaardigheden van gokkers verhogen om de controle over hun gokgedrag te versterken.

4. het bestaande zorgaanbod uit te breiden:
 - a. voorzien in meer gespecialiseerde centra (bijvoorbeeld via RIZIV-conventies);
 - b. voorzien in zelfhulpgroepen in elke provincie;
 - c. het aanbod aan online behandelingsmogelijkheden uitbreiden en bestendigen;
 - d. het aanbod differentiëren (onder andere residentiele aanbod, groepswerking in elke provincie)

Om deze maatregelen te implementeren, is uiteraard samenwerking tussen verschillende sectoren (economie, justitie, onderzoek, gezondheid, sociale zaken enz) nodig.

V REFERENTIES

APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: Author; 2000.

APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. Washington, DC: Author; 2013.

Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;97(5):487-99.

Blaszczynski A. A critical examination of the link between gaming machines and gambling-related harm. *J. Gambl. Business and Economics* 2013;7(3).

Blinn-Pike, L., Worthy, S. L., & Jonkman, J. N. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine* 2010, 47(3), 223–36.

Brevers, D., Cleeremans, A., Tibboel, H., Bechara, A., Kornreich, C., Verbanck, P., & Noël, X. (2011). Reduced attentional blink for gambling-related stimuli in problem gamblers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 265–9. doi:10.1016/j.jbtep.2011.01.005.

Brevers, D., Cleeremans, A., Verbruggen, F., Bechara, A., Kornreich, C., Verbanck, P., & Noël, X. (2012). Impulsive Action but Not Impulsive Choice Determines Problem Gambling Severity. *PLoS ONE*, 7(11). doi:10.1371/journal.pone.0050647.

Brevers, D., & Noël, X. (2013). Pathological gambling and the loss of willpower: a neurocognitive perspective. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 3, 21592. doi:10.3402/snp.v3i0.21592
Boffo et al., in voorbereiding.

Boffo, M., Smits, R., Salmon, J.P., Cowie, M., de Jong, D.T.H.A., Salemink, E., Collins, P., Stewart, S.H., & Wiers, R.W. (2017, in progress). The role of automatic approach tendencies towards gambling cues in problem and non-problem gamblers

Boffo, M., Willemen, R., Pronk, T., Wiers, R.W., & Dom, G (2015). Internet based retraining as a treatment for gambling disorders. *European psychiatry*, 30(S1), 125. DOI: 10.1016/S0924-9338(15)30104-8.

Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 2001;52:685-716.

Chebli JL, Blaszczynski A, Gainsbury SM. Internet-Based Interventions for Addictive Behaviours: A Systematic Review. *J Gambl Stud* 2016;32(4):1279-304.

Codagnone C, Bogliacino F, Ivchenko A, Veltri G et Gaskell G. Study on online gambling and adequate measures for the protection of consumers of gambling services. Luxembourg: European Commission. Final Report, 2014.

Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD008937.

- Cunningham JA, Hodgins DC, Toneatto T, Murphy M. A randomized controlled trial of a personalized feedback intervention for problem gamblers. *PLoS One* 2012;7(2):e31586.
- Custers, S., Coteur, K, & Boonen, H. (2017). Gokgedrag van jongeren in België. Factsheet van een studie naar prevalentie, preventie en vroeginterventie. Diepenbeek: UC Leuven-Limburg.
- de Bruin DE. Kansspellerslaving, risico's en preventie. Literatuuronderzoek naar de risico's van kansspelen en de aard en effectiviteit van preventieve maatregelen. Utrecht: CVO – Research & Consultancy; 2015.
- Dowling NA, Cowlshaw S, Jackson AC, Merkouris SS, Francis KL, Christensen DR. The Prevalence of Comorbid Personality Disorders in Treatment-Seeking Problem Gamblers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49(6):519-539.
- Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2013). Approach bias modification in alcohol dependence: do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 38–51. doi:10.1016/j.dcn.2012.11.002.
- Hønsi, A., Mentzoni, R. A., Molde, H., & Pallesen, S. (2013). Attentional bias in problem gambling: a systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 29(3), 359–75. doi:10.1007/s10899-012-9315-
- Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep* 1997;80(1):83-8.
- Johnson EE, Hamer RM, Nora RM. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers: a follow-up study. *Psychol Rep* 1998;83(3 Pt 2):1219-24.
- Labuzek K, Beil S, Beil-Gawelczyk J, Gabryel B, Franik G, Okopien B. The latest achievements in the pharmacotherapy of gambling disorder. *Pharmacol Rep* 2014;66(5):811-20.
- Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987;144(9):1184-8.
- Lorains FK, Cowlshaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 2011;106(3):490-8.
- Luquiens A, Tanguy ML, Lagadec M, Benyamina A, Aubin HJ, Reynaud M. The Efficacy of Three Modalities of Internet-Based Psychotherapy for Non-Treatment-Seeking Online Problem Gamblers: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2016;18(2):e36.
- Martinotti G, Sarchione F, Fiori F, Corbo M, Poloni N, Tarricone I et al. Gambling Disorder and Suicide: An Overview of the Associated Co-Morbidity and Clinical Characteristics. *Ijhrba – International Journal of High Risks Behaviors & Addiction* 2016. Internet: http://ijhrba.portal.tools/?page=article&article_id=30827.

Merkouris S, Thomas A, Shandley K, Roda S, Oldenhof E, Dowling NA. An update on gender differences on the characteristics associated with problem gambling: a systematic review. *Current Addiction Reports*, 3(3), 254–267. Internet: https://www.researchgate.net/publication/304622712_An_Update_on_Gender_Differences_in_the_Characteristics_Associated_with_Problem_Gambling_a_Systematic_Review.

Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts MC, Godderis L, Vanmeerbeek M, Eyssen M, Paulus D. Reduction of the treatment gap for problematic alcohol use in Belgium. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 258. D/2015/10.273/116.

Monaghan S, Wood R. Internet-based interventions for youth dealing with gambling problems. *Int J Adolesc Med Health* 2010;22(1):113-28.

Newman SC, Thompson AH. The association between pathological gambling and attempted suicide: findings from a national survey in Canada. *Can J Psychiatry* 2007;52(9):605-12.

Potenza MN. Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2008;363(1507):3181-9.

Rash CJ, Petry NM. Psychological treatments for gambling disorder. *Psychol Res Behav Manag* 2014;7:285-95.

Rizeanu S. Proposal for a cognitive model to the treatment of pathological gambling. *Procedia-Social and Behavioral Science* 2012;33:742-46.

Rizeanu S. Pathological Gambling Treatment - Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2015;187:613-18.

Rosenberg KP, Feder LC. Behavioral addictions; 2014.

Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry* 2006;163(2):297-302.

Slutske WS, Zhu G, Meier MH, Martin NG. Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(6):624-30.

Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J. Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *J Gambl Stud* 2009;25(3):407-24.

Suurvali H, Hodgins DC, Cunningham JA. Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *J Gambl Stud* 2010;26(1):1-33.

Thomas S, Merkouris S, Dowling N, Radermacher H, Jackson A, Misso M et al.. Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling: Monash University; 2011. Internet: <http://www.med.monash.edu.au/spahc/pgrtc/guideline/problem-gambling-guidelines-web.pdf>.

Tolchard B, Thomas L, Battersby M. GPs and problem gambling: can they help with identification and early intervention? *J Gambl Stud* 2007;23(4):499-506.

UC Leuven-Limburg Quadri – Empowering People – eSocialWork Gokgedrag van jongeren in België. Factsheet van een studie naar prevalentie, preventie en vroeginterventie. Maart 2017

VAD - Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen. Factsheet Gokken Dececeember 2016; 2016. Internet: .
<http://www.vad.be/materialen/detail/factsheet-gokken>.

van den Brink W. Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. *Curr Drug Abuse Rev* 2012;5(1):3-31.

van Rooij T, DeFuentes-Merillas L, Meerkerk G-J, Nijs I, van de Mheen D et al. Gedragsverslavingen: de stand van zaken in wetenschap en praktijk; 2014. IVO/Stichting Resultaten Scoren: Amersfoort, Holland.

Volberg RA, Munck IM, Petry NM. A quick and simple screening method for pathological and problem gamblers in addiction programs and practices. *Am J Addict* 2011;20(3):220-7.

Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2011). Retraining automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science*, 22(4), 490–7. doi:10.1177/0956797611400615

Wiers, R. W., Gladwin, T. E., Hofmann, W., Salemink, E., & Ridderinkhof, K. R. (2013). Cognitive Bias Modification and Cognitive Control Training in Addiction and Related Psychopathology: Mechanisms, Clinical Perspectives, and Ways Forward. *Clinical Psychological Science*, xx(x), 1–21. doi:10.1177/2167702612466547.

Williams R J, West BL, Simpson RI. Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence and identified best practices. OPGRC - Ontario Problem Gambling Research Centre and MoHLTC - The Ontario Ministry of Health and Long Term Care; 2012. Internet: <https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/3121/2012-PREVENTION-OPGRC.pdf>.

Zack M, Cho SS, Parlee J, Jacobs M, Li C, Boileau I, et al. Effects of High Frequency Repeated Transcranial Magnetic Stimulation and Continuous Theta Burst Stimulation on Gambling Reinforcement, Delay Discounting, and Stroop Interference in Men with Pathological Gambling. *Brain Stimul* 2016;9(6):867-75.

VI SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experten is beschikbaar op de website van de HGR: [wie zijn we?](#).

Al de experten hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR ([belangenconflicten](#)).

De volgende experten hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **MATTHYS Frieda** en het wetenschappelijk secretariaat door GERARD Sylvie.

DOM Geert	Psychiatrie	Uantwerpen
GEIRNAERT Marijs	Gezondheidspromotie	VAD
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	UZ Brussel
MINET Serge	Klinische therapie, behandeling van pathologisch spel en van cyberverslaving	UVC Brugmann
MINOTTE Pascal	Klinische psychologie	CRéSaM
NOEL Xavier	Klinische psychologie	FNRS
SAEREMANS Mélanie	Klinische psychologie	UVC Brugmann
WILLEMEN Ronny	Psychotherapie	CAD Limburg

De volgende administraties/ministeriële kabinetten werden gehoord:

VAN TOMME Nele FOD Volksgezondheid

De volgende firma's/verenigingen/enz. werden gehoord:

Joueurs Anonymes
Limburgse Zelfhulpgroep Gokken

Dit advies werd door een extern vertaalbureau vertaald.

VII BIJLAGE: BEVRAGING GOKKEN DOORVERWIJSGIDS (VAD, JULI-AUGUSTUS 2017)

Synthese

In deze synthese krijg je een beeld van **hoe er specifiek gewerkt wordt** men mensen met een gokproblematiek binnen het Vlaamse hulpaanbod. De bevraging van het Vlaamse hulpaanbod gebeurde in opdracht van de Hoge Gezondheidsraad en vond plaats nadat er al een inventarisatie werd gemaakt voor de **beschikbare evidentie** voor behandeling van gokproblematieken en nadat het **Vlaamse hulpaanbod** (de verschillende soorten diensten die werken rond gokken) in kaart werd gebracht.

Hoge Gezondheidsraad, werkgroep Gokverslaving:

- 1^e fase: beschikbare evidentie voor behandeling + overzicht Vlaams hulpaanbod
- 2^e fase: specifieke aanpak, hoe wordt er gewerkt rond gokproblematiek

Onderzoeksmethodologie

De verschillende diensten binnen het Vlaamse hulpaanbod duiden in de **VAD doorverwijsgids** aan te werken rond alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken, internet/gaming, andere en/of polydruggebruik. Alle diensten die gokken opnemen in de doorverwijsgids werden geselecteerd. Deze selectie bestond zowel uit autonome diensten (bv. CAD Limburg) en verschillende afdelingen die deel uitmaken van een specifieke dienst (bv. CGG Noord-West-Vlaanderen met twee afdelingen in Brugge en een afdeling in Oostende).

In het administratief systeem van de doorverwijsgids is voor elke dienst een **contactpersoon** genoteerd. Bij de bevraging werd deze contactpersoon het aanspreekpunt aan wie meer info werd gegeven. De contactpersoon besliste dan om de vragen zelf te beantwoorden of om een collega door te geven.

De bevraging gebeurde a.d.h.v. een **semi-gestructureerd telefonisch interview**. Vooraf werden een vijftal hoofdvragen geformuleerd. De vragen werden aangevuld met een topiclijst om bij bepaalde antwoorden gerichte verdiepende vragen te kunnen stellen. De volgorde van de vragen lag niet vast en de formulering kon variëren van gesprek tot gesprek. De antwoorden werden in kernwoorden genoteerd. Het gesprek duurde gemiddeld een tiental minuten.

Vragen:

- Ambulante of residentiële werking? (vaak zelf af te leiden)
- Een specifiek aanbod rond gokken? JA/NEEN
 - o Hoe wordt er gescreend? Screeningsinstrument? Specifiek voor gokken?
 - o Is er een kortdurende interventie? Specifiek voor gokken?
 - o Hoe ziet het behandelaanbod eruit? Specifiek voor gokken?
 - o Cliënten betrokken bij de opmaak van hun behandelplan?
 - o Vanuit welke benadering?
 - Psychosociaal: cognitief gedragsmatig, motiverende gespreksvoering, ...
 - Medicamenteus
 - o Individuele en/of groepsaanbod?
- Informeren of doorverwijzen naar een online aanbod?
- Andere ondersteunende maatregelen (zoals zelfuitschrijving en financiële begeleiding):
 - o Informeren of doorverwijzen toegangsverbod KSC?
 - o Informeren of doorverwijzen financiële begeleiding?
- Samenwerking met andere voorzieningen? Specifiek voor gokken?
- Verschillende afdelingen hetzelfde aanbod?

Resultaten

Algemeen

Bij de start van de bevraging waren **42 afdelingen** van in totaal **24 diensten** die in de doorverwijsgids aanduiden te werken rond gokken. Doorheen de bevraging werd 1 afdeling toegevoegd (CGG Waas & Dender, afdeling Lokeren).

De meeste afdelingen binnen één dienst hebben een gelijk aanbod. Deze afdelingen worden niet apart gerekend, maar tellen als één dienst. Andere afdelingen hebben een verschillend aanbod, deze worden wel apart gerekend (bv. een dienst met een residentiële en een semi-residentiële afdeling). Het is dus mogelijk dat de som van de verschillende diensten niet altijd gelijk is aan 100%.

Ambulant - residentiële

Er zijn 23 diensten met een aanbod rond gokken. 11 hiervan werken **ambulant**, 8 werken **residentieel** 2 diensten werken semi-residentiële en 2 werken met **crisisopname** (gekoppeld aan een residentiële dienst).

Aanbod rond gokken

Slechts 4 diensten hebben een **specifiek aanbod** rond gokken (2 ambulante diensten, 2 (semi) residentiële), bij de andere diensten worden mensen met een gokproblematiek geholpen via het **standaardaanbod**, eventueel met aanpassingen naar gokproblematiek toe. Drie diensten/afdelingen geven aan **niet te werken rond gokken**, maar zijn wel opgenomen in de doorverwijsgids, nl. CGG De Drie Stroom, PZ Stuivenberg en afdelingen EPSI en middelengerelateerde stoornissen VE25 (nu: PAAZ afd.A2) binnen AZ Sint-Jan

Screening

1 dienst gebruikt de SOGS (South Oaks Gambling Screen) als instrument om gokken te **screenen**, 1 dienst gebruikt dit instrument als gesprekshandvat. 2 diensten screenen gokken a.d.h.v. een eigen opgestelde vragenlijst. De andere diensten gebruiken geen instrument om te screenen, maar bevragen of bespreken de problematiek.

Benadering

Zo goed als alle diensten geven aan niet via één specifieke **benadering** te werken, maar eerder de verschillende bewezen aanpakken te combineren. Bij het tellen werd een opdeling gemaakt tussen 5 soorten benaderingen (gebaseerd op dossier Gokken VAD en de gegeven antwoorden):

- 1: Cognitieve gedragstherapie (CGT), psycho-educatie,
- 2: Motiverende gespreksvoering,
- 3: harm reduction, terugvalpreventie,
- 4: psycho-analyse, psycho-dynamische benadering,
- 5: systeemtherapeutische benadering.

Het merendeel van de diensten werken cognitief gedragsmatig (18) en met motiverende gespreksvoering (12). 8 diensten gebruiken een systeemtherapeutische benadering. Slechts enkele diensten (4 en 3) geven aan terugvalpreventief en psycho-analytisch te werken als het specifiek gaat om een gokproblematiek.

Individueel - groepsaanbod

Bijna alle diensten bieden een individuele aanpak, 14 hiervan werken louter **individueel** aan de gokproblematiek, terwijl 6 diensten zowel individueel als **groepsgericht** werken. Eén dienst heeft enkel een groepsaanbod voor mensen met een gokproblematiek.

Medicatie

In 17 diensten wordt er met **medicatie** gewerkt, maar in geen enkele dienst is de medicatie specifiek op de gokproblematiek gericht. Er wordt enkel met medicatie gewerkt om tegemoet te komen aan klachten afkomstig van bijkomende/primaire problemen (andere dan het gokken). 4 diensten geven aan helemaal niet met medicatie te werken.

Online aanbod

Twee diensten werken zelf actief met een **online aanbod** rond gokken. 16 diensten informeren en verwijzen door naar het bestaande online aanbod, zo goed als altijd wordt gokhulp.be genoemd. 5 diensten hebben geen online aanbod en verwijzen er niet naar.

Zelfuitsluiting KSC

In 6 diensten kunnen mensen met een gokprobleem begeleid worden bij hun aanvraag tot **zelfuitsluiting bij de Kansspelcommissie (KSC)**. 7 diensten houden het bij informeren over deze mogelijkheid. In 8 diensten wordt over deze mogelijkheid niet gecommuniceerd.

Financiële begeleiding

5 diensten bieden intern enige **financiële begeleiding**, 5 diensten verwijzen hun cliënten/patiënten hiervoor door naar externe hulp. 8 diensten geven aan zowel zelf te begeleiden als door te verwijzen.

Doorverwijzing en samenwerking

Doorverwijzing en samenwerking gebeurt meestal ambulantly. 20 diensten noemen een doorverwijzing en/of samenwerking met OCMW of CAW. Dit is voornamelijk in het kader van budgetbegeleiding en andere financiële begeleiding. 7 diensten geven aan samen te werken met huisartsen, advocaten of thuisbegeleiding.

13 diensten **verwijzen** door naar een **ambulante dienst** (zoals een CGG (10) en/of privétherapeuten (4)). Ook 10 diensten verwijzen naar een **residentiële setting** (zoals een PAAZ-afdeling (1), gokkliniek (1), psychiatrisch ziekenhuis/kliniek (5), therapeutische gemeenschap (2) of beschut wonen (1)).

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experts (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 30 leden van de pool van benoemde experts). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar info.hgr-css@health.belgium.be.



www.hgr-css.be



Deze publicatie mag niet worden verkocht.



federale overheidsdienst

**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**