

Website en internetbehandeling

www.gokkendebaas.nl

Hoe kunnen risico- en probleemgokkers worden bereikt en welke factoren beïnvloeden de intentie tot behandeling?



L.J.M. Meijer || december 2009



UNIVERSITEIT TWENTE.

Website en internetbehandeling

www.gokkendebaas.nl

Hoe kunnen risico- en probleemgokkers worden bereikt en
welke factoren beïnvloeden de intentie tot behandeling?

L.J.M. Meijer

Tactus Verslavingszorg
Enschede, december 2009

Afstudeercommissie:

Dr. J.E.W.C. van Gemert-Pijnen (eerste begeleider MCS, Universiteit Twente)

Dr. M.E. Pieterse (eerste begeleider MPS, Universiteit Twente)

Dr. F. Verhoeven (tweede begeleider, Universiteit Twente)

Drs. E. ter Huurne (begeleider, Tactus Verslavingszorg)

SAMENVATTING

Aanleiding

Nederland telt een aanzienlijk aantal risico- en probleemgokkers, maar slechts een klein percentage van deze gokkers zoekt hulp voor hun problemen. Risicogokkers gokken regelmatig en kunnen zich ontwikkelen tot probleemgokkers. Probleemgokkers spelen veel, verliezen veel geld en hebben een negatieve invloed op hun leven en de mensen in hun omgeving. Hierdoor komen zij in financiële, maatschappelijke en psychische problemen. Behalve risico- en probleemgokkers zijn er ook recreatieve gokkers die af en toe gokken. Als gevolg van schaamte en angst voor falen doen veel problematische gokkers er alles aan om hun problemen verborgen te houden. Hierdoor is het met name voor de professionele hulpverlening moeilijk om deze individuen te bereiken. Om de drempel tot de hulpverlening te verlagen, is het bij Tactus Verslavingszorg mogelijk om via de website www.gokkendebaas.nl (GdB) een online behandeling te volgen om het gokgedrag onder controle te krijgen en te houden. De potentiële cliënten zijn echter moeilijk te bereiken en dit belemmert het verkrijgen van de gewenste informatie over de doelgroep, zoals de benaderwijze. Om beter aan te kunnen sluiten op de behoeften van de doelgroep is het voor Tactus Verslavingszorg van belang om te weten welke factoren van invloed zijn op de aanmelding voor een online behandeling.

Doel

Ten eerste wordt getracht de factoren in kaart te brengen die van invloed zijn op de intentie om een behandeling te volgen. Ten tweede wordt getracht om effectieve manieren in kaart te brengen om problematische gokkers beter te bereiken en tot slot wordt gestreefd naar een beter inzicht in de manieren om de bekendheid van GdB te vergroten.

Onderzoeksopzet

In het onderzoek is gebruik gemaakt van twee verschillende vragenlijsten: één voor websitebezoekers en niet-bezoekers (N=89) en één voor cliënten in behandeling (N=6). Daarnaast zijn er interviews afgenomen onder cliënten in behandeling (N=2) om aanvullende informatie te verkrijgen.

Resultaten

Risico- en probleemgokkers waren vooral ongehuwde mannen tussen 26 en 35 jaar oud met een fulltime baan, samenwonend met partner of bij ouders en een lager dan gemiddelde opleiding. De resultaten voor geslacht, leeftijd en huwelijkse staat komen overeen met de gegevens uit de literatuur over risico- en probleemgokkers.

Hoewel het internet de belangrijkste bron van informatie over GdB bleek te zijn, was slechts 7.2% van de respondenten bekend met de website en van hen kwamen de meesten bij toeval op

de website terecht. Ruim een kwart van de niet-bezoekers had echter wel de intentie om GdB te bezoeken. Daarnaast bleek de mate van gokverslaving de enige significant verklarende variabele te zijn voor de intentie om een behandeling te volgen.

De veranderingsbereidheid was relatief hoog. 75% van de risico- en probleemgokkers was van plan om hun gokgedrag binnen zes maanden te veranderen, terwijl 25% dit in de voorgaande zes maanden al had gedaan.

Gebleken is dat de respondenten graag zelf de plaats, tijd en het tempo van de behandeling willen bepalen (de vorm), maar dat zij wel behoefte hebben aan structuur en sturing tijdens de behandeling (de inhoud).

Schaamte, angst voor de mening van anderen en de effectiviteit van een behandeling bleken belangrijke barrières te zijn om zich aan te melden voor een behandeling, evenals het verstrekken van persoonlijke gegevens aan een zorgverzekeraar.

Over het algemeen werd de internetbehandeling goed beoordeeld door de cliënten in behandeling met een gemiddeld cijfer van 7.7. Sterke punten van de internetbehandeling waren overzichtelijkheid, betrouwbaarheid, geloofwaardigheid, aanmeldprocedure, aangeboden informatie, leesbaarheid, begrijpelijke teksten en duidelijke uitleg over de internetbehandeling. Enkele zwakke punten waren de klikbare elementen, de ontvangen berichten en de invulmethode van het gokschrift waar het gokgedrag kon worden geregistreerd. Ruim tweederde van de cliënten gaven aan dat zij de internetbehandeling zeker zouden aanraden aan anderen die overmatig gokken. Het drop-out percentage binnen de totale cliëntenpopulatie was echter hoog (60.9%).

Conclusie

Om GdB onder de aandacht van de doelgroep te brengen is meer reclame nodig via media waarbij het individu enige mate van anonimiteit behoudt, zoals tijdschriften, e-mail en sms. Hierbij moet de nadruk liggen op het doel van GdB, de anonieme en kostenloze behandeling, de hulp bij het stoppen, feiten over de winkansen en de werkwijze tijdens de internetbehandeling. Om probleemgokkers te bereiken, wordt een samenwerking met het Holland Casino, amusementscentra en goksites aangeraden. Vervolgonderzoek zou zich met name moeten richten op kwalitatief onderzoek naar de verbetering van de gebruiksvriendelijkheid (usability) van de internetbehandeling, zoals gebruikerstests en het stimuleren van lotgenotencontact onder andere door middel van het forum.

ABSTRACT

Rationale

There are quite some risk and problem gamblers in The Netherlands, but only a small percentage of these gamblers seeks help for their problems. Risk gamblers gamble regularly and could develop problematic gambling behavior. Problem gamblers are individuals who gamble a lot, lose a lot of money and who negatively influence their own lives and those of others, resulting in financial, social and psychological problems. Besides risk and problem gamblers, there are also recreative gamblers who gamble irregularly. As a consequence of shame and fear for failure, a lot of problematic gamblers do everything within their power to hide their problems. This makes it very hard for the professional caretaking to reach these individuals. To lower the threshold to the professional care, Tactus Verslavingszorg (addiction care) has made it possible to follow an online treatment through the internet at www.gokkendebaas.nl (GdB) which aims to get and keep the gambling behavior under control. However, the potential clients are hard to reach and this hinders the obtainment of the desired information about the target group, such as the ways in which the target group can be reached. In order to create a better fit to the needs of the target group, it is of interest for Tactus Verslavingszorg (addiction care) to know which factors influence the intention to follow an online treatment for gambling behavior.

Aim

First of all this research tries to analyze the factors which influence the intention to apply to treatment. Secondly it tries to analyze effective ways in which problematic gamblers can be reached and the final aim is to better understand the ways to increase the familiarity with GdB.

Methodology

The research uses two different questionnaires: one for the website visitors and non-visitors (N=89) and one for the clients who are or have been following the internet treatment (N=6). Furthermore, interviews have been conducted among the clients to obtain supplementary information (N=2).

Results

Risk and problem gamblers mostly were unmarried males within the age of 26 to 35 years with a fulltime job, living together with a partner or living with parents and with a lower than average education. The results for gender, age and marital status are in line with the literature about risk and problem gamblers.

Even though the internet appeared to be the most important source of information about GdB, only 7.2% of the respondents were familiar with the website and most of them accidentally visited the website. However, more than a quarter of the non-visitors had the intention to visit GdB.

Besides that, the severity of the gambling addiction appeared to be only significant explaining variable of the intention to follow treatment.

The readiness to change was relatively high. 75% of the risk and problem gamblers intended to change their gambling behavior within six months, while 25% changed their gambling behavior in the previous six months.

Respondents have the need to determine the place, time and pace of the treatment for their own (the form), but they do have the need for structure and steering during the treatment (the content).

Shame, fear for the opinion of others and the effectiveness of a treatment appeared to be the most important barriers to apply for treatment, just like providing personal information for the health insurance.

Overall, the internet treatment was judged well by the clients who follow the online treatment, with an average mark of 7.7. Strong elements of the internet treatment were well-organized, reliable, credible, procedure of registration, offered information, legible, intelligible texts and good explanation about the internet treatment. Some weak elements were the clickable elements, the received messages and the gambling registration. More than two third of the clients would suggest the internet treatment to others with problematic gambling behavior. However, the drop-out percentage within the total client population was high (60.9%).

Conclusion

To bring GdB to the attention of the target group, more advertisement is needed through media with which the individual remains anonymous like magazines, e-mail and text messages. The focus of attention should be on the purpose of GdB, the anonymous and costless treatment, the help to quit gambling, facts about the winning odds and the procedure during the internet treatment. To reach problem gamblers, a cooperation with the Holland Casino, gambling centres and gambling websites is suggested. Further research should focus on qualitative research about the improvement of the usability of the internet treatment like user tests and stimulating contact between problem gamblers by means of the forum.

VOORWOORD

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie, een onderzoek uitgevoerd voor de master Communication Science en voor de master Psychology van de Universiteit Twente in opdracht van Tactus Verslavingszorg. Het overkoepelende thema van het onderzoek is de website www.gokkendebaas.nl (GdB) en de internetbehandeling (IB) voor individuen met een gokverslaving. De scriptie bestaat uit een combinatie van twee onderzoeken voor de bovengenoemde studies die elkaar gedeeltelijk overlappen. Voor Communicatiewetenschap (CW) is onderzocht welke benaderingswijzen effectief zijn bij het bereiken van risico- en probleemgokkers en voor Psychologie (Psy) is onderzocht welke factoren van invloed zijn op de intentie voor aanmelding voor de internetbehandeling. Gecombineerd afstuderen brengt extra moeilijkheden met zich mee. Zo bleek het soms lastig om een duidelijk onderscheid te behouden tussen de beide studies en om aan de eisen van de twee afstudeercommissies te voldoen, vooral bij de rapportage van de resultaten. Ik vind daarbij wel dat ik me gelukkig mag prijzen met mijn begeleiders en hun expertise. Door het enthousiasme, de nuttige input en de kritische blik van dr. Lisette van Gemert-Pijnen, mijn 1^e begeleidster vanuit CW, heb ik het contact met haar als prettig en leerzaam ervaren. De expertise van dr. Marcel Pieterse, mijn 1^e begeleider vanuit Psy, was voor mij erg belangrijk bij het analyseren en verwerken van de data. Drs. Elke ter Huurne heeft mij enorm geholpen met alle informatie vanuit Tactus Verslavingszorg, het wegwijs maken binnen de organisatie en de dagelijkse begeleiding. Door het enthousiasme en de gezellige gesprekken met dr. Fenne Verhoeven hervond ik, vooral tijdens de respondentenwerving, meerdere keren de motivatie om door te gaan en het beste uit mijn onderzoek te halen. Daarnaast vond ik haar functie als tweede begeleider voor beide studies ideaal, omdat zij op deze manier de eisen van de studies samen kon brengen tot één geheel. Ik wil mijn begeleiders bedanken voor hun unieke rol tijdens mijn afstudeerperiode, maar ik wil hen vooral gezamenlijk bedanken voor de goede samenwerking als afstudeercommissie.

Behalve mijn begeleiders wil ik ook graag mijn ouders en Dominique bedanken. Jullie gaven mij afleiding na de soms lange dagen bij Tactus en wanneer ik daar behoefte aan had kon ik mijn hart bij jullie luchten. Verder wil ik Marjolein, Ebru, Zakiya, Marina, maar vooral Dine bedanken voor de interesse in en betrokkenheid bij mijn afstudeeronderzoek en de steun die ik op sommige momenten heel hard nodig had.

Leonie Meijer

December 2009

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	11
1.1 Achtergrond	11
1.2 Prevalentie	12
1.3 Tactus Verslavingszorg	13
1.4 www.gokkendebaas.nl	13
1.5 Onderzoek	15
1.6 Opbouw scriptie	15
2. THEORETISCH KADER	17
2.1 Profielschets problematische gokkers	17
2.2 Zoeken naar hulp voor gokproblemen	18
2.2.1 Redenen om hulp te zoeken	18
2.2.2 Barrières bij het zoeken naar hulp	19
2.2.3 Barrières bij het zoeken naar hulp via internet	19
2.2.4 Opheffen van de barrières	21
2.3 Zoekgedrag op het internet	21
2.4 De effectiviteit van online gezondheidbevorderende interventies	22
2.5 Transtheoretical Model of Change	23
2.6 Diffusion of Innovations Theory	25
2.7 Uses and Gratifications Approach	28
2.8 Onderzoeksmodel	30
2.8.1 Motieven	30
2.8.2 Maatschappij en media-aanbod	31
2.8.3 Indeling TTM model	31
2.8.4 Mediagebruik of ander gedrag	31
2.8.5 Ontvangen gratificaties	32
2.8.6 Adoptie of verwerping	32
2.9 Onderzoeksvragen	34
3. METHODEN	36
3.1 Onderzoeksopzet	36
3.2 Respondenten en procedure	36
3.2.1 Cliënten in behandeling	36
3.2.2 Websitebezoekers en niet-bezoekers	37

3.3 Instrumenten	40
3.3.1 Vragenlijst voor cliënten in behandeling	40
3.3.2 Vragenlijst voor websitebezoekers en niet-bezoekers	42
3.3.3 Telefonische Interviews	44
3.4 Analyse van de gegevens	44
3.4.1 Vragenlijsten	44
3.4.2 Telefonische Interviews	45
4. RESULTATEN ALGEMEEN	46
4.1 Respons	46
4.2 Betrouwbaarheid	46
4.3 Achtergrondvariabelen	48
4.3.1 DSM-IV gokschaal	48
4.3.2 Profiel websitebezoekers en niet-bezoekers	49
4.3.3 Vergelijking demografische variabelen van risico- en probleemgokkers met de literatuur	51
4.3.4 Gebruiksprofiel van de cliënten in de internetbehandeling	54
4.3.5 Behandeling gokgedrag en andere problemen	54
4.4 Conclusie	56
5. COMMUNICATIEKUNDIGE ASPECTEN GDB	58
5.1 Bekendheid van gokkendebaas.nl	58
5.1.1 Huidige bekendheid van gokkendebaas.nl	58
5.1.2 Geïnformeerd over de website en de internetbehandeling	60
5.1.3 Tijd tussen geïnformeerd en bezocht/aangemeld	60
5.1.4 Plekken problematische gokkers te bereiken	61
5.1.5 Manieren om problematische gokkers te bereiken	61
5.1.6 Websitebezoek	62
5.1.7 De boodschap voor problematische gokkers	63
5.1.8 De beste manier om problematische gokkers te bereiken	64
5.1.9 Verschil in benaderingswijze m.b.t. de bereidheid tot veranderen	66
5.1.10 Samenvatting	66
5.2 De internetbehandeling	68
5.2.1 De internetbehandeling in het algemeen	68
5.2.2 De inhoud van de internetbehandeling	68
5.2.3 De technische aspecten van de internetbehandeling	69
5.2.4 De vormgeving van de internetbehandeling	69
5.2.5 De klikbare elementen in de internetbehandeling	70
5.2.6 Het gokschrift	70
5.2.7 De ontvangen berichten	71

5.2.8 Het cijfer voor de verschillende onderdelen	72
5.2.9 Suggesties ter verbetering van de internetbehandeling	72
5.2.10 Adoptie of verwerping van de internetbehandeling	73
5.3 Conclusie	73
6. PSYCHOLOGISCHE ANALYSE GEDRAGSDETERMINANTEN	75
6.1 Beïnvloedende factoren bij de aanmelding voor een (internet)behandeling	75
6.1.1 Voordelen van een internetbehandeling	75
6.1.2 Nadelen van een internetbehandeling	78
6.1.3 Ervaren barrières bij het aanmelden voor een (internet)behandeling	80
6.1.4 Opheffen van de barrières	82
6.1.5 Belangrijkste redenen voor het aanmelden voor een internetbehandeling	83
6.1.6 Samenvatting	84
6.2 Bereidheid tot veranderen van het gedrag	85
6.2.1 De veranderingsbereidheid van risico- en probleemgokkers	85
6.2.2 Verschillen in de ervaren voor- en nadelen m.b.t. de veranderingsbereidheid	85
6.2.3 Samenhang tussen veranderingsbereidheid en ervaren barrières	86
6.2.4 De verklarende variabelen van de intentie voor het volgen van een behandeling	88
6.3 Conclusie	88
7. CONCLUSIE EN DISCUSSIE	90
7.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen	90
7.1.1 Onderzoeksvraag 1	90
7.1.2 Onderzoeksvraag 2	90
7.1.3 Onderzoeksvraag 3	91
7.1.4 Onderzoeksvraag 4	91
7.1.5 Onderzoeksvraag 5	92
7.1.6 Onderzoeksvraag 6	93
7.1.7 Onderzoeksvraag 7	93
7.2 Praktische en wetenschappelijke meerwaarde van het onderzoek	94
7.3 Toelichting van het ingevulde onderzoeksmodel	94
7.4 Bediscussiëring van de resultaten	97
7.4.1 Beperkingen van het onderzoek	97
7.4.2 Resultaten in het licht van de literatuur	99
7.5 Bediscussiëring van de methoden	101
7.6 Suggesties voor vervolgonderzoek	103
8. AANBEVELINGEN	106

8.1 Aanbevelingen voor beter bereik van de doelgroep en grotere bekendheid	106
8.2 Aanbevelingen voor verbetering van de internetbehandeling	107
8.3 Aanbevelingen om het aantal aanmeldingen te verhogen	108
LITERATUUR	110
BIJLAGEN	117

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk zullen achtereenvolgens de achtergrond van het onderzoek en de prevalentie van gokverslaving worden besproken in §1.1 en §1.2. Vervolgens wordt er in §1.3 en §1.4 kort ingegaan op Tactus Verslavingszorg en www.gokkendebaas.nl. Daarna wordt het huidige onderzoek en het belang ervan toegelicht in §1.5 en §1.6. Ten slotte wordt in §1.7 de opbouw van deze scriptie kort uiteengezet.

1.1 Achtergrond

‘Hij is er de hele dag mee bezig. Niet fysiek, dan wel in zijn hoofd. Het lijkt wel of alles wat hij denkt met gokken te maken heeft. Heb ik nog geld? Hoe kom ik aan geld? Waar kan ik gokken? Is er nog iets open? Internet? Heeft ze het al ontdekt? Kan ik er nog mee weggkomen? Kan ik nog een pasje verkrijgen? Een nieuwe lening afsluiten? Iets verkopen? Hebben mijn ouders wat in de gaten? Zou mijn baas het geld al missen? Piekeren, malen, denken. Hij wordt er beroerd van. Hij voelt zich voortdurend gejaagd en gespannen. Ook angstig. Hoe lang gaat dit nog goed? En wat dan?’ (Tactive, 2009).

Dit zijn vragen en gedachten die een problematisch gokker (oftewel een gokverslaafde) de hele dag bezig kunnen houden. Gokken is het spelen van een kansspel al dan niet voor geld en de uitkomst is meestal niet te voorspellen. Een gokverslaving wordt gedefinieerd als ‘een stoornis in de controle van de neiging om te gaan gokken, wat resulteert in overmatig gokgedrag (steeds grotere bedragen en mislukte pogingen om te stoppen)’ (www.dokterdokter.nl, 2009). Volgens de AGOG (Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers) is iemand gokverslaafd als hij ‘veel speelt, veel geld verliest en zowel zijn eigen leven als dat van de mensen in zijn omgeving negatief beïnvloedt en daardoor in grote financiële, maatschappelijke en psychische problemen komt’ (AGOG, 2009). Er bestaat echter geen objectieve maat om aan te geven wanneer iemand teveel gokt. Dit is namelijk sterk afhankelijk van de persoon zelf, bijvoorbeeld het inkomen of het budget dat iemand heeft. Er zijn echter wel meetinstrumenten beschikbaar die kunnen vaststellen wanneer iemand tot de groep problematische gokkers behoort. Voorbeelden van dit soort instrumenten zijn de DSM-IV gokschaal (Diagnostic Statistic Manual versie vier) en de SOGS (South Oaks Gambling Screen). Deze instrumenten hanteren een aantal stellingen waarop met ja of nee geantwoord kan worden. Wanneer iemand van de tien vragen van de DSM-IV gokschaal, vijf keer of vaker met ‘ja’ beantwoordt, wordt deze ingeschaald als pathologisch oftewel problematische gokker. Naast een probleemgokker kan een individu ook worden ingeschaald als recreatieve gokker of risicogokker. Een recreatieve gokker is iemand die af en toe gokt voor de spanning of voor de gezelligheid. Een risicogokker zit wat betreft gokgedrag tussen een recreatieve gokker en een probleemgokker in. Hoewel er geen duidelijke grens bestaat tussen een recreatieve gokker, een risicogokker en een problematische gokker, kan een problematische gokker wel worden herkend aan de hand van veel voorkomende kenmerken, zoals het verlies

van controle over het eigen handelen, een tolerantietoename ten aanzien van het eigen handelen en onthoudingsverschijnselen (www.gokhulpverlening.nl, 2009).

Voor veel mensen is gokken een onschuldige vorm van (ont)spanning en sommigen laten het bij één of een paar keer gokken. Anderen daarentegen raken verslaafd aan het spel, de spanning of zien het als een uitlaatklep of een manier om te ontsnappen aan de realiteit. Ze hoeven dan even niet aan hun dagelijkse problemen te denken. Wanneer het gokken uit de hand loopt, kan dit vergaande gevolgen hebben op lichamelijk, sociaal, emotioneel, zakelijk en financieel gebied (Fris, 1999; de Bruin, Leenders, Fris, van der Veeke, Braam & van de Wijngaart, 2001; Tactive, 2009). Voorbeelden van lichamelijke klachten zijn: hoofdpijn, vermoeidheid, trillen, transpireren, slaapstoornissen, geheugenverlies en/of maag- of darmklachten. Voorbeelden van psychische klachten zijn: onrust, depressieve stemming, gedachten aan zelfdoding, angsten, achterdocht, schuldgevoelens, agressieve gevoelens en/of minderwaardigheidsgevoelens (www.gokhulpverlening.nl, 2009).

Uit enkele onderzoeken is gebleken dat er een genetische aanleg bestaat voor de ontwikkeling van problematisch gokgedrag. Ibáñez, Blanco, de Castro, Fernandez-Piqueras & Sáiz-Ruiz (2003) vonden bijvoorbeeld verschillen in de genen van vrouwelijke probleemgokkers en vrouwelijke controleproefpersonen die duiden op de genetische aanleg voor problematisch gokgedrag. Hoewel zij dit niet konden bevestigen, leken deze verschillen dus geslachtsafhankelijk te zijn. Ook Lobo & Kennedy (2009), onderkennen de genetische invloed op de ontwikkeling van probleemgokken. Zij concluderen in hun review van de literatuur dat genetische factoren tussen de 50 – 60% verklaren van de variantie in problematisch gokgedrag. Winters & Rich (1998) concluderen in hun onderzoek onder eenjarige en twee-ejarige tweelingen dat de genetische invloed van belang is bij het ontstaan van sommige typen gokgedrag bij mannen.

1.2 Prevalentie van gokverslaving

Nederland telt naar schatting zo'n 40.000 probleemgokkers en 76.000 risicogokkers ouder dan 16 jaar. Een risicogokker is iemand overmatig gokt en zich mogelijk ontwikkelt tot probleemgokker. Een simpele rekensom laat dan ook zien dat er zich zo'n 116.000 risicovolle deelnemers aan de kansspelen in Nederland bevinden (de Bruin, Meijerman, Leenders & Braam, 2005).

Hoewel Nederland een aanzienlijk aantal risico- en probleemgokkers telt, blijkt uit de kerncijfers van LADIS (Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem) uit 2007, dat slechts 7% van de probleemgokkers hulp zoekt voor hun problemen (LADIS, 2009). Dit lage percentage is vaak het gevolg van de te hoge drempel om contact op te nemen met de hulpverlening of het lage vertrouwen in de professionele hulpverlening. Andere veel genoemde redenen om geen hulp te zoeken voor een gokprobleem zijn: denken het zelf op te kunnen lossen, de beschikbaarheid van behandelingen, stigma, kosten, onzekerheid, vermijdingsgedrag, bijgeloof,

ontkenning, schaamte, trots en gebrek aan vertrouwen in de behandeling of de hulpverlener (Clarke, Abbot, DeSouza, & Bellringer, 2007; Pulford, Bellringer, Abbot, Clarke, Hodgins, & Williams, 2009a; Rockloff & Schofield, 2004).

Veel problematische gokkers denken hun problemen zelf op te kunnen lossen en voor een klein aantal is dit ook het geval. Er zijn echter meer mensen met een gokprobleem die de problemen niet zelf de baas kunnen. Vaak is schaamte en angst voor afwijzing door de sociale gemeenschap een belangrijke reden om zich niet te richten tot de (professionele) hulpverlening. Als gevolg van deze angst en het gevoel van schaamte zullen veel problematische gokkers er alles aan doen om hun problemen verborgen te houden voor de buitenwereld en hun dierbaren. Hierdoor is het met name voor de professionele hulpverlening erg moeilijk om deze mensen te bereiken.

1.3 Tactus Verslavingszorg

Tactus Verslavingszorg is een zorginstelling die zich richt op klantvriendelijke, respectvolle en zorgvuldige voorlichting en advies en/of passende zorg voor mensen die verslaafd zijn of verslaafd dreigen te raken aan alcohol, drugs, medicijnen, gokken, eten of een combinatie daarvan. Zij richt zich zowel op mensen die vrijwillig hulp zoeken als op mensen die mede door hun verslaving in aanraking komen met justitie. Daarnaast richt de organisatie zich op het netwerk van de cliënt, zoals de partner, familie of werkgever. Het doel van Tactus Verslavingszorg is om de risico's voor de gezondheid en veiligheid van haar doelgroepen en de samenleving als gevolg middelengebruik en verslavingsgedrag zoveel mogelijk te beperken.

1.4 www.gokkendebaas.nl

Zoals uit de literatuur is gebleken is het schaamtegevoel en het opgeven van de anonimiteit voor probleemgokkers en voor verslavingen in het algemeen, een belangrijke drempel bij het zoeken naar hulp. Om deze drempel te verlagen, is het sinds kort mogelijk om via internet een behandeling te volgen.

Tactus Verslavingszorg is één van weinige aanbieders van online behandelingen voor verschillende vormen van verslaving. Een voorbeeld hiervan is alcoholverslaving en sinds kort is het ook mogelijk om via de informatieve website www.gokkendebaas.nl (GdB) een internetbehandeling (IB) te volgen voor een gokverslaving (zie figuur 1 en 2). Hierbij blijft de cliënt grotendeels anoniem en heeft via internet persoonlijk contact met een eigen hulpverlener. De behandeling bestaat uit twee delen en duurt gemiddeld 12 tot 16 weken. In het eerste gedeelte van de behandeling worden de gokgewoonten van de cliënt onderzocht en vinden minimaal vijf contactmomenten plaats. Dit gedeelte van de behandeling bestaat uit een aantal stappen, namelijk 'intake', 'lijst SOGS (South Oaks Gambling Screen)', 'voor- en nadelen kennen', 'het gokschrift bijhouden', 'speel wijzer' en 'meten en weten'. Na het afsluiten van het eerste gedeelte van de behandeling, krijgt de cliënt een persoonlijk advies over zijn gokgewoonten.



Figuur 1 Homepagina www.gokkendebaas.nl

Het tweede deel richt zich vooral op de manier waarop de cliënt zijn gokgewoonte kan veranderen en zich daar goed bij voelt. Ook het tweede gedeelte van de behandeling bestaat uit minimaal vijf contactmomenten waarin de volgende stappen voorkomen: 'een doel stellen', 'anders denken', 'anders doen', 'beslissingen' en 'actieplan maken' genoemd. Zoals gezegd vinden er minimaal vijf contactmomenten plaats in ieder deel van de behandeling en maximaal twee per week. Dit is echter afhankelijk van de snelheid waarmee de cliënten de opdrachten maken en terugsturen. Wanneer een cliënt vier weken niet reageert of geen opdracht terugstuurt, dan wordt zijn dossier afgesloten. Dit wordt een drop-out genoemd. Vóór het dossier op deze manier gesloten wordt, krijgt de cliënt nog minimaal één herinnering en één waarschuwing dat het dossier gesloten wordt als de cliënt niet reageert vóór een bepaalde datum. De kosten van de behandeling worden vergoed via de zorgverzekering van de cliënten, maar hiervoor moeten zij wel hun anonimiteit opgeven, aangezien persoonsgegevens benodigd zijn. Een sitemap van de website GdB is bijgevoegd in bijlage 1.



Figuur 2 De beginpagina van de internetbehandeling

1.5 Onderzoek

Zoals in het voorwoord al werd aangegeven rapporteert dit verslag over onderzoek dat is uitgevoerd voor de opleidingen Psychologie en Communicatiewetenschap vanuit de Universiteit Twente. De probleemstellingen zijn dan ook onderverdeeld onder deze studies. Bij Tactus Verslavingszorg zijn verschillende probleemstellingen aan de orde met betrekking tot www.gokkendebaas.nl en de online behandeling voor gokken. Ten eerste is er op dit moment zowel bij Tactus Verslavingszorg, als in de literatuur nog weinig bekend over de factoren die bepalen of iemand zich aanmeldt voor een online behandelmethod (Psy). Ten tweede is er nog weinig bekend over de attitude van de bezoekers en cliënten ten opzichte van de internetbehandeling (CW). Ten slotte is er sprake van een groep moeilijk te bereiken potentiële cliënten, waardoor het lastig is om de gewenste informatie over de doelgroep te verkrijgen en om de doelgroep op de juiste wijze te benaderen (CW). Het is daarom van belang om de factoren te identificeren die het aanmelden voor de IB beïnvloeden en te achterhalen op welke wijze de doelgroep kan worden benaderd.

1.6 Opbouw scriptie

In hoofdstuk 2 zal de theorie worden besproken en zullen het onderzoeksmodel en de onderzoeksvragen met bijbehorende deelvragen worden geformuleerd. In hoofdstuk 3 worden de methoden en meetinstrumenten toegelicht die in dit onderzoek zijn toegepast. Hoofdstuk 4 gaat vervolgens in op de algemene resultaten van het onderzoek, overkoepelend voor beide studies. Daarop volgen communicatiekundige aspecten van GdB in hoofdstuk 5 en de psychologische analyse van de gedragsdeterminanten in hoofdstuk 6. Hoofdstuk 7 bestaat uit de conclusies die volgen uit het onderzoek en de discussie van het onderzoek met suggesties voor

vervolgonderzoek. Hoofdstuk 8 sluit het rapport ten slotte af met concrete aanbevelingen om risico- en probleemgokkers beter te kunnen bereiken en de internetbehandeling te verbeteren.

2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt het theoretische kader waarop het onderzoek is gebaseerd uiteengezet. In § 2.1 wordt eerst een profielschets gemaakt van de problematische gokker. Vervolgens gaat § 2.2 in op de literatuur over de redenen voor en de barrières bij het zoeken van hulp voor een gokprobleem. In § 2.3 wordt de literatuur over het zoekgedrag op internet toegelicht en § 2.4 gaat in op de effectiviteit van online gezondheidsbevorderende interventies al dan niet in vergelijking met face-to-face behandelingen. Het Transtheoretical Model of Change wordt in § 2.5 besproken en de Diffusion of Innovations Theory in § 2.6. In § 2.7 wordt de Uses and Gratifications Approach toegelicht. Onderdelen van deze modellen worden in § 2.8 samengevoegd tot het onderzoeksmodel van dit onderzoek. Ten slotte worden de onderzoeksvragen met bijbehorende deelvragen geformuleerd in § 2.9 op basis van het onderzoeksmodel en de beschreven literatuur.

2.1 Profielschets problematische gokkers

Er zijn talloze onderzoeken uitgevoerd om het profiel van de probleemgokker in kaart te brengen. De literatuur is niet altijd in overeenstemming wat betreft de demografische gegevens van de problematische gokkers, maar naast verschillen zijn er ook overeenkomsten vast te stellen. Zo blijkt uit de resultaten van de meeste onderzoeken dat problematische gokkers over het algemeen mannen zijn (Fris, 1999; de Bruin et al., 2005; Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008; Kessler, Hwang, LaBrie, Petukhova, Sampson, Winters et al., 2008; Cunningham-Williams, Grucza, Cottler, Womack, Books, Przybeck et al., 2005), maar er zijn ook onderzoeken bekend waaruit blijkt dat geslacht geen significante rol speelt bij een gokverslaving (Källmén, Andersson & Andren, 2008; LaPlante, Nelson, LaBrie & Shaffer, 2006). Wat betreft de leeftijd blijkt uit de meeste onderzoeken dat de gemiddelde leeftijd van de problematische gokker rond de 30 jaar ligt en uiteenloopt van 25 tot 50 jaar (Fris, 1999; de Bruin et al., 2005; Ciarrocchi & Richardson, 1989; Källmén et al., 2008; McBride & Derevensky, 2008; Cunningham-Williams et al., 2005; Kessler et al., 2008). Over het algemeen zijn probleemgokkers ongehuwd, alleenstaand of gescheiden (de Bruin et al., 2005; Hing & Breen, 2002; Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008; Cunningham-Williams et al., 2005). Wat betreft het hebben van een baan stemt de literatuur niet altijd overeen. Er zijn onderzoeken waaruit blijkt dat het grootste gedeelte van de problematische gokkers een fulltime of parttime baan heeft (Fris, 1999; Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008), maar er zijn ook onderzoeken waaruit blijkt dat de meeste probleemgokkers juist werkloos zijn (de Bruin et al., 2005; Cunningham-Williams et al., 2005). Ook over het opleidingsniveau is geen duidelijke uitspraak te doen, omdat sommige onderzoeken stellen dat de doorsnee probleemgokker laag opgeleid is (de Bruin et al., 2005; Cunningham-Williams et al., 2005; Kessler et al., 2008), terwijl anderen juist stellen dat deze hoog is opgeleid (Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008). Er zijn enkele onderzoeken waaruit blijkt dat de problematische gokker naast zijn gokverslaving,

ook verslaafd is (geweest) aan andere middelen, zoals nicotine en alcohol (Cunningham-Williams et al., 2005; Kessler et al., 2008; Wiebe & Cox, 2001). Naast de bovengenoemde demografische kenmerken hebben enkele onderzoeken nog andere kenmerken meegenomen, zoals de leeftijd waarop men voor het eerst gokt en geloofsovertuiging. Deze gegevens geven echter geen duidelijk beeld. Tabel 2.1 geeft een overzicht van het profiel van de probleemgokker naar aanleiding van de literatuur.

Tabel 2.1 *Overzicht profiel probleemgokker*

Variabele	Kenmerk
Geslacht	Man
Leeftijd	Gemiddeld 30 jaar (variërend van 25 tot 50 jaar)
Huwelijkse staat	Ongehuwd, alleenstaand of gescheiden
Baan	Geen overeenstemming in de literatuur
Opleiding	Geen overeenstemming in de literatuur
Andere verslavingen	Nicotine en/of alcohol

2.2 Zoeken naar hulp voor gokproblemen

Zoals in de inleiding al werd aangegeven zoekt slechts een klein percentage van de problematische gokkers hulp voor de gokproblemen waar zij mee te maken hebben. Er is relatief veel onderzoek gedaan naar de redenen voor probleemgokkers om wel of juist geen hulp te zoeken (Clarke et al., 2007; Pulford et al., 2009a; Pulford, Bellringer, Abbot, Clarke, Hodgins & Williams, 2009b; Rockloff & Schofield, 2004). Ook wordt in de literatuur aangegeven wat er zou moeten gebeuren om de eventuele barrières op te heffen en het percentage hulpzoekenden te vergroten (Clarke et al., 2007). Door meer inzicht in de redenen die probleemgokkers hebben om wel of geen hulp te zoeken voor hun gokprobleem, kan beter worden ingespeeld op de behoeften van deze probleemgokkers om zo de barrières weg te kunnen nemen en het aantal probleemgokkers dat wel hulp zoekt te vergroten.

2.2.1 Redenen om hulp te zoeken

Allereerst worden de redenen om wel hulp te zoeken toegelicht aan de hand van de literatuur. Zo stelt Fris (1999) dat er vaak een directe aanleiding is waardoor de gokker zich bewust wordt van de problemen en op zoek gaat naar hulp. Voorbeelden hiervan zijn een echtscheiding, de geboorte van kinderen of verlies van een baan. Andere redenen zijn dat de gokkers gedwongen worden door hun omgeving of doordat de problemen uit de hand lopen. Deze laatste reden is vergelijkbaar met een directe aanleiding. Pulford et al. (2009b) hebben een onderzoek uitgevoerd naar de verschillen in zoekgedrag tussen gokkers die actief hulp zoeken en gokkers die niet actief op zoek zijn naar hulp. De gokkers die niet actief op zoek waren naar hulp werden

gevraagd te antwoorden in de veronderstelling dat zij wel actief op zoek waren naar hulp. Door beide groepen werd aangegeven dat financiële problemen een belangrijke reden zijn om hulp te zoeken voor hun gokprobleem. De hulpzoekenden noemden daarnaast emotionele factoren, voorkomen dat het gokken een probleem wordt, de kosten van het gokken wegen zwaarder dan de redenen om te gokken, het punt bereiken waarop je niet meer door kunt gaan, problemen met partner, druk van de partner/familie of vrienden, schuldgevoel, teleurstelling en uit de hand gelopen problemen. De personen die geen hulp zochten gaven andere redenen om hulp te zoeken, namelijk: op advies van professionals, een lage eigenwaarde, niet succesvol zijn, het hebben van zelfmoordgedachten en doordat het gokken de fysieke gezondheid beïnvloedt (Pulford et al. 2009b). Uit dit onderzoek blijkt dat er een duidelijk verschil bestaat in de redenen die worden gegeven door hulpzoekenden en gokkers die geen hulp zoeken.

2.2.2 Barrières bij het zoeken naar hulp

Naast redenen om hulp te zoeken, is er ook een aanzienlijk aantal barrières die de problematische gokkers verhinderen bij het zoeken naar hulp. Zo blijkt uit verschillende onderzoeken dat de beschikbaarheid en de kosten van de behandeling, stigma, onzekerheid en vermijdingsgedrag een belangrijke rol spelen bij het niet zoeken naar hulp (Clarke et al., 2007; Rockloff & Schofield, 2004). Zowel Clarke et al. (2007) als Pulford et al. (2009a) noemen daarnaast schaamte, ontkenning en het gevoel de problemen zelf te willen/kunnen oplossen als barrières die de stap naar hulpverlening verhinderen en Clarke et al. (2007) noemen ook bijgeloof, gevoel van algehele macht en trots. Pulford et al. (2009a) beschrijven nog een groot aantal andere barrières die gokkers belemmeren bij het zoeken naar hulp. Enkele barrières hebben specifiek te maken met de hulpverlening, zoals: service gerelateerde barrières, vervoer, geen afspraak kunnen maken op een geschikte tijd/plaats, betrouwbaarheid van de professionele hulpverlening, niet behandeld willen worden als een verslaafde en de angst om beledigd te worden door de hulpverlener. Andere barrières hebben betrekking op de gokker zelf, namelijk: verleiding om te gokken, bang voor verveling als zij niet meer kunnen/mogen gokken, gebrek aan motivatie en te overweldigd zijn door de problemen om hulp te kunnen zoeken. Ook blijkt dat de gokkers bang zijn voor het oordeel van de buitenwereld. Dit blijkt uit uitspraken als bang om zwak gevonden te worden en bang om te falen. Een enkeling noemde dat het niet nodig was om hulp te zoeken omdat de partner genoeg geld verdient.

2.2.3 Barrières bij het zoeken naar hulp via het internet

Het internet speelt een steeds belangrijker rol bij het zoeken naar hulp en gezondheidsgelateerde informatie in vergelijking met informatie via professionals in de gezondheidszorg. Het internet biedt voordelen zoals de mogelijkheid om informatie te personaliseren, recentere informatie, verschillende perspectieven, interactiviteit en anonimiteit (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg & Cantrill, 2005; Cline & Haynes, 2001). Er zijn echter ook

barrières te onderscheiden die mensen in het algemeen ervaren bij het zoeken naar gezondheidsgelateerde informatie via internet. Eysenbach & Jadad (2001) worden hier aangehaald omdat er weinig literatuur beschikbaar is die specifiek ingaat op internetbehandelingen. Eysenbach & Jadad (2001) noemen vier belangrijke barrières bij het zoeken naar gezondheidsgelateerde informatie via het internet.

De eerste barrière is de gezondheidszorg en met name degenen die de gezondheidsgelateerde informatie verstrekken. Volgens Eysenbach & Jadad (2001) is het probleem dat nog steeds een aanzienlijk aantal professionals in de gezondheidszorg gebruik maakt van het klassieke besluitvormingsproces en hierdoor geen voordelen zien in het verspreiden van informatie via het internet, zodat de consumenten deze zelf kunnen verkrijgen. Zij stellen dat ondanks de verschuiving naar een gezamenlijke besluitvorming tussen professionals en consumenten, waarbij beide partijen actief deelnemen aan het verkrijgen en geven van informatie en het maken van een beslissing, veel consumenten nog te maken hebben met het klassieke, autoritaire beslissingsproces. Hierbij is de professionele hulpverlener de enige die de informatie verstrekt. Een andere vorm van besluitvorming is die waarbij de professional alle informatie geeft waarvan hij denkt dat de consument deze nodig heeft en laat de beslissing vervolgens aan de cliënt over (Eysenbach & Jadad, 2001).

De tweede barrière die Eysenbach & Jadad (2001) onderscheiden, is gerelateerd aan de lage gezondheidskennis van consumenten. Dit beperkt het begrip van de aangeboden informatie bij de consumenten. Dit probleem komt vooral voor onder ouderen.

De derde barrière heeft betrekking op de inhoud van de aangeboden informatie. Het internet heeft als nadeel dat het onbeperkte toegang verschaft tot onjuiste informatie en onbetrouwbare bronnen. Dit leidt tot onbetrouwbare informatie en wantrouwen bij de consument. Daarnaast kan de informatie 'overload' die het internet veroorzaakt, als gevolg hebben dat de consumenten door de bomen het bos niet meer zien en moeite hebben met het onderscheiden van juiste en onjuiste informatie. Onjuiste informatie kan de problemen van de consument zelfs vergroten. Het gebruik van jargon en ingewikkelde termen kan bovendien het begrip van de informatie verminderen en dit kan leiden tot verwarring bij de consument (Eysenbach & Jadad, 2001).

De laatste barrière is gerelateerd aan de technologie. Ook hier wordt de beperkte toegang tot het internet genoemd, waardoor er ongelijkheid ontstaat tussen de mensen die de informatie kunnen verkrijgen (Eysenbach & Jadad, 2001). Uit de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat in 2008 86% van de particuliere huishoudens met minstens één persoon in de leeftijd van 12 tot 74 jaar, toegang had tot internet. Hiermee behoort Nederland qua internetgebruik tot de Europese top en dit gebruik neemt nog toe (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2008). De beperkte toegang tot het internet genoemd door Eysenbach & Jadad (2001) is dus niet erg relevant voor Nederland.

2.2.4 Opheffen van de barrières

Clarke et al. (2007) geven in hun onderzoek enkele concrete mogelijkheden en partijen die kunnen bijdragen aan het opheffen van de barrières die probleemgokkers ondervinden bij het zoeken naar hulp. Zo kunnen enkele barrières opgeheven worden door steun uit het sociale netwerk, zoals partners en werknemerondersteuning. Zij kunnen de probleemgokker bijvoorbeeld aansporen en motiveren om hulp te zoeken en daarnaast spelen zij een belangrijke rol in het verminderen van de stigma en het schaamtegevoel. Om het stigma in de maatschappij ten opzichte van gokverslaving te verminderen en om de herkenning van de symptomen te vergroten, zijn het verhogen van de bewustwording en educatie van het publiek en de omgeving van de probleemgokker van belang (Clarke et al., 2007). Omdat een aantal barrières te maken heeft met de professionele hulpverlening zou het vanzelfsprekend zijn om ook hier een aantal veranderingen door te voeren. Zo dient de beschikbaarheid en de effectiviteit van het serviceaanbod verhoogd te worden. Daarnaast is meer aandacht gewenst bij de professionele hulpverlening voor culturele verschillen en het vermijden van vakjargon. Ook werd aangegeven dat de probleemgokker behoefte heeft aan praktische begeleiding, zoals financiële begeleiding. Ten slotte werd het inzetten van nieuwe media, zoals internet, genoemd om de barrière met betrekking tot privacy en bereikbaarheidsproblemen te overkomen (Clarke et al., 2007).

2.3 Zoekgedrag op het internet

Het inzetten van het internet om barrières met betrekking tot privacy en bereikbaarheidsproblemen te overkomen, zoals Clarke et al. (2007) aangeven, wordt steeds vaker toegepast. Het internet wordt hierbij ingezet om mensen voor te lichten over een gezondheidsprobleem of om behandelingen door gezondheidsinstellingen aan te bieden. Iedere dag gaan er wereldwijd zelfs miljoenen mensen online om te zoeken naar gezondheidsgelateerde informatie. Menig onderzoek heeft zich de laatste jaren gericht op het bestuderen van dit zoekgedrag. Zo blijkt uit onderzoek van Eysenbach & Köhler (2002) dat consumenten vaak op een heel andere wijze naar informatie zoeken, dan in onderzoeken wordt aangenomen. Zo worden bij het invoeren van een zoekactie in een zoekmachine, vaak alleen de eerste paar 'hits' bekeken en de overige resultaten blijven ongezien. Respondenten bleken wel erg succesvol in het vinden van antwoorden op gezondheidsgelateerde vragen door middel van het invoeren van verschillende zoektermen en de evaluatie van de resultaten (Eysenbach & Köhler, 2002). Ook Morahan-Martin & Anderson (2000), stellen dat de meeste mensen zoeken via zoekmachines, aangezien deze door 88% van de internetgebruikers gebruikt worden. Eysenbach & Köhler (2002) stellen echter ook dat veel respondenten achteraf niet meer weten wie of wat de bron van de website was die ze hebben bezocht.

2.4 De effectiviteit van online gezondheidbevorderende interventies

Naast de toename in internetgebruik m.b.t. gezondheidsgelateerde informatie is ook het aantal online interventies toegenomen (Riper, Smit, van der Zanden, Conijn, Kramer & Mutsaers, 2007). Het aantal onderzoeken naar de effectiviteit van online behandelingen is echter schaars. Toch zijn er enkele recente onderzoeken die de effectiviteit van online behandelingen hebben vergeleken met de reguliere face-to-face behandelingen. Zo geven Glasgow & Rosen (1978) in hun review van de literatuur over zelfhulpbehandelingen aan, dat bij de meeste zelfhulpbehandelingen een bepaalde vorm van professionele hulpverlening aan bod komt. Deze kan variëren van slechts metingen tot actieve betrokkenheid bij de behandeling (geciteerd in Mains & Scogin, 2003). Ook wordt aangegeven dat de meeste meta-analyses laten zien dat online zelfhulpbehandelingen met een vorm van professionele hulpverlening betere resultaten leveren dan de behandelingen waarbij geen professionele hulpverlening aan bod komt, hoewel niet duidelijk is welke mate van betrokkenheid optimaal is (Raylu, Oei & Loo, 2008). Verschillende andere meta-analyses hebben echter geen significante verschillen gevonden tussen de online zelfhulpbehandelingen met professionele hulpverlening en de reguliere behandelingen door de professionele hulpverlening. Hieruit mag echter niet zonder meer worden geconcludeerd dat de online behandelingen net zo effectief zijn als de reguliere behandelingen (Raylu et al., 2008). Riper et al. (2007) hebben een uitgebreide programmeringstudie van 'e-mental health' uitgevoerd. Hierbij hebben zij onder andere gekeken naar de effectiviteit van 'e-mental health' interventies voor verschillende problemen. Uit dit onderzoek is gebleken dat met enige zekerheid kan worden gesteld dat deze interventies voor depressie in klinisch en economisch opzicht effectief zijn. Hetzelfde geldt voor angststoornissen en dit kan leiden tot gezondheidswinst op populatieniveau. Ook stellen Riper et al. (2007) echter dat er niet zonder meer een vergelijking kan worden gemaakt tussen de reguliere hulpverlening en de online hulpverlening, omdat de doelgroepen wellicht teveel van elkaar verschillen. Raylu et al. (2008) geven aan dat een grondige meting van de cliënt voorafgaand aan de behandeling van belang is, zodat kan worden bepaald of deze geschikt is voor een zelfhulpbehandeling. Dit is van belang omdat uit onderzoek is gebleken dat een onsuccesvolle behandeling de symptomen van de cliënt kan verergeren en de motivatie kan verslechteren (Mohr, Beutler, Engle, Shoham-Salomon, Bergan & Kaszniak, 1990; Scogin, Floyd, Jamison, Ackerson, Landreville & Bissonnette, 1996; Starker, 1988).

Griffiths & Cooper (2003) noemen een aantal voordelen van een online behandeling in vergelijking met een reguliere offline behandeling. Zo stellen zij dat een online behandeling snel antwoorden en informatie biedt en dat een behandeling via internet kosteneffectiever is. Dit is met name voor cliënten met een gokverslaving van belang, omdat deze vaak te maken hebben met financiële problemen. Bovendien kan een hulpverlener meer cliënten behandelen, omdat er geen sprake is van reistijden. Door het aanbieden van een online behandeling kunnen er eveneens barrières worden opgeheven die problematische gokkers ervan weerhouden om hulp te zoeken, zoals schaamte en angst en sociale stigma kunnen worden overwonnen. Ten slotte

geven Griffiths & Cooper (2003) aan dat professionele hulpverleners met behulp van online behandelingen niet grensgebonden zijn en zo internationaal cliënten kunnen behandelen. Ook Griffiths, Lindenmeyer, Powell, Lowe & Thorogood (2006) noemen een aantal voordelen van het aanbieden van online gezondheidsbevorderende behandelingen. Zo stellen zij onder andere dat door middel van een online interventie de ongelijke beschikbaarheid van de gezondheidsservice kan worden overwonnen en dat deze aanspoort tot openheid van communicatie. Daarnaast kan een online interventie de kosten voor zowel de gebruikers als de gezondheidsservice verminderen en het gemak verhogen. Voor geografisch geïsoleerde en gestigmatiseerde gebruikers wordt de barrière door middel van online interventies verlaagd. Ten slotte stellen Griffiths et al. (2006) dat een online interventie zowel voor de gebruiker als voor de hulpverlener een grotere controle over de interventie biedt. De gebruikers kunnen namelijk zelf bepalen wanneer zij de interventie willen gebruiken en een online interventie biedt meer structuur en standaardisatie en dit vergroot de controle van de hulpverleners.

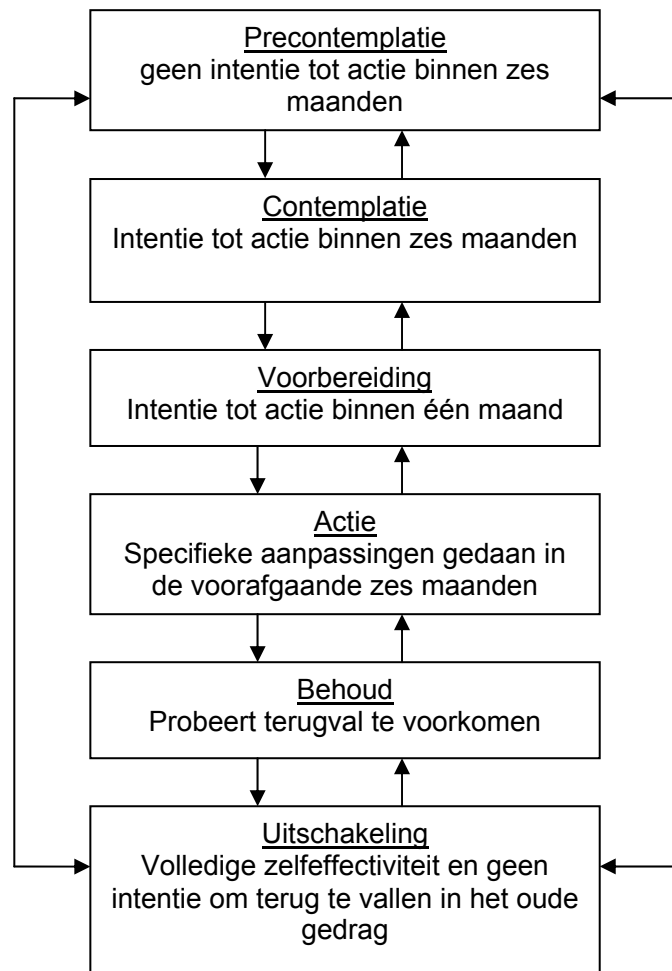
Griffiths & Cooper (2003) noemen ook een aantal nadelen van online behandelingen. Zo noemen zij legale en ethische overwegingen, effectiviteit, betrouwbaarheid van de cliënten, technisch falen, gecompliceerde betalingsstructuren, vertrouwelijkheid, ernst van de problemen van de cliënt, gebrek aan face-to-face contact, incomplete informatie, commerciële exploitatie en gebrek aan fysieke nabijheid in geval van noodsituaties. De vertrouwelijkheid is hierbij eveneens een barrière die het zoeken naar hulpverlening verhindert, zoals in § 2.2.3 aan de orde is gekomen. Met name de opsomming van de nadelen van een online behandeling, benadrukken de behoefte aan grondige pretests en wetenschappelijk onderbouwde behandelingen.

2.5 Transtheoretical Model of Change

Om het gebruik van GdB te stimuleren is het van belang om een beter inzicht te krijgen in het gedrag en de attitude van risico- en probleemgokkers. Een belangrijke factor is bijvoorbeeld of de doelgroep bereid is om het gokgedrag te veranderen.

Om de veranderingsbereidheid bij een moeilijk bereikbare doelgroep te beïnvloeden is het Transtheoretical Model of Change (TTM) volgens Prochaska (2008) een geschikte theorie. Dit is een gedragsveranderingstheorie die nuttig is bij het bereiken van patiëntpopulaties die eerder ongemotiveerd waren of zich verzetten tegen het zoeken naar professionele hulp, bijvoorbeeld risico- en probleemgokkers. Het TTM model is ontwikkeld om de principes en processen van verandering van belangrijke theorieën uit de psychotherapie en gedragsverandering te integreren. De kerndimensie van het model is de fase van verandering. De fasedimensie definieert gedragsverandering als een proces dat zich ontvouwt over tijd en de vooruitgang wordt gevisualiseerd door middel van een serie fasen, namelijk Precontemplatie, Contemplatie, Voorbereiding, Actie, Behoud en Uitschakeling. Precontemplatie is de fase waarin een individu geen intentie heeft om actie te ondernemen in de toekomst (meestal de komende zes maanden). In de Contemplatie fase wil een individu actie ondernemen in de toekomst (binnen zes

maanden). Wanneer een individu zich in de Voorbereidingsfase bevindt, is deze persoon van plan om actie te ondernemen in de nabije toekomst van meestal één maand. Actie is de fase waarin het individu specifieke aanpassingen in zijn gedrag heeft gedaan in de voorafgaande zes maanden. In de fase Behoud werkt een individu eraan om een terugval te voorkomen, maar met minder frequente aanpassingen dan in de actie fase. Uitschakeling is ten slotte de fase waarin individuen geen enkele verleiding voelen om terug te vallen in het oude gedrag en over volledige zelfeffectiviteit beschikken (Prochaska, 2008). Deze fasen staan niet vast, maar bewegen zich langs een continuüm. Dit houdt in dat een individu zich voorwaarts en achterwaarts kan bewegen door de fasen. In elke fase spelen wellicht andere factoren een rol bij het zoeken naar hulp. Zo zouden gokkers die zich in de Precontemplatie fase bevinden, meer barrières en factoren kunnen benoemen die hen ervan weerhouden om hulp te zoeken, dan gokkers die zich in de Voorbereidingsfase bevinden. Doordat elke fase met andere barrières en factoren te maken heeft, is het van belang om te kunnen bepalen in welke fase iedere risico- of probleemgokker zich bevindt. Voor iedere fase van het TTM model is wellicht een andere aanpak tot motivatie van de doelgroep van belang. Verondersteld wordt dat er in de Precontemplatie fase de meeste barrières worden ervaren, maar het is niet duidelijk welke barrières dit zijn. Figuur 3 geeft het TTM model weer zoals hierboven is beschreven.



Figuur 3 Transtheoretical Model of Change; bron: Prochaska (2008)

Met behulp van de URICA (University of Rhode Island Change Assessment), een instrument voor het meten van de motivatie voor verandering, concludeert Petry (2005) dat het TTM model een geschikte theorie is bij het meten van de bereidheid van individuen om het gokgedrag te veranderen, met name bij pathologische gokkers die actief op zoek zijn naar een behandeling. Ook in andere gokgerelateerde onderzoeken is het TTM model een veelgebruikte theorie (Pantalon, Nich, Frankforter & Carroll, 2002; Hodgins, 2001; Jonge, Schaap & Schippers, 2002; Evans & Delfabbro, 2005). De RCQ (Readiness of Change Questionnaire) is een geschikt instrument voor het meten van de bereidheid tot verandering, gebaseerd op het TTM model (Rollnick, Heather, Gold & Hall, 1992).

2.6 Diffusion of Innovations Theory

Een beter inzicht in de factoren die bijdragen aan herhaald of langdurig gebruik van GdB, is een onderdeel van een beter inzicht in het gedrag en de attitudes van de doelgroep van GdB in het algemeen. Immers, een positieve attitude kan leiden tot herhaald of langdurig gebruik.

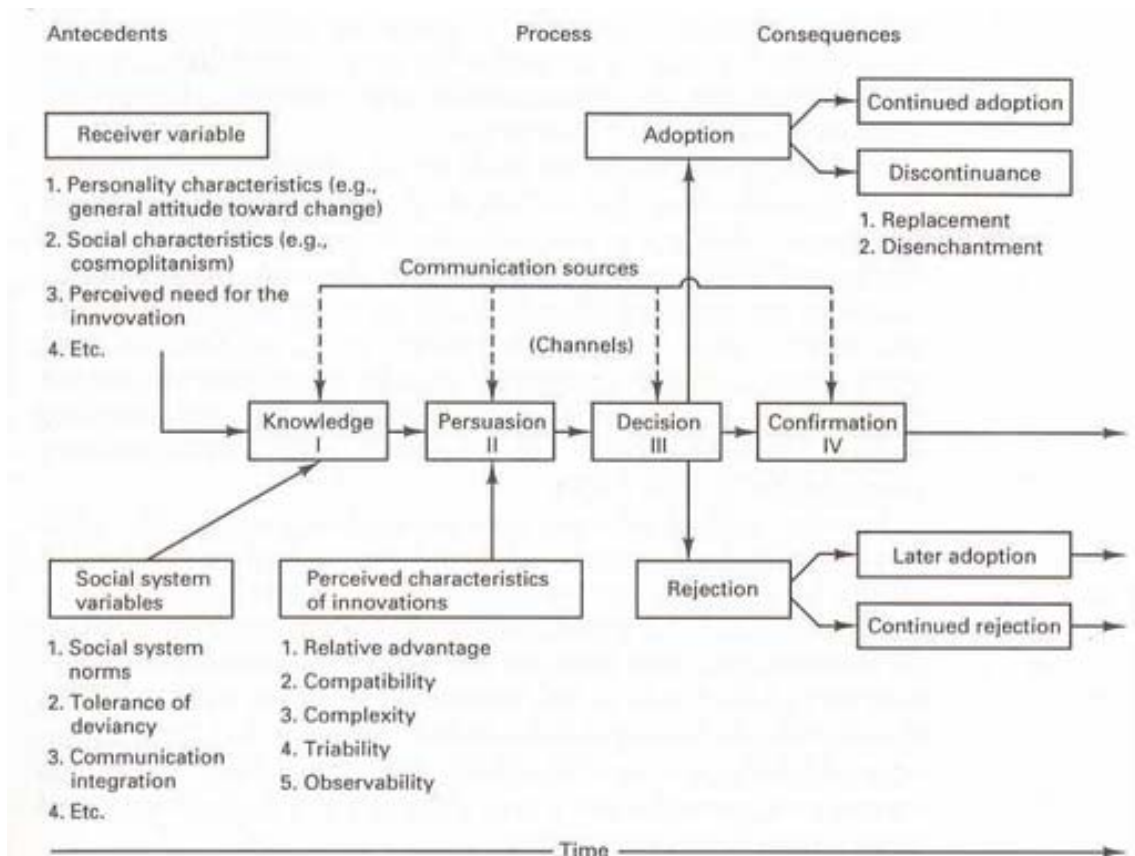
Hierbij lijkt het Elaboration Likelihood Model (ELM) geschikt, omdat dit model gebaseerd is op het idee dat de attitudes van belang zijn bij het maken van beslissingen en ander gedrag (respectievelijk het wel of niet bezoeken van GdB). Een belangrijk onderdeel van het ELM is de betrokkenheid van individuen bij de boodschap. Wanneer een individu meer betrokken is, zal deze meer bereid zijn om na te denken over de inhoud van de boodschap en is er sprake van een hoog verwerkingsniveau (centrale route). Wanneer de betrokkenheid echter laag is, zal het individu niet bereid zijn om na te denken over de inhoud van de boodschap en spelen andere factoren een rol bij het maken van beslissingen (perifere route) (Petty & Cacioppo, 1986). Het ELM is echter van toepassing op persuasieve communicatie, terwijl de website GdB voornamelijk bestaat uit informatieve informatie en daarom is het ELM minder geschikt.

De 'Diffusion of Innovations Theory' is een andere geschikte theorie die zich richt op de factoren die de adoptie van een nieuw idee, product of interventie, in dit geval de website GdB, door de leden van een cultuur vergroten of verkleinen. Diffusie is de manier waarop een bepaalde innovatie wordt gecommuniceerd naar bepaalde kanalen over een bepaalde periode tussen de leden van een sociaal systeem. Een innovatie is een idee, interventie of object dat als nieuw wordt waargenomen (Rogers, 1995). Volgens Rogers (1995) bestaat het proces van innovatie uit vier fasen. Ten eerste de kennisfase, waarin de doelgroep zich bewust wordt van de innovatie en enigszins weet hoe het werkt. Daarna komt de overtuigingsfase, waarin de doelgroep een positieve of negatieve attitude ontwikkelt over de innovatie. Vervolgens komt de beslissingsfase waarin de doelgroep activiteiten onderneemt die leiden tot adoptie of verwerping van de innovatie. Ten slotte volgt de bevestigingsfase waarin de doelgroep de resultaten van de beslissing evalueert. De informatie stroomt door netwerken en de aard van deze netwerken en de rol van opinieleiders daarin, bepalen de kans dat de innovatie, zoals het bezoeken van de website GdB, zal worden geadopteerd. Opinieleiders oefenen invloed uit op het gedrag van de doelgroep door middel van persoonlijk contact. Zij worden namelijk gezien als een voorbeeld en hun mening is bepalend voor veel andere leden van de doelgroep.

Rogers (1995) geeft aan dat er vijf factoren van invloed zijn op de adoptie van een innovatie (geciteerd in Scott, Plotnikoff, Karunamuni, Bize & Rodgers, 2008). De eerste factor is het relatieve voordeel. Dit is de mate waarin een innovatie als beter wordt waargenomen dan het idee dat het moet vervangen. De theorie stelt dat innovaties die een duidelijk voordeel hebben ten opzichte van het eerdere idee, sneller geadopteerd en geïmplementeerd worden. Wanneer de doelgroep geen voordelen ziet in de innovatie in vergelijking met de vorige, dan wordt deze niet geadopteerd. De tweede factor is verenigbaarheid. Dit is de mate waarin de innovatie past binnen de bestaande waarden, ervaringen en behoeften van de potentiële doelgroep. Complexiteit is de derde factor en dit is de mate waarin een innovatie wordt waargenomen als moeilijk te begrijpen en te gebruiken. Innovaties die beter te begrijpen en te gebruiken zijn, zullen sneller worden geadopteerd. De vierde factor is testbaarheid. Hiermee wordt de mate bedoeld waarin een innovatie uitgetest kan worden, voordat deze volledig geïmplementeerd wordt.

De laatste factor die de adoptie van een innovatie kan beïnvloeden, is de observeerbaarheid. Dit is de mate waarin de resultaten van een innovatie zichtbaar zijn voor de doelgroep. Wanneer deze beter zichtbaar zijn, zal de innovatie sneller geadopteerd worden.

Hoewel Rogers (1995) vijf factoren onderscheidt die van invloed zijn op de adoptie van een innovatie, hebben Cain & Mitman (2002) specifiek de tien factoren voor innovaties in de zorg opgesteld. Zo noemen zij naast het relatieve voordeel, testbaarheid, verenigbaarheid en observeerbaarheid ook communicatiekanalen, homogene groepen, stabiliteit van de innovatie, normen, rollen en sociale netwerken, opinieleiders en infrastructuur. Met de communicatiekanalen worden de kanalen bedoeld waarlangs de opinieleiders en anderen communiceren over een innovatie. Deze beïnvloeden de snelheid en het patroon van diffusie. Een homogene groep houdt in dat een innovatie sneller geadopteerd wordt door een groep met dezelfde kenmerken. De stabiliteit van de innovatie is de snelheid waarmee een innovatie verandert. Innovaties worden gevormd door de regels, formele hiërarchie en informele mechanismen van communicatie die werkzaam zijn in de sociale systemen waarin zij verspreidt worden, dit zijn de normen, rollen en sociale netwerken. De opinieleiders zijn mensen van wie de mening door anderen wordt gerespecteerd en zo de snelheid van een diffusie kunnen beïnvloeden. Ten slotte wordt met de infrastructuur de aanwezigheid van andere technologieën bedoeld die clusteren aan de innovatie. De 'Diffusion of Innovations Theory' wordt in dit onderzoek toegepast om de factoren te bepalen die ervoor zorgen dat de doelgroepen van GdB de website bezoeken en om de manier waarop het bestaan ervan moet worden gecommuniceerd naar de doelgroep te onderzoeken. Figuur 4 geeft het conceptueel model van de 'Diffusion of Innovations Theory' weer.



Figuur 4 Diffusion of Innovations Model; bron: Rogers (1995)

2.7 Uses and Gratifications Approach

De mate waarin aan de behoeften van de risico- en probleemgokkers wordt voldaan door middel van de website en de internetbehandeling van GdB, is van invloed op de adoptie, ofwel het herhaalde bezoek of gebruik van de website/internetbehandeling. De Uses and Gratifications benadering (U&G) lijkt daarom voor dit onderzoek relevant, onder andere bij het bepalen van de factoren die ervoor zorgen dat cliënten zich aanmelden en in de behandeling blijven, maar ook om vast te stellen in hoeverre de behandeling aan hun behoeften voldoet.

De Uses and Gratifications benadering (U&G) is afgeleid van het functionalistische perspectief, dat de nadruk legt op de bevrediging van behoeften die mensen verkrijgen door het gebruik van een bepaald massamedium. De U&G benadering richt zich er op in hoeverre het gebruik van een medium kan zorgen voor het bevredigen van de behoeften van de gebruikers (Herzog, 1944). De gerapporteerde percepties en motivaties die hieruit voortkomen kunnen onderzoekers inzicht geven in de factoren die continue gebruikers aansporen tot het gebruik van een massamedia. Zo is uit onderzoek naar het gebruik van televisie gebleken dat bepaalde typen televisieprogramma's gerelateerd zijn aan verschillende menselijke behoeften, zoals informatie vergaren, als uitlaatklep van emoties, gezelschap en het onderzoeken van de realiteit (Rubin, 1994). Wellicht is er sprake van dezelfde processen bij het bezoeken van verschillende typen

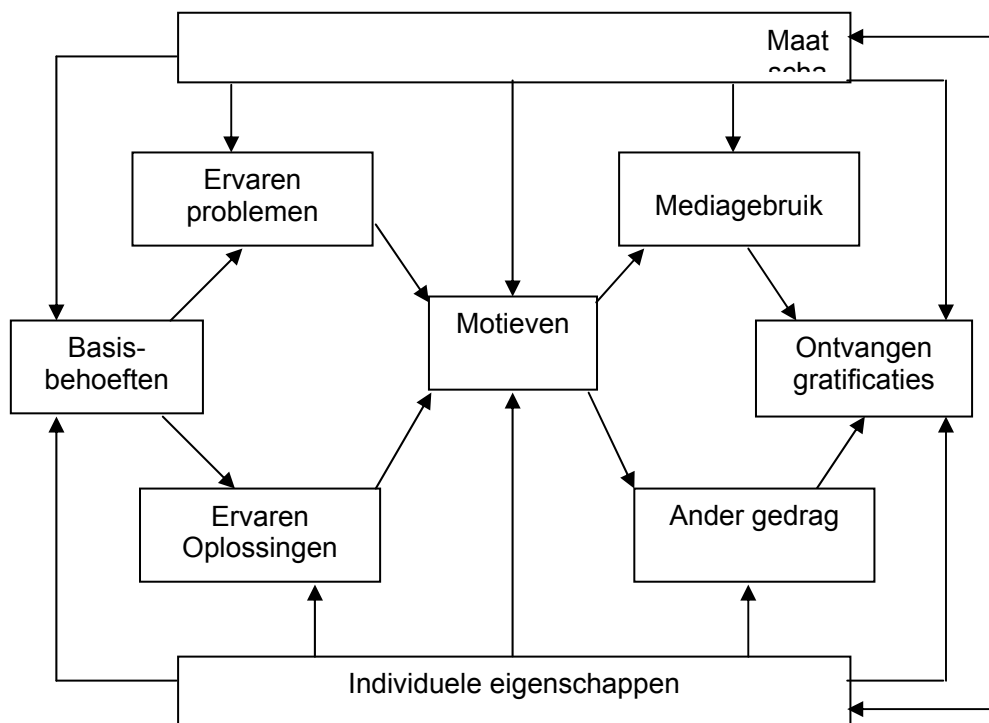
websites, wat zou kunnen betekenen dat bij verschillende typen websites, verschillende menselijke behoeften aan bod komen.

In de jaren '50 en '60 vond er een verschuiving plaats binnen de onderzoeken over de U&G benadering van een traditioneel effecten model van massamedia onderzoek, naar een meer functionalistisch perspectief. Klapper (1963) gaf aan dat een functionalistisch perspectief beter aansloot bij de dynamische en actieve rol van de ontvanger. Het besef ontstond dat de media een individu alleen kunnen beïnvloeden wanneer dat individu behoefte heeft aan het medium of aan de boodschap (Costello, 2000; Robertson, 1973). Sindsdien is het een belangrijke aanname binnen de U&G benadering dat leden van het publiek actief gebruik maken van de massamedia om specifieke behoeften te vervullen. Ze worden gezien als actief zoekend naar voldoening terwijl zij interacteren met media in plaats van passieve ontvangers van de media-inhoud (Williams, Phillips & Lum, 1987). De U&G benadering is vooral nuttig bij het verklaren van continu, of herhaald, gebruik van een medium. Continu gebruik van een medium lijkt niet te kunnen bestaan zonder dat de gebruikers hier op welke manier dan ook een beloning voor krijgen, bijvoorbeeld in de vorm van bevrediging van hun behoeften.

In de jaren '70 werd er een onderscheid gemaakt tussen gezochte gratificaties en ontvangen gratificaties. Daarnaast ontstond het inzicht dat verschillende cognitieve of affectieve statussen om verschillende redenen massamediagebruik faciliteren (Ruggiero, 2000). Een voorbeeld hiervan is het onderzoek van Swanson (1987). Hij ging in zijn onderzoek in op het belang van het begrijpen van de inhoud van de boodschap. Zo stelde hij bijvoorbeeld dat gebruikers hun eigen perceptie hebben van de inhoud van een boodschap en daardoor op verschillende manieren voldoening zoeken en vinden bij het gebruik van een medium. Deze stelling is ook nu nog van belang bij het toenemende gebruik van het internet waarbij zowel betrouwbare als onbetrouwbare bronnen voor iedereen toegankelijk zijn en waar iedereen zijn eigen perceptie over heeft. Dit is wellicht ook van toepassing op de verschillende percepties die de bezoekers hebben over GdB.

Sinds het ontstaan van de U&G benadering zijn er verschillende factoren uit onderzoek naar voren gekomen die de behoeften van de gebruikers van een massamedium beïnvloeden. Over twee factoren is de literatuur in overeenstemming, namelijk attitude en betrokkenheid (Witmer & Taweesuk, 1998; Kaye & Johnson, 2002; Eighmey & McCord, 1998; Norris & Colman, 1992). Een individu verwacht iets van de communicatie waaraan hij wordt blootgesteld en gaat alleen over tot mediumgebruik wanneer het medium genoeg voordelen oplevert ten opzichte van de alternatieven (Witmer & Taweesuk, 1998). Wanneer een individu meer betrokken is bij het gebruik van het medium of de inhoud ervan en hierover een positieve attitude heeft, dan zal dit leiden tot langduriger mediumgebruik. Andere factoren die van invloed zijn op de motivatie tot mediumgebruik zijn demografische kenmerken (Lin, 2002; Hwang & He, 1999; Leung, 2003), gepercipieerde realiteit, gebruiksgemak (Witmer & Taweesuk, 1998) en interesse (Kaye & Johnson, 2002). Eighmey & McCord (1998) voegden daar nog aan toe dat entertainende waarde, persoonlijke relevantie, informatiebetrokkenheid, duidelijkheid van het doel, betrouwbaarheid,

controversie en een continue relatie een belangrijke rol spelen bij de motivatie tot websitegebruik. Het conceptuele model van de Uses en Gratifications benadering wordt in figuur 5 weergegeven.



Figuur 5 Conceptueel model Uses & Gratifications approach; bron: Rosengren (1974)

2.8 Onderzoeksmodel

Op basis van onderdelen uit de bovengenoemde drie theorieën, het TTM model, de Diffusion of Innovations en de Uses & Gratifications benadering, is het onderzoeksmodel samengesteld dat is weergegeven in figuur 6. De Dol is aangevuld met de tien factoren voor innovaties in de zorg van Cain & Mittman (2002). Het onderzoeksmodel dient als leidraad voor het onderzoek en de beantwoording van de onderzoeksvragen. In deze paragraaf worden de verschillende onderdelen en onderlinge verbanden kort toegelicht. Het onderzoeksmodel bevat een feedback loop omdat continue verwerping in de toekomst kan veranderen in latere, eenmalige of continue adoptie. Iemand die niet bereid is om zijn gedrag te veranderen of waarvan niet wordt voldaan aan de behoeften, kan op een ander moment in de toekomst het model opnieuw doorlopen en wel bereid zijn tot verandering waardoor misschien in zijn behoeften wordt voldaan.

2.8.1 Motieven

Dit onderdeel komt uit de Diffusion of Innovations theorie, aangevuld met de factoren van Cain & Mittman (2002) en voorspelt dat zowel kenmerken van de ontvanger als kenmerken van het sociale systeem informatie verschaffen en de mening en beoordeling beïnvloeden. Onder de

motieven vallen de demografische kenmerken van de ontvanger (zoals geslacht, leeftijd en de mate van gokverslaving) de kenmerken van het sociale systeem (zoals stigma) en de kenmerken van de innovatie (zoals het relatieve voordeel, complexiteit en observeerbaarheid). De kenmerken van het sociale systeem zijn aangevuld met de homogene groepen, opinieleiders, normen, rollen en sociale netwerken van Cain & Mittman (2002). Onder de kenmerken van de innovatie valt ook de stabiliteit van de innovatie (Cain & Mittman, 2002). Al deze variabelen bepalen samen in welke fase van het TTM model de ontvanger ingedeeld kan worden. Door te achterhalen op welke manier deze factoren een rol spelen in de praktijk, kunnen onderzoeksvraag 3, 5a en 5d worden beantwoord.

2.8.2 Maatschappij en media-aanbod

De kenmerken van de ontvanger, het sociale systeem en de innovatie en de indeling in het TTM model worden beïnvloed door de maatschappij en het media-aanbod. Zo wordt het heersende stigma in de maatschappij grotendeels ook gevormd door de media. Op deze manier hebben de maatschappij en het media-aanbod daarnaast een directe invloed op de adoptie of verwerping van de website GdB en/of de internetbehandeling. Door de factoren die hier een rol spelen te identificeren, kunnen onderzoeksvraag 2d, 2e en 2f worden beantwoord.

2.8.3 Indeling TTM model

De kenmerken van de ontvanger, het sociale systeem en de innovatie leiden tot een indeling in één van de drie fasen van het Transtheoretical Model of Change, namelijk Precontemplatie, Contemplatie of Actie. Wanneer een ontvanger bijvoorbeeld geen problemen ervaart van zijn gokgedrag of veel last heeft van schaamte door het heersende stigma, zal deze eerder in de fase van Precontemplatie worden ingedeeld dan in de Contemplatie- of Actie fase. Door risico- en probleemgokkers in te delen in de fasen van het TTM model kunnen onderzoeksvraag 5e, 5f en 5g worden beantwoord.

2.8.4 Mediagebruik of ander gedrag

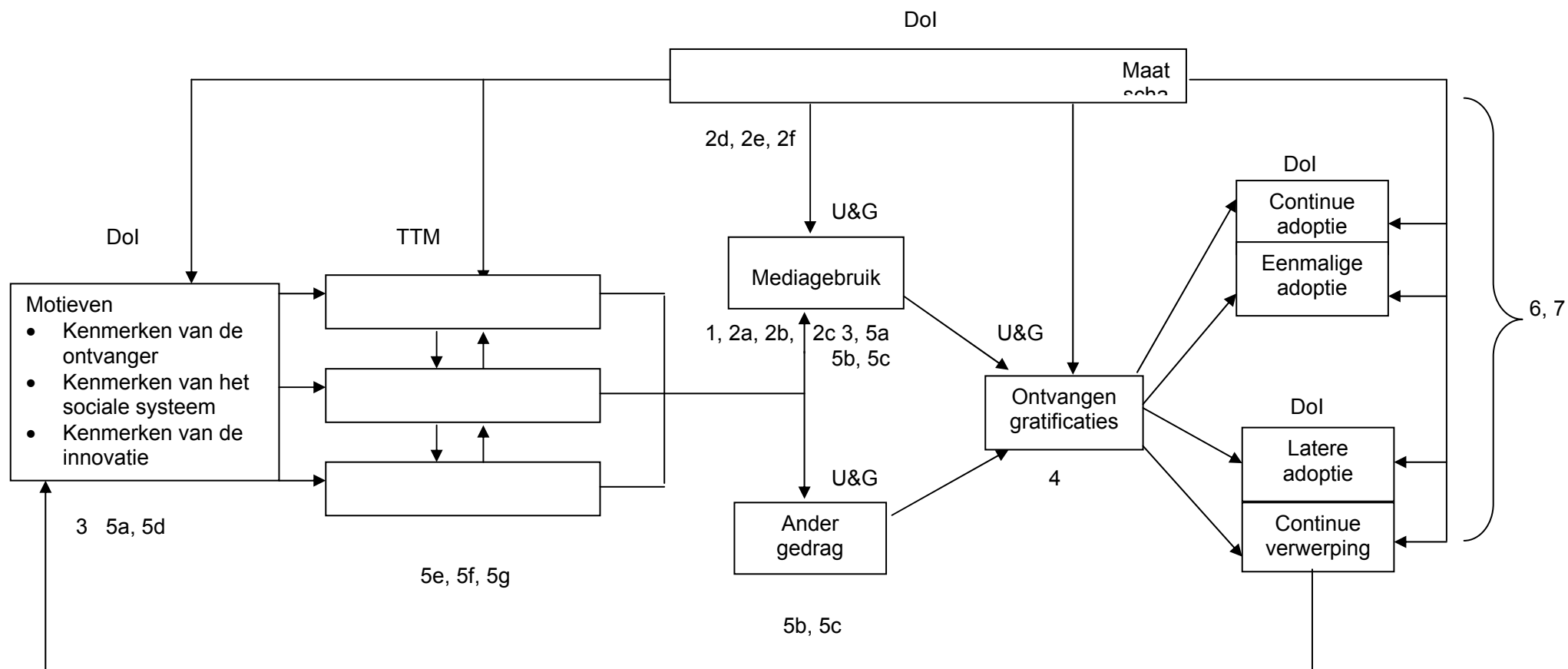
Afhankelijk van de fase in het TTM model resulteert de bereidheid tot verandering in het gebruik van het medium (in dit geval de website GdB en/of de internetbehandeling) of in ander gedrag. Personen die in de Contemplatie of Actie fase zitten, zullen sneller overgaan tot het gebruik van het bezoeken van GdB of het gebruik van de internetbehandeling dan personen die zich in de Precontemplatie fase bevinden. Voorbeelden van ander gedrag zijn ontkenning of gebruik van een ander medium voor het veranderen van het huidige gedrag. Door het gebruik van GdB en de IB te identificeren en de redenen van andere gedrag te achterhalen, kunnen onderzoeksvraag 1, 2a t/m c, 3 en 5a t/m c worden beantwoord.

2.8.5 Ontvangen gratificaties

Zowel het bezoeken van GdB of het volgen van de IB als het andere gedrag leiden tot ontvangen gratificaties. Deze ontvangen gratificaties zullen bepalen of de ontvanger tevreden is met het gebruik van het medium of de keuze van het andere gedrag. Uiteindelijk zullen de ontvangen gratificaties leiden tot de adoptie of verwerping van het gebruikte medium. Wanneer er meer duidelijkheid is over de ontvangen gratificaties kan onderzoeksvraag 4 worden beantwoord.

2.8.6 Adoptie of verwerping

Afhankelijk van de ontvangen gratificaties zal het gebruik van GdB/ de IB leiden tot een continue adoptie, eenmalige adoptie, latere adoptie of continue verwerping. Door de verschillende vormen van adoptie of verwerping te identificeren, kunnen onderzoeksvraag 6 en 7 worden beantwoord.



Figuur 6 Het onderzoekmodel gebaseerd op het TTM model, Diffusion of Innovations Theory en U&G benadering.

2.9 Onderzoeksvragen

De bovengenoemde literatuur en theorieën leiden tot de volgende onderzoeksvragen met bijbehorende deelvragen (zie ook figuur 6):

1. *Wat is er bekend over de bezoeken aan www.gokkendebaas.nl?*
 - a) Welke pagina's worden het meest bezocht?
 - b) Hoe ziet de geografische spreiding van de bezoekers eruit?
 - c) Hoe vaak wordt de website per bezoeker bezocht?
 - d) Waarom wordt de website (niet) bezocht?
2. *Op welke manier(en) kan de doelgroep van www.gokkendebaas.nl worden bereikt, met name de nu nog 'onzichtbare' groep risico- en probleemgokkers?*
 - a) Hoe groot is de huidige bekendheid van www.gokkendebaas.nl onder de doelgroep?
 - b) Op welke manier zijn
 - de bezoekers geïnformeerd over www.gokkendebaas.nl?
 - de cliënten geïnformeerd over de internetbehandeling?
 - c) Binnen welke periode na te zijn geïnformeerd
 - Wordt www.gokkendebaas.nl door de doelgroep bezocht?
 - Melden de cliënten zich aan voor de internetbehandeling?
 - d) Op welke plekken kunnen problematische gokkers worden bereikt?
 - e) Op welke manieren kunnen problematische gokkers worden bereikt?
 - f) Hoe kan de bekendheid van www.gokkendebaas.nl onder de doelgroep worden vergroot?
3. *Is er een verschil tussen het demografische profiel van de websitebezoekers en niet-bezoekers met risicovol of problematisch gokgedrag en het algemene profiel van risico- en probleemgokkers zoals beschreven in de literatuur?*
4. *Hoe wordt een behandeling via internet ervaren door de cliënten die op dit moment in behandeling zijn of de behandeling hebben afgerond?*
 - a) Hoe ziet het gebruiksprofiel van de cliënten in de internetbehandeling eruit?
 - b) Hoe ervaren de cliënten de internetbehandeling m.b.t. inhoud?
 - c) Hoe ervaren de cliënten de internetbehandeling m.b.t. techniek?
 - d) Hoe ervaren de cliënten de internetbehandeling m.b.t. vormgeving?
 - e) Kan de internetbehandeling worden verbeterd om het gebruik ervan te vergemakkelijken?

5. *Welke factoren zijn van invloed op de intentie voor aanmelding voor een (internet)behandeling?*
- a) Wat zijn de voor- en nadelen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling?
 - b) Welke barrières ervaren de risico- en probleemgokkers bij het aanmelden voor een internetbehandeling?
 - c) Kunnen de ervaren barrières worden opgeheven?
 - d) Welke variabelen verklaren de intentie tot het volgen van een behandeling voor het gokgedrag?
 - e) Hoe is de verdeling van de risico- en probleemgokkers binnen de fasen van de RCQ-D?
 - f) Zijn er verschillen in de ervaren barrières m.b.t. de fasen van de RCQ-D waarin zij zich bevinden?
 - g) Verschilt de benaderingswijze van risico- en probleemgokkers tussen de verschillende fasen van de RCQ-D?
6. *Wat is het effect van een bezoek aan www.gokkendebaas.nl op de adoptie of verwerping van deze website?*
7. *Wat is het effect van deelname aan de internetbehandeling Gokkendebaas.nl op de adoptie of verwerping van de behandeling?*

3. METHODEN

In dit hoofdstuk worden de methoden van het onderzoek besproken. In § 3.1 wordt eerst uitleg gegeven over de onderzoeksopzet. Vervolgens gaat § 3.2 in op de respondenten van het onderzoek. In § 3.3 worden de instrumenten besproken die zijn toegepast en § 3.4 gaat in op de procedure. § 3.5 geeft uiteindelijk een toelichting op de analyse van de gegevens.

3.1 Onderzoeksopzet

Voor het onderzoek zijn twee digitale vragenlijsten ontwikkeld voor drie verschillende doelgroepen, namelijk websitebezoekers, niet-bezoekers en cliënten in behandeling. De respondenten konden de vragenlijst(en) online invullen via www.surveymonkey.com. Vervolgens werden de cliënten in behandeling na het invullen van de vragenlijst en met toestemming benaderd voor een telefonisch interview. De respondenten in dit onderzoek zijn geworven op plaatsen waar (problematische) gokkers worden verwacht. Hierdoor is de onderzoekspopulatie niet representatief voor de (problematische) gokkers in Nederland.

De looptijd van de vragenlijsten overlapt elkaar. De vragenlijst voor cliënten in behandeling was in totaal 16 weken online beschikbaar van 22-06-2009 tot 14-10-2009. De vragenlijst voor websitebezoekers en niet-bezoekers was in totaal 17 weken online beschikbaar van 18-06-2009 tot 14-10-2009. Om te bepalen of de respondenten tot de juiste doelgroep behoorden is gebruik gemaakt van in- en exclusiecriteria. Deze zijn weergegeven in tabel 3.1.

Tabel 3.1 *In- en exclusiecriteria*

	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Cliënten in behandeling	Cliënt moet minimaal gestart zijn met het 1 ^e deel van de behandeling	Cliënt is nog niet gestart met het 1 ^e deel van de behandeling
	Cliënt geeft toestemming voor het benaderen via email	Cliënt geeft geen toestemming voor benaderen via email
Websitebezoekers	Respondent heeft de website www.gokkendebaas.nl minimaal één keer bezocht	Respondent heeft de website www.gokkendebaas.nl nog nooit bezocht
Niet-bezoekers	Respondent heeft de website www.gokkendebaas.nl nog nooit bezocht	Respondent heeft de website www.gokkendebaas.nl minimaal één keer bezocht

3.2 Respondenten en procedure

3.2.1 *Cliënten in behandeling*

Voor het onderzoek onder de cliënten in behandeling waren op moment van schrijven 41 respondenten beschikbaar die allen in verschillende fasen van de behandeling zaten. 20 van hen zijn benaderd door middel van een algemeen bericht in de portal van de internetbehandeling

verstuurd door de coach. Hierin werd een korte uitleg gegeven over de achtergrond en het doel van het onderzoek. Vervolgens werd hen gevraagd om door middel van een antwoord op het bericht toestemming te verlenen om hun e-mailadres beschikbaar te stellen voor het onderzoek. Op deze manier konden ook de uitbehandelde cliënten worden benaderd via hun e-mailadres. De cliënten die toestemming gaven voor het benaderen via e-mail, kregen een uitnodiging met een link naar de vragenlijst. Enkele weken later werd een herinnering gestuurd om de respons verder te verhogen. Na toestemming van de cliënten werd vervolgens een e-mail verzonden met daarin verdere uitleg over het onderzoek en een link naar de vragenlijst. Door op de link te klikken kwamen de respondenten bij de vragenlijst die zij vervolgens online in konden vullen. Aan het einde van de vragenlijst werd hen vervolgens gevraagd of zij ten behoeve van het onderzoek eenmalig telefonisch beschikbaar waren voor een interview. Tijdens dit interview werden de antwoorden uit de vragenlijst inhoudelijk besproken zodat er dieper op de vragen kon worden ingegaan. Ten slotte werd aan het einde van de vragenlijst de RDS-methode geïntroduceerd waarbij werd gevraagd of de cliënten mee wilden werken aan het werven van nieuwe respondenten voor de andere vragenlijst. Wanneer zij ook hiermee instemden ontvingen zij drie unieke codes via hun e-mail die zij vervolgens door moesten sturen naar mensen binnen hun persoonlijke netwerk waarvan zij dachten dat deze tot de doelgroep van risico- of probleemgokker behoorden. De e-mail bevatte bovendien het bericht dat de respondenten door konden sturen naar andere leden van de doelgroep. Het enige dat zij moesten doen was het bericht knippen en in een nieuw bericht plaatsen en één van de drie codes toevoegen. De leden van de doelgroep die het bericht toegestuurd kregen moesten na het klikken op de link de unieke code invullen om kans te maken op een cadeaubon van 25 euro die onder de respondenten werd verloot. Om het verspreiden van de codes te stimuleren, maakten alle respondenten kans op een cadeaubon van 25 euro in de vorm van een 'Pluim'. Dit is een cadeaubon die zij konden besteden op het internet en in konden ruilen voor diverse geschenken. In totaal werden er drie cadeaubonnen verloot. Wanneer een respondent werd uitgeloot kreeg niet alleen deze respondent een cadeaubon, maar ook degene die hem/haar had geworven. Er is speciaal voor gekozen voor cadeaubonnen die alleen via internet in te wisselen waren omdat het hierdoor moeilijker werd om de cadeaubonnen te verkopen of in te wisselen voor geld i.v.m. een mogelijke gokverslaving.

3.2.2 Websitebezoekers en niet-bezoekers

Zowel de websitebezoekers als de niet-bezoekers werden op de hoogte gebracht van het onderzoek door middel van een korte uitleg over het onderzoek en een link naar de vragenlijst op websites met een actief forum over gokverslaving en/of lotgenotenverenigingen die hier toestemming voor hadden gegeven. De websites die hiervoor hun medewerking hebben verleend zijn: www.gokverslaving.nl, www.centrummaliebaan.nl, www.nooitmeergokken.nl (forum), www.gokhulpverlening.nl (forum), www.bet-office.com/nl (forum), www.casinoreview.nl en

<http://nl.888.com>. Naast deze websites is er ook een bericht op verschillende 'hyves' geplaatst. Deze 'hyves' hadden allen een link met gokken, zoals 'pokerhyves' en 'hyves' over gokverslaving. Daarnaast is er ook een bericht geplaatst op 'hyves' over roken en alcohol, aangezien uit de literatuur is gebleken dat veel mensen met een gokverslaving ook te maken hebben met een nicotine en/of alcoholverslaving.

Daarnaast werden de websitebezoekers en niet-bezoekers geworven via het Holland Casino locatie Enschede, Leeuwarden en Groningen tijdens de individuele gesprekken met bezoekers die ruim boven het gemiddeld aantal bezoeken per maand zaten. Tijdens deze gesprekken werden de bezoekers voorgelicht over verantwoord gokken. Daarnaast werd het huidige onderzoek geïntroduceerd en toegelicht. Vervolgens vroegen de betrokken medewerkers van het Holland Casino of de bezoekers hun medewerking aan het onderzoek wilden verlenen door het invullen van een online vragenlijst. Wanneer de bezoeker instemde, werd zijn/haar e-mailadres gevraagd zodat zij persoonlijk via hun e-mailadres benaderd konden worden met een link naar de vragenlijst. Wekelijks werden de verkregen e-mailadressen verzameld en verstuurd naar de onderzoeker die vervolgens de respondenten benaderde via het opgegeven e-mailadres.

Vanwege het uitblijven van respondenten via het Holland Casino op de hierboven beschreven manier, is het Holland Casino ook nog op een andere manier betrokken geweest bij de werving van websitebezoekers en niet-bezoekers. Zo werden vertrekkende bezoekers van het Holland Casino locatie Enschede in de foyer aangesproken. Hierbij werd een korte uitleg gegeven over het doel van het onderzoek en vervolgens werd de respondenten gevraagd of zij hun medewerking aan het onderzoek wilden verlenen door hun e-mailadres eenmalig beschikbaar te stellen voor het toesturen van een link naar de vragenlijst. Bezoekers die twijfelden of aangaven geen tijd te hebben voor een kort gesprek, kregen een kaartje mee met de volgende tekst: 'Onderzoek naar online behandeling voor gokproblematiek. Geef uw mening op www.gokkendebaas.nl'. Aan de andere zijde van het kaartje stond de homepage van GdB afgebeeld met daarop duidelijk aangegeven waar de respondenten moesten klikken om toegang te krijgen tot de vragenlijst.

De websitebezoekers zijn daarnaast apart geworven door middel van een banner op de website www.gokkendebaas.nl. Deze banner stond goed zichtbaar op de hoofdpagina. Op de pagina voor anonieme deelname aan de internetbehandeling en op de pagina met informatie over deelname aan de internetbehandeling via de zorgverzekeraar, werd een korte tekst geplaatst over het onderzoek met een link naar de vragenlijst. Na het klikken op de banner werden de respondenten verwezen naar de vragenlijst, die zij vervolgens online konden invullen.

Ten slotte zijn de niet-bezoekers benaderd door middel van de RDS-methode (Respondent Driven Sampling) via de cliënten in behandeling. Deze methode is ontwikkeld door Heckathorn (1997) en hierbij worden deelnemers uit de onderzoeksgroep ingezet om binnen hun eigen sociale netwerk deelnemers te werven. De methode is met name geschikt voor moeilijk bereikbare groepen en individuen. Het gaat hierbij om groepen die relatief klein zijn in vergelijking

met de algemene populatie en waarvan geen overzicht van de groepsleden bestaat en die te maken hebben met stigma of netwerken waar een buitenstaander moeilijk binnenkomt (Wejnert & Heckathorn, 2007). De RDS-methode bestaat uit een uitbreiding van een 'sneeuwbaaleffect'-methode.

Wejnert & Heckathorn (2007) hebben in hun studie gebruikt gemaakt van de RDS-methode via het internet. Hiervoor hebben zij negen informanten geselecteerd die bereid waren mee te werken aan het onderzoek. Vervolgens kregen deze informanten een e-mail met gegevens over de achtergrond van het onderzoek, een code om de werving te kunnen traceren, een instemmingformulier en een link naar de online vragenlijst. Na het invullen en versturen van de vragenlijst door de informant, werd de data opgeslagen en de code en het netwerk van de informant werden geblokkeerd om te voorkomen dat zij nogmaals de vragenlijst in zouden vullen. Vervolgens werden er drie nieuwe wervingsformulieren naar de informant verstuurd met ieder een unieke code voor het werven van nieuwe respondenten. Deze ondergingen dezelfde procedure als de informanten en werden vervolgens zelf informanten. Dit zorgt dus voor een exponentiële groei. De RDS-methode via het internet bleek in de studie van Wejnert & Heckathorn (2007) sneller respondenten te werven dan de offline RDS-methode. Zo stellen zij dat ze in 72 uur hun 159 respondenten hadden geworven. Enkele redenen van deze snelle werving was omdat de informant vanaf dezelfde computer zowel de vragenlijst in kon vullen en nieuwe respondenten kon werven in slechts 25 minuten. In hun studie hebben Wejnert & Heckathorn (2007) de respondenten een vergoeding gegeven van 10 dollar voor het invullen van de vragenlijst en 15 dollar voor elke geworven respondent die de vragenlijst goed invulde. Wejnert & Heckathorn (2007) stellen echter dat 5 dollar voor het invullen van de vragenlijst en 10 dollar voor elke geworven respondent net zo effectief zou zijn geweest. Wanneer de vergoeding te hoog wordt, denken veel informanten/respondenten dat het te mooi is om waar te zijn en dat het niet echt is.

Volgens Wejnert & Heckathorn (2007) zouden de deelnemers uit de doelgroep die worden ingezet voor het werven van andere respondenten, ook wel informanten genoemd, moeten voldoen aan een aantal voorwaarden om de wervingssnelheid te vergroten. Ten eerste zouden de informanten divers moeten zijn met betrekking tot demografische factoren zoals geslacht, etniciteit, religie, sociale status en leeftijd. Aangezien de meeste sociale banden worden gevormd op basis van geografische nabijheid, zoals mensen die in dezelfde straat wonen of bij hetzelfde bedrijf werken, zouden de informanten uit een geografisch divers gebied moeten komen. Daarnaast zouden de informanten gemotiveerd moeten zijn om de doelen van het onderzoek te behalen. Door de informanten te belonen voor het succesvol werven van (geschikte) respondenten (bijvoorbeeld 10 euro per respondent) en door het stellen van quota (bijvoorbeeld niet meer dan drie respondenten per persoon), zijn zij gemotiveerder om relevante respondenten te werven en hun quota niet te verspillen aan vreemden.

Bij de selectie van de informanten in dit onderzoek werd geen rekening gehouden met demografische variabelen, omdat het aantal informanten al zeer beperkt is. Een verdere selectie gebaseerd op demografische gegevens zou dit aantal alleen verder verkleinen en zo de kans van slagen van deze methode van respondentenwerving verlagen. Er werd echter wel aangenomen dat de respondenten gemotiveerd zijn om de doelen van het onderzoek te behalen aangezien zij hun medewerking vrijwillig hebben verleend.

3.3 Instrumenten

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van twee vragenlijsten: één voor cliënten in behandeling (bijlage 2) en één voor websitebezoekers en niet-bezoekers (bijlage 3). In het onderstaande wordt dit verder beschreven.

3.3.1 Vragenlijst voor cliënten in behandeling

De cliënten kregen een vragenlijst waarin uitgebreid werd ingegaan op het gebruik van de behandeling via internet. Een uitgebreide beschrijving van de items met de bijbehorende literatuur is weergegeven in bijlage 2 .

Allereerst werd gemeten hoe en wanneer de cliënten zijn geïnformeerd over respectievelijk de website GdB en de IB om te kunnen achterhalen op welke manier de cliënten op de hoogte zijn gebracht. Vervolgens werd gevraagd naar de tijdsperiode tussen geïnformeerd over de website/IB en de website bezocht/ aangemeld voor de IB om te kunnen meten hoe lang het duurde voor de cliënten de website bezochten/ zich aanmelden voor de behandeling nadat zij over de website/IB hadden gehoord/gelezen. Om te kunnen bepalen in welke fase van de IB de cliënten zich bevonden, werd gevraagd of zij nog met de IB bezig waren en zo ja, met welk onderdeel. Daarnaast kregen de respondenten de mogelijkheid om aan te geven wanneer zij de behandeling hadden afgerond of waarom zij voortijdig waren gestopt. Vervolgens werd de cliënten gevraagd om de voor- en nadelen aan te geven van een IB in vergelijking met een face-to-face behandeling, om de attitude van de cliënten ten opzichte van een IB te kunnen meten. Om de intentie van de cliënten te meten ten opzichte van het volgen van een face-to-face behandeling voor het gokgedrag werd gevraagd of zij een dergelijke behandeling hadden gevolgd of hier ooit over hadden gedacht. Indien de cliënten eerder een face-to-face behandeling hadden gevolgd, werd dit verder uitgevraagd om meer achtergrondinformatie te kunnen verkrijgen, onder andere over de ervaring met deze behandeling. Om de behoefte aan face-to-face contact te meten werd gevraagd of de cliënten tijdens de IB erover hebben gedacht om een face-to-face behandeling te volgen of behoefte hadden aan face-to-face contact met de hulpverlener en waarom. Vervolgens werd gevraagd naar de drie belangrijkste redenen voor het volgen van een IB om te achterhalen welke voordelen het zwaarst wegen. Indien de cliënten twijfelden voor zij zich aanmeldden voor de IB, werd gevraagd waarom of waarover zij twijfelden om zo de barrières voor het volgen van een IB te kunnen identificeren. Ook werd gevraagd of de

twijfels nog steeds van toepassing waren en of deze konden worden weggenomen. Om de mate van adoptie van de IB te meten werd gevraagd of de cliënten de IB zouden aanraden aan anderen die overmatig gokken. De vragen die daarna volgden hadden betrekking op de verschillende onderdelen van de IB om de attitude ten opzichte van de IB te kunnen meten.

Na de usability vragen over de IB volgde de Nederlandse vertaling van de DSM-IV (Diagnostic Statistic Manual IV) gokschaal om de mate van gokverslaving te kunnen vergelijken met de websitebezoekers en niet-bezoekers. Deze schaal is gebruikt om individuen in te kunnen delen in recreatieve (score van 0, 1 of 2), risico- (score van 3 of 4) of problematische gokkers (score van 5 of meer). De DSM-IV gokschaal is weergegeven in bijlage 4. De DSM-IV gokschaal bestaat uit tien items in de vorm van stellingen waarop de respondent met 'ja' of 'nee' kan antwoorden. De originele DSM-IV gokschaal is vertaald door Tactus Verslavingszorg in samenwerking met een vertaalbureau. De Nederlandse versie van de DSM-IV gokschaal is niet officieel gevalideerd, maar wordt wel toegepast in de internetbehandeling voor 'Gokkendebaas.nl'. Het alternatief voor het gebruik van de Nederlandse vertaling van de DSM-IV gokschaal was de SOGS (South Oaks Gambling Screen) bestaande uit twintig items en de SOGS-RA (South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents). In de vragenlijst is gebruik gemaakt van de DSM-IV gokschaal omdat deze ten eerste de minste items bevat en dus minder tijd in beslag neemt. Daarnaast geven Stinchfield, Govoni en Frisch (2005) aan dat de DSM-IV gokschaal een hoge Cronbach's alpha heeft (0.92), een unidimensionele schaal met 1 factor en 58% verklaarde variantie, een hoge itemtotaal correlatie (tussen $r = 0.52$ en $r = 0.82$), een goede constructvaliditeit, in 87% overeenkomstig met de SOGS en een hoge factorload (tussen 0.60 en 0.87). Uit onderzoek van Stinchfield (2002) is gebleken dat de SOGS niet hetzelfde meet als de DSM-IV gokschaal, omdat de SOGS zowel subjectieve items als gedragsitems meet. De DSM-IV gokschaal meet daarentegen alleen gedragsitems. Van de SOGS is een Nederlandse versie beschikbaar, maar de Cronbach's alpha voor deze versie is niet erg hoog (0.79 voor lifetime prevalentie en 0.66 voor laatste jaar prevalentie). Ten slotte is de SOGS gebaseerd op een eerdere versie van de DSM, namelijk DSM-III. De DSM-IV gokschaal is ook verkozen boven de SOGS-RA, omdat deze laatste zich richt op pathologisch gokken onder adolescenten (Shaffer, Hall & Vander Bilt, 1997), terwijl de internetbehandeling van GdB alleen beschikbaar is voor volwassenen. Van de DSM-IV gokschaal zijn meerdere versies beschikbaar. Zo is er naast de versie met tien items, ook een versie beschikbaar die negentien items telt. De versie met tien items is verkozen boven de versie met negentien items vanwege de lengte, de Cronbach's alpha (0.77 voor de versie met negentien items) en het feit dat er geen betrouwbare en gevalideerde Nederlandse versie van beschikbaar was.

Omdat het technisch niet mogelijk was om de antwoorden op de DSM-IV gokschaal automatisch op te tellen en de respondenten naar de juiste vragen te verwijzen, is er een item toegevoegd met de vraag hoe vaak de respondent met 'ja' heeft geantwoord op de DSM-IV

gokschaal. Na het invullen van deze vraag werd de respondent wel automatisch verwezen naar de juiste vragen.

Ten slotte werden er vragen gesteld over het bereiken van problematische gokkers om een aanzet te kunnen geven voor mogelijke communicatiestrategieën om de doelgroep te bereiken. In de afsluiting kregen de cliënten een korte uitleg over de telefonische interviews en de RDS-methode en werd hen om medewerking gevraagd.

3.3.2 Vragenlijst voor websitebezoekers en niet-bezoekers

De websitebezoekers en niet-bezoekers kregen eveneens een vragenlijst voorgelegd. Op basis van hun antwoorden werden zij naar de juiste vragen doorverwezen om te voorkomen dat de recreatieve gokkers vragen kregen over behandeling en bereidheid tot veranderen. De vragenlijst voor de websitebezoekers en niet-bezoekers had veel overeenkomsten met de vragenlijst voor de cliënten om zo de antwoorden van beide doelgroepen te kunnen vergelijken. Hier wordt daarom alleen een korte beschrijving gegeven van de items die verschillen van de vragenlijst voor cliënten. De volledige vragenlijst met een beschrijving van de items en de bijbehorende literatuur is bijgevoegd in bijlage 3.

Allereerst konden de respondenten een eventuele RDS code invullen om kans te maken op de cadeaubon. Vervolgens werd hen gevraagd of zij bekend waren met GdB, om de huidige bekendheid onder de doelgroep te kunnen meten. Op basis van het antwoord kregen zij ofwel een korte uitleg over de website of vragen over hoe zij op de hoogte zijn gebracht van GdB (zie vragenlijst cliënten). Ook werd gevraagd naar de frequentie en redenen van bezoek aan de website. Vervolgens werd de respondenten gevraagd of zij van plan waren om GdB alsnog te bezoeken, indien zij dit nog niet hadden gedaan. Daarna volgde de DSM-IV gokschaal (zie vragenlijst cliënten).

Na het invullen van de tien items van de DSM-IV gokschaal, volgden de 12 items van de Nederlandse versie van de Readiness of Change Questionnaire (RCQ-D) (De Fuentes-Merillas, Jong & Schippers, 2002). De items van de RCQ-D zijn bijgevoegd in bijlage 5. Deze vragenlijst meet de bereidheid tot verandering waarbij drie stadia van gedragsverandering uit het Transtheoretical Model of Change van Prochaska & DiClemente (1983) worden aangehouden. Deze stadia zijn 'Precontemplatie', 'Contemplatie' en 'Actie'. Een alternatief voor de RCQ-D was de URICA-NL. De 24 items van de URICA-NL (University of Rhode Island Change Assessment) van Jonge et al. (2002) meten de motivatie voor verandering, gebaseerd op het Transtheoretical Model of Change van Prochaska & DiClemente (1983). In het onderzoek van Jonge et. al. (2002) is de Nederlandse vertaling van de originele URICA getest onder een steekproef van 151 respondenten in een niet klinische populatie. De URICA-NL onderscheid vier fasen uit het TTM model, namelijk 'Precontemplatie', 'Contemplatie', 'Actie' en 'Onderhoud'. Op basis van deze vier fasen zijn er vier schalen ontwikkeld. De Cronbach's alpha voor deze vier schalen varieert van 0.84 tot 0.95 en is dus goed tot zeer goed te noemen. Oorspronkelijk is de URICA ontwikkeld

voor het meten van de fasen van verandering met betrekking tot een nicotineverslaving, maar Jonge et. al. (2002), stellen dat de Nederlandse versie ook toegepast kan worden op andere problemen, omdat de proefpersonen in het onderzoek zich identificeren met een fase van verandering ongeacht hun probleem (zoals overmatige alcoholconsumptie, teveel eten, te weinig bewegen en teveel roken). Daarnaast merken zij op dat de gegeven problemen zowel in de algemene gezondheidszorg als in de verslavingszorg voorkomen. Een kanttekening van Jonge et. al. (2002) bij de URICA-NL is dat de items niet altijd helder en duidelijk zijn, mede doordat sommige items langer zijn dan twintig woorden. Verder wordt gesteld dat er beter kan worden gesproken over gedrag dan over een probleem, zodat de motivatie voor gedragsverandering gemeten kan worden.

Doordat er teveel bezwaren waren tegen het gebruik van de URICA-NL in vergelijking met de RCQ-D is ervoor gekozen om deze laatste in de vragenlijst op te nemen. De items zijn gebaseerd op de Nederlandse versie van de RCQ voor alcohol, waarvan de factorstructuur in overeenstemming is met de 3-factor structuur van de originele RCQ (De Fuentes-Merillas et al., 2002). In de Nederlandse versie van de RCQ zijn echter een drietal items uit de Precontemplatie subschaal omgeschaald. In de originele versie werden de betreffende items negatief gesteld en in de RCQ-D worden deze items positief gesteld. De reden die hiervoor wordt gegeven is dat dit de accuraatheid van de vragenlijst zou verbeteren. De betrouwbaarheid werd vervolgens gemeten voor de Precontemplatie, Contemplatie en Actie fase en hieruit kwamen Cronbach's alpha's van respectievelijk $\alpha = 0.68$, $\alpha = 0.70$ en $\alpha = 0.81$. De betrouwbaarheid voor de positiefgestelde items uit de Precontemplatie schaal resulteerde in $\alpha = 0.83$. Ook de validiteit van de RCQ-D is goed te noemen. Het voordeel van de RCQ ten opzichte van de URICA-NL is dat de RCQ bestaat uit slechts 12 items en URICA-NL uit maar liefst 24 items.

Evenals in de vragenlijst voor cliënten werd gevraagd naar de intentie voor en het volgen van een behandeling voor het gokgedrag, de barrières voor aanmelden, het opheffen van de barrières, de voor- en nadelen van een IB in vergelijking met een face-to-face behandeling, de adoptie van de website (door te vragen of zij anderen zouden vertellen over GdB) en het bereiken van problematische gokkers. Daarnaast werd ook gevraagd naar de intentie voor en het volgen van een behandeling voor ander probleem om de samenhang met andere verslavingen/problemen te kunnen meten. Ook werd de respondenten gevraagd of zij bezwaar zouden hebben tegen het verstrekken van gegevens voor de zorgverzekeraar. Ten slotte werd naar een aantal demografische variabelen gevraagd zoals geslacht, leeftijd, hoogst afgeronde opleiding, huwelijkse staat, woonsituatie, belangrijkste bezigheid en gemiddeld internetgebruik per week. De respondenten die bij de optie 'anders namelijk' aangaven dat zij samenwoonden, werden gezien als ongehuwd. Bij de woonsituatie hadden zij namelijk de mogelijkheid om aan te geven dat zij samen woonden met een partner (en kinderen). Daarnaast bleek dat van de 57 ongehuwde respondenten 22.8% aangaf wel samen te wonen met een partner (en kinderen).

3.3.3 Telefonische Interviews

De telefonische interviews werden afgenomen als inhoudelijke verdieping op de antwoorden uit de vragenlijst. Een vragenlijst is een minder geschikt instrument om inhoudelijke vragen te stellen en aangezien het aantal cliënten in de internetbehandeling klein was en het aantal respondenten daardoor nog kleiner, waren de telefonische interviews een goede aanvulling op de vragenlijsten om uitspraken te kunnen doen over het gebruik van de internetbehandeling. In de telefonische interviews werden alleen de vragen behandeld die interessant leken op basis van de antwoorden gegeven in de vragenlijst. De interviewopzet is bijgevoegd in bijlage 6. Er is ervoor gekozen om eerst een vragenlijst af te nemen en daarna telefonische interviews, omdat dit de kans op het verkrijgen van data vergrootte en de lengte van de telefonische interviews verkleinde. Wanneer er eerst een telefonisch interview zou worden afgenomen, was de kans groter op een te lage respons omdat de drempel wellicht te hoog zou zijn. Door onder de cliënten in behandeling eerst een vragenlijst af te nemen was de kans groter dat er in ieder geval data werd verkregen. De respondenten wisten op deze manier ook van tevoren welke vragen zij konden verwachten in het telefonische interview en dit verlaagde de drempel tot deelname. Ten slotte was het telefonische interview korter omdat niet alle vragen werden doorgenomen, maar alleen de vragen die onduidelijk waren of interessant leken om over door te vragen. Ook dit verlaagde de drempel tot deelname. Een overzicht van alle onderzoeksvragen, doelgroepen, methoden en werving van respondenten is bijgevoegd in de tabel in bijlage 7.

3.4 Analyse van de gegevens

3.4.1 Vragenlijsten

De vragenlijsten zijn verwerkt met het statistische programma SPSS. De analyse van de gegevens die voortkwamen uit de vragenlijsten bestond uit een aantal stappen.

Allereerst werd geïnventariseerd welke items gehercodeerd moesten worden. Dit waren onder andere de items van de DSM-IV gokschaal, de RCQ-D items en de plekken en manieren om problematische gokkers te bereiken. Vervolgens werden de somscores van een aantal items berekend. Het betrof hier de totaalscore van de items van de DSM-IV gokschaal en de drie fasen van de RCQ-D items. Daarna werden de betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd. Zo werd de betrouwbaarheid van onder andere de DSM-IV gokschaal, de drie schalen van RCQ-D, de voordelen, de nadelen en de barrières gemeten. Vervolgens werden de analyses voor de beschrijvende statistieken uitgevoerd. Zo werden er frequentietabellen gemaakt van alle items uit beide vragenlijsten. Vervolgens werden de analyses uitgevoerd die verschillen konden aantonen tussen groepen zoals chi kwadraat toetsen en t-toetsen. Daarnaast werden analyses uitgevoerd die correlaties en samenhang konden aantonen zoals kruistabellen, chi kwadraat toetsen, correlatieanalyses, One-Way ANOVA, t-toetsen en nonparametric toetsen. Ten slotte werden er, afhankelijk van de aard van de variabelen, regressieanalyses uitgevoerd om de intentie tot het

volgen van een behandeling voor het gokgedrag te verklaren aan de hand van de demografische gegevens, de DSM-IV gokschaal, de RCQ-D, voordelen, nadelen en barrières.

3.4.2 Telefonische Interviews

De telefonische interviews werden gerapporteerd aan de hand van steekwoorden en korte zinnen tijdens het interview. Na afloop van het interview werden de notities uitgeschreven. Om technische redenen kon er geen gebruik worden gemaakt van soft-call apparatuur, waardoor letterlijk uitgeschreven interviews niet mogelijk waren. Door een gebrek aan respondenten, konden er slechts twee interviews worden gegeven en hierdoor was een uitgebreide uitwerking en vergelijking van de resultaten uit de interviews niet mogelijk. De uitgeschreven notities en citaten uit de interviews dienden daarom alleen als aanvullende informatie om een trend aan te geven en de resultaten uit de vragenlijsten al dan niet te bevestigen.

4. RESULTATEN ALGEMEEN

In dit hoofdstuk worden de algemene resultaten van het onderzoek besproken. In § 4.1 wordt eerst een toelichting gegeven op de respons van het onderzoek. Vervolgens gaat § 4.2 in op de betrouwbaarheid van onder andere de DSM-IV gokschaal en de RCQ-D schaal. In §4.3 wordt de algemene beschrijvende statistiek besproken met onder andere het profiel van de websitebezoekers en niet-bezoekers en de cliënten in behandeling in vergelijking met de literatuur. Daarnaast gaat deze paragraaf ook in op de resultaten van de DSM-IV gokschaal en de behandeling van het gokgedrag. § 4.4 geeft vervolgens een samenvatting van het voorgaande. Voor alle resultaten in dit onderzoek geldt dat de antwoorden van de websitebezoekers, niet-bezoekers en de cliënten in behandeling niet met elkaar worden vergeleken als gevolg van een sterk uiteenlopende steekproefgrootte. Daarnaast geldt dat de populaties waarop de resultaten zijn gebaseerd van elkaar verschillen als gevolg van het uitvallen van respondenten vóór het voltooien van de vragenlijst. De correlatietabellen uit dit hoofdstuk zijn bijgevoegd in bijlage 8.

4.1 Respons

In totaal hebben 20 cliënten een uitnodiging gekregen om deel te nemen aan het onderzoek. Van hen hebben 11 cliënten in behandeling ingestemd om deel te nemen aan het onderzoek en 7 cliënten zijn daadwerkelijk begonnen aan de vragenlijst. De antwoorden op de vragenlijsten werden gezien als geloofwaardig wanneer de respondenten niet alleen 'neutraal' invulden bij de meerkeuzevragen. Op basis hiervan hebben 6 cliënten de vragenlijst voldoende en geloofwaardig ingevuld (54.5%) en bij twee van deze cliënten is een telefonisch interview afgenomen. Het totale aantal respondenten voor de vragenlijst voor websitebezoekers en niet-bezoekers bedroeg 210. Van hen hebben in totaal 89 (42.4%) respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Onder hen waren twee respondenten bekend met GdB (2.5%).

4.2 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van enkele belangrijke constructen voor verdere analyse te kunnen meten zijn een aantal betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd. Een overzicht van de interne consistentie uitgedrukt in Cronbach's alpha is weergegeven in tabel 4.2.

DSM-IV gokschaal: De volledige DSM-IV gokschaal is bijgevoegd in bijlage 4. Uit de betrouwbaarheidsanalyse bleek dat de 10 items van de DSM-IV gokschaal samen een Cronbach's alpha hadden van 0.90. Uit de componenten matrix van de factoranalyse bleek dat de schaal bestond uit één factor, maar de rotated componenten matrix liet twee factoren zien (item 1 t/m 7 en item 8 t/m 10). Deze twee factoren waren echter niet goed te benoemen. Een mogelijk onderscheid tussen de twee factoren zou de volgende kunnen zijn: de 1^e factor heeft met name betrekking op de gokker zelf en de 2^e factor betreft ook de omgeving van de gokker

erbij. Deze scheiding gaat echter niet geheel op, omdat item 7, behorende bij factor 1 als volgt luidt: 'heb je tegen familieleden, vrienden of anderen gelogen om je gokken voor hen te verbergen?'. Dit item zou volgens het bovengenoemde onderscheid behoren bij de tweede factor, maar Item 7 laadt alleen op de eerste factor. Een ander onderscheid tussen de twee factoren zou de ernst van de items kunnen zijn. De items 1 t/m 7 kunnen worden benoemd als minder ernstige items van de DSM-IV gokschaal, terwijl de items 8, 9 en 10 tot de ernstigere items kunnen worden gerekend, zoals onwettige handelingen, verliezen van belangrijke relaties en een beroep doen op anderen om garant te staan voor gokschulden. Ook hier geldt echter dat item 7 in dit geval beter zou passen bij factor 2 dan bij factor 1. De factorladingen van elk item uit de rotated componenten matrix zijn weergegeven in tabel 4.1

Tabel 4.1 Factorladingen van de items van de DSM-IV gokschaal volgens de rotated componenten matrix

Items DSM-IV gokschaal	Component 1	Component 2
DSM 1	.852	
DSM 2	.691	
DSM 3	.742	
DSM 4	.639	
DSM 5	.576	
DSM 6	.813	
DSM 7	.770	
DSM 8		.805
DSM 9		.759
DSM 10		.647

De twee factoren bepaalden samen 64.6% van de verklaarde variantie. De gemiddelde itemtotaal correlaties lagen tussen $r=.40$ en $r=.77$ en de factorlading tussen 0.58 en 0.85. Deze resultaten kwamen niet overeen met de bevindingen van Stinchfield et al. (2005). Zij hadden een Cronbach's alpha gemeten van 0.92, een unidimensionele schaal met 1 factor en 58% verklaarde variantie, een hoge itemtotaal correlatie (tussen $r=.52$ en $r=.82$), een goede constructvaliditeit en een hoge factorlading (tussen 0.60 en 0.87). Hoewel uit de factoranalyse van het huidige onderzoek bleek dat de DSM-IV gokschaal uit 2 factoren bestond, is er toch voor gekozen om 1 factor aan te houden omdat er geen duidelijk onderscheid bestond tussen de beide factoren en omdat de interne consistentie hoog was ($\alpha=0.90$).

RCQ-D: De gehele RCQ-D schaal is bijgevoegd in bijlage 5. De totale RCQ-D schaal had een Cronbach's alpha van 0.77 en dit is goed te noemen. De Precontemplatie subschaal had

echter een alpha van 0.41. Na het verwijderen van het 12^e item ('minder/niet gokken heeft voor mij geen zin'), steeg de alpha tot 0.60. Hierdoor steeg ook de Cronbach's alpha van de totale schaal van 0.77 naar 0.80. De Cronbach's alpha voor de subschalen Contemplatie en Actie waren goed met alpha's van respectievelijk 0.72 en 0.79. De Cronbach's alpha's van de Contemplatie en Actie fase kwamen overeen met de alpha's gemeten door De Fuentes-Merillas et al. (2002) die respectievelijk een alpha van 0.70 en 0.81 hadden gemeten. De alpha die zij gemeten hebben voor de Precontemplatie fase, bleek echter veel hoger dan de alpha in het huidige onderzoek, namelijk $\alpha = 0.83$. De interne consistentie van de constructen die zijn ontwikkeld voor het huidige onderzoek (voordelen, nadelen en barrières) was voldoende tot goed. Een overzicht van de resultaten van de betrouwbaarheidsanalyses van de verschillende constructen is weergegeven in tabel 4.2.

Tabel 4.2 Betrouwbaarheidsanalyses

Construct	Cronbach's alpha
DSM-IV gokschaal	0.90
RCQ-D	0.80
Precontemplatie	0.60
Contemplatie	0.72
Actie	0.78
Voordelen	0.91
Nadelen	0.65
Barrières	0.76

4.3 Achtergrondvariabelen

4.3.1 DSM-IV gokschaal

Tabel 4.3 geeft een overzicht van de verdeling van de fasen van gokverslaving over de websitebezoekers en niet-bezoekers. Zoals blijkt uit de tabel bestond de totale steekproef van websitebezoekers en niet-bezoekers die de DSM-IV gokschaal hebben ingevuld (N=140) voor 52.1% uit recreatieve gokkers, voor 12.9% uit risicogokkers en voor 35.0% uit probleemgokkers. De verdeling tussen recreatieve gokkers en personen die tot de risicogroep behoorden was dus nagenoeg evenwichtig. Van de groep risico- en probleemgokkers waren slechts twee respondenten bekend met de website. Dit houdt in dat 97.0% (N=65) van de risico- en probleemgokkers niet bekend was met de website.

Tabel 4.3 De verdeling van de mate van gokverslaving over de websitebezoekers en niet-bezoekers (N=140)

Mate van gokverslaving	Websitebezoekers (%)	Niet-bezoekers (%)	Totaal (%)
Recreatieve gokkers	2(2.7)	71(97.3)	73 (52.1)
Risicogokkers	1(5.6)	17(94.4)	18(12.9)
Probleemgokkers	1(2.0)	48(80.0)	49(35.0)
Totaal	4(2.9)	136(97.1)	140(100.0)

4.3.2 Demografisch profiel van websitebezoekers en niet-bezoekers

Tabel 4.4 geeft een overzicht van de demografische kenmerken van de respondenten die de vragenlijst voor websitebezoekers en niet-bezoekers hebben ingevuld. Uit deze tabel blijkt dat meer mannen (65.2.%) dan vrouwen de vragenlijst hebben ingevuld (34.8%). Daarnaast valt op dat de leeftijd van de respondenten ligt tussen de 18 en 45 jaar (77.5%) met een piek in de leeftijd van 26 t/m 35 jaar (31.5%). Het opleidingsniveau van de respondenten is lager dan het gemiddelde opleidingsniveau in Nederland volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek over het jaar 2008 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009). 53.9% van de respondenten antwoordde het basisonderwijs, LBO/MAVO/VMBO of het MBO als hoogste opleiding te hebben afgerond. In Nederland is dit percentage 30.3% onder de beroepsbevolking (Centraal Bureau voor de Statistiek , 2009). Het grootste gedeelte van de respondenten gaf aan ongehuwd te zijn (64.0%). Wat betreft de woonsituatie was er geen duidelijk verschil in spreiding waar te nemen. 24.7% van de respondenten gaf aan alleen te wonen en eveneens een kwart woonde bij de ouders. 23.6% gaf aan samen te wonen met een partner of met partner en kinderen (21.3%). 66.3% van de respondenten gaf aan betaald werk te hebben. Verder valt op dat een kwart van de respondenten gemiddeld meer dan 20 uren per week gebruik maakt van het internet.

Tabel 4.4 Overzicht demografische kenmerken websitebezoekers en niet-bezoekers (N=89)

Item	Antwoord	N	(%)
Geslacht	Man	58	65.2
	Vrouw	31	34.8
Leeftijd	< 18 jaar	1	1.1
	18 – 25 jaar	22	24.7
	26 – 35 jaar	28	31.5
	36 – 45 jaar	19	21.3
	46 – 55 jaar	11	12.4
	56 – 65 jaar	6	6.7
	> 65 jaar	2	2.2
Hoogst afgeronde opleiding	Basisonderwijs	6	6.7
	LBO/MAVO/VMBO	20	22.5
	HAVO	16	18.0
	VWO	6	6.7
	MBO	22	24.7
	HBO	13	14.6
	WO	6	6.7
	Anders, namelijk...	0	0.0
Huwelijkse staat	Ongehuwd	57	64.0
	Gehuwd	27	30.3
	Gescheiden	4	4.5
	Weduwe/weduwenaar	1	1.1
	Anders, namelijk...	0	0.0
Woonsituatie	Ik woon alleen	22	24.7
	Ik woon bij mijn ouders	22	24.7
	Ik woon samen met mijn partner	21	23.6
	Ik woon samen met mijn partner en kind(eren)	19	21.3
	Ik woon samen met mijn kind(eren)	2	2.2
	Ik woon samen met vrienden/vriendinnen	3	3.4
	Anders, namelijk...	0	0.0
Belangrijkste bezigheid	Betaalde fulltime baan	39	43.8
	Betaalde parttime baan	11	12.4
	Studerend/schoolgaand	13	14.6
	Vrijwilligerswerk	2	2.2
	Huisvrouw of huisman	2	2.2
	Werkloos	4	4.5
	Arbeidsongeschikt	4	4.5
	(Vroegtijdig) pensioen	2	2.2
	Zelfstandig ondernemer	9	10.1
	Anders, namelijk...	3	3.4
Gemiddeld aantal uren internet per week	< 1 uur	2	2.2
	1 – 5 uren	20	22.5
	6 – 10 uren	11	12.4
	11 – 15 uren	20	22.5
	16 – 20 uren	14	15.7
	>20 uren	22	24.7

4.3.3 Vergelijking demografische variabelen van risico- en probleemgokkers met de literatuur (onderzoeksvraag 3)

Wanneer de demografische gegevens van de respondenten werden vergeleken met het algemene profiel van risico- en probleemgokker zoals beschreven in de literatuur, waren er zowel overeenkomsten als verschillen zichtbaar. Een belangrijke overeenkomst was dat de mannen significant ($p=.02$) vaker een score hadden van 3 of hoger op de vragen van de DSM-IV gokschaal in zowel de groep risicogokkers (54.5%) als probleemgokkers (80.0%) en dus als risicogroep voor gokverslaving werden beschouwd. Bovendien hebben er veel meer mannen dan vrouwen deelgenomen aan het onderzoek. Dit kan worden verklaard doordat er meer mannelijke dan vrouwelijke probleemgokkers zijn. De resultaten uit de vragenlijst komen overeen met de literatuur waaruit bleek dat mannen vaker dan vrouwen worden ingedeeld in de risicogroep voor probleemgokken (Fris, 1999; de Bruin et al., 2005; Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008; Kessler et al., 2008; Cunningham-Williams et al., 2005). Dit bleek ook uit de regressieanalyse voor geslacht en risicogokkers ($OR=.60$; $p=.43$) en geslacht en probleemgokkers ($OR=3.2$; $p=.02$). Dit betekent dat mannen ruim drie keer zoveel kans hebben dan vrouwen om zich tot probleemgokkers te ontwikkelen.

Uit de literatuur bleek dat de gemiddelde leeftijd van de problematische gokker rond de 30 jaar ligt en uiteenloopt van 25 tot 50 jaar (Fris, 1999; de Bruin et al., 2005; Ciarrocchi & Richardson, 1989; Källmén et al., 2008; McBride & Derevensky, 2008; Cunningham-Williams et al., 2005; Kessler et al., 2008). Hoewel er sprake was van een vrijwel evenwichtige spreiding van de risico- en probleemgokkers in de leeftijd van 18 tot 45 jaar, bleek uit de demografische gegevens van de vragenlijst dat de gemiddelde leeftijd tussen 26 tot 35 jaar lag. In deze leeftijdsgroep kwamen zowel de meeste risico- als probleemgokkers voor (respectievelijk 45.5% en 34.3%). De ondergrens wat betreft leeftijd voor probleemgokken lag gemiddeld lager dan zoals uit de literatuur bleek, evenals de bovengrens, respectievelijk 18 en 45 jaar. Uit de correlatieanalyse bleek dat er een zwakke, maar significant negatieve correlatie bestond tussen de mate van gokverslaving en de leeftijd van de respondenten ($r=-.23$, $p=.03$). Dit betekent dat naarmate de leeftijd hoger wordt, de kans op gokverslaving afneemt. De resultaten uit de vragenlijst komen in grote lijnen overeen met wat er in de literatuur bekend is over leeftijd als factor voor gokverslaving.

Uit de resultaten van de vragenlijst bleek dat in de groep ongehuwde respondenten zowel de meeste risico- als probleemgokkers voorkwamen (respectievelijk 72.7% en 65.7%). Hoewel de verschillen niet significant waren, komt deze trend wel overeen met de literatuur waaruit bleek dat de meeste probleemgokkers ongehuwd alleenstaand of gescheiden zijn (de Bruin et al., 2005; Hing & Breen, 2002; Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008; Cunningham-Williams et al., 2005).

Over werkloosheid als factor voor gokverslaving is geen consensus in de literatuur. Er zijn onderzoeken waaruit bleek dat het grootste gedeelte van de problematische gokkers een fulltime

of parttime baan heeft (Fris, 1999; Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008), maar er zijn ook onderzoeken waaruit bleek dat de meeste probleemgokkers juist werkloos zijn (de Bruin et al., 2005; Cunningham-Williams et al., 2005). Desondanks kwam er uit de gegevens van de vragenlijst toch een trend naar voren. Zo bleek namelijk dat 54.5% van de risicogokkers en 48.6% van de probleemgokkers een fulltime baan heeft (ns).

Ook over het opleidingsniveau van de risico- en probleemgokkers was naar aanleiding van de literatuur geen duidelijke uitspraak te doen (de Bruin et al., 2005; Cunningham-Williams et al., 2005; Kessler et al., 2008; Ciarrocchi & Richardson, 1989; McBride & Derevensky, 2008). Uit de resultaten bleek echter dat de risico- en probleemgokkers in deze populatie over het algemeen lager zijn opgeleid dan gemiddeld (ns). Zo was het percentage risicogokkers dat het basisonderwijs, LBO/MAVO/VMBO of het MBO heeft afgerond 54.6%. Bij de probleemgokkers was dit maar liefst 77.1%. Onder de beroepsbevolking in Nederland is dit percentage 30.3% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009). Het verschil tussen de mate van gokverslaving en een laag (basisonderwijs, LBO/MAVO/VMBO en MBO), gemiddeld (HAVO en VWO) en hoog (HBO en WO) opleidingsniveau was significant ($p=.01$). Dit is ook aangetoond in de sterke significante ($p=.00$) negatieve correlatie ($r= -.38$) waaruit bleek dat opleiding een belangrijke factor kan zijn voor gokverslaving waarbij geldt dat een lager dan gemiddelde opleiding een risicofactor is voor de kans op een gokverslaving.

Wat betreft de woonsituatie was het niet mogelijk om een vergelijking te maken met inzichten uit de literatuur, omdat hierover geen gegevens bekend waren. Bij de resultaten van de vragenlijst was er sprake van een evenwichtige spreiding. De woonsituatie lijkt dus geen risicofactor voor de kans op gokverslaving te zijn.

Tabel 4.5 geeft een overzicht van de verschillen en overeenkomsten tussen de literatuur en de gegevens uit de vragenlijst met betrekking tot het profiel van de probleemgokker.

Tabel 4.5 Vergelijking vragenlijst en literatuur m.b.t. profiel van risico- en probleemgokkers

Variabele	Antwoord	Vragenlijst (N=46)		Literatuur
		Risicogokker (N=11)	Probleemgokker (N=35)	
Geslacht*	Man	54.5	80.0	Mannen
	Vrouw	45.5	20.0	
Leeftijd*	< 18 jaar	9.1	0.0	Gemiddeld 30 jaar (variërend van 25 tot 50 jaar)
	18 – 25 jaar	18.2	28.6	
	26 – 35 jaar	45.5	34.3	
	36 – 45 jaar	9.1	28.6	
	46 – 55 jaar	9.1	8.6	
	56 – 65 jaar	9.1	0.0	
	> 65 jaar	0.0	0.0	
Opleiding**	Basisonderwijs	9.1	11.4	Geen consistentie in de literatuur
	LBO/MAVO/VMBO	27.3	34.3	
	HAVO	9.1	11.4	
	VWO	18.2	2.9	
	MBO	18.2	31.4	
	HBO	9.1	5.7	
	WO	9.1	2.9	
	Anders, namelijk...	0.0	0.0	
Huwelijkse staat	Ongehuwd	72.7	65.7	Ongehuwd, alleenstaand of gescheiden
	Gehuwd	27.3	31.4	
	Gescheiden	0.0	2.9	
	Weduwe/weduwnaar	0.0	0.0	
	Anders, namelijk...	0.0	0.0	
Belangrijkste bezigheid	Betaalde fulltime baan	54.5	48.6	Geen consistentie in de literatuur
	Betaalde parttime baan	18.2	12.4	
	Studerend/schoolgaand	9.1	14.6	
	Vrijwilligerswerk	0.0	2.2	
	Huisvrouw of huisman	9.1	2.2	
	Werkloos	0.0	4.5	
	Arbeidsongeschikt	9.1	4.5	
	(Vroegtijdig) pensioen	0.0	2.2	
	Zelfstandig ondernemer	0.0	10.1	
	Anders, namelijk...	0.0	0.0	
Woonsituatie	Ik woon alleen	27.3	22.9	Geen gegevens bekend
	Ik woon bij mijn ouders	27.3	24.7	
	Ik woon samen met mijn partner	36.4	23.6	
	Ik woon samen met mijn partner en kind(eren)	9.1	21.3	
	Ik woon samen met mijn kind(eren)	0.0	2.2	
	Ik woon samen met vrienden/vriendinnen	0.0	3.4	
	Anders, namelijk...	0.0	0.0	

* Significante correlatie tussen de mate van gokverslaving en respectievelijk geslacht ($r = -.23$) en leeftijd ($r = -.23$) $p < .05$ (tweezijdig)

** Significante correlatie tussen de mate van gokverslaving en de hoogst afgeronde opleiding ($r = -.38$) $p \leq .001$ (tweezijdig)

4.3.4 Gebruiksprofiel van de cliënten in de internetbehandeling (onderzoeksvraag 4a)

Aan de hand van enkele gegevens uit de internetbehandeling kon er een algemeen profiel worden opgesteld van de cliënten in behandeling. Zo bleek bijvoorbeeld dat sinds de start van de internetbehandeling op 3 februari 2009, 42 cliënten zich hebben aangemeld voor de behandeling. Van deze 42 cliënten kon één cliënt niet starten omdat hij al professionele face-to-face hulpverlening kreeg. Deze cliënt is niet meegenomen in tabel 4.6 waarin een overzicht wordt weergegeven van het aantal cliënten dat voortijdig is afgehaakt (drop-out), nog bezig is met de behandeling of de behandeling heeft afgerond. Hier valt op dat een groot gedeelte van de cliënten die zich aanmelden, voortijdig afhaken of helemaal niet starten met de behandeling (60.9%).

Tabel 4.6 Overzicht voortgang van de behandeling (N=41)

Kenmerk	Percentage	N
Nooit gestart	14.6%	6
Drop-out deel 1	31.7%	13
Drop-out deel 2	14.6%	6
Nog actief in deel 1	14.6%	6
Nog actief in deel 2	14.6%	6
Internetbehandeling volledig afgerond	9.8%	4

In totaal hebben tien van de 41 cliënten deel 1 van de behandeling afgerond. Gemiddeld hadden zij dit deel van de behandeling in 6 weken afgerond (variërend van 2.5 week tot 14 weken). Slechts 4 cliënten hebben zowel deel 1 als deel 2 van de behandeling voltooid. Deze cliënten hadden deel 2 afgerond in gemiddeld 9 weken (variërend van 5 weken tot 16 weken). Van de overige deelnemers aan deel 2 kunnen (nog) geen gegevens worden ontleend omdat deze ofwel zijn afgehaakt of nog in behandeling zijn. De gemiddelde duur waarbinnen de cliënten beide delen van de behandeling afronden, komt overeen met de ingeschatte gemiddelde duur van de behandeling door Tactus Verslavingszorg (12 tot 16 weken).

4.3.5 Behandeling gokgedrag en andere problemen

Tabel 4.7 geeft een overzicht van het aantal respondenten dat een behandeling heeft gevolgd voor het gokgedrag of een ander probleem of dit in overweging heeft genomen. Als gevolg van het afhaken van respondenten tijdens het invullen van de vragenlijst is het respondentenaantal van de items in tabel 4.7 niet gelijk. Opvallend is dat 42 respondenten aangeven nooit een behandeling voor hun gokgedrag te hebben gevolgd, terwijl 31 van hen dit wel hebben overwogen. De redenen die deze respondenten gaven om geen behandeling te volgen komen uitgebreid aan bod in hoofdstuk 6. Van de 12 respondenten die wel een behandeling voor het gokgedrag hadden gevolgd, deden 9 respondenten dit bij een GGZ instelling of

verslavingszorginstelling. 2 respondenten bezochten zelfhulporganisatie met lotgenotencontact (Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers) en één respondent maakte gebruik van lotgenotencontact via www.nooitmeergokken.nl. De ervaringen met de verschillende behandelingen liepen uiteen, er is hier geen duidelijke trend zichtbaar: 4 respondenten vonden de behandeling bij de GGZ instelling of verslavingszorginstelling goed en hulpvol, maar 5 respondenten waren hier niet tevreden over. De overige respondenten waren tevreden over hun 'behandeling' door middel van lotgenotencontact. Het type behandeling was met name face-to-face en individueel.

Vijf behandelingen voor een ander probleem hadden betrekkingen op psychische of emotionele problemen. De overige twee respondenten volgden een behandeling voor een vorm van verslaving (drank, drugs en/of medicijnen). Ook de ervaringen met deze behandelingen liepen uiteen. Het type behandeling dat werd gevolgd was met name individueel en face-to-face. Enkele respondenten gaven aan geen behandeling voor een ander probleem te hebben gevolgd, maar dit wel te hebben overwogen (14.0%). De redenen die zij gaven om geen behandeling te volgen waren: gebrek aan motivatie, denken een zwakke persoonlijkheid te hebben, denken dat de problemen vanzelf minder worden, het probleem niet herkennen en de kosten van een behandeling.

Tabel 4.7 Behandeling overwogen of gevolgd voor gokgedrag een ander probleem

Item	Nee N(%)	Ja N(%)	Totaal N(%)
Behandeling voor gokgedrag gevolgd	42(77.7)	12(22.2)	54(100.0)
Gedacht aan het volgen van een behandeling voor gokgedrag	11(26.2)	31(73.8)	42(100.0)
Behandeling voor andere problemen gevolgd	43(86.0)	7(14.0)	50(100.0)
Gedacht aan volgen van een behandeling voor andere problemen	35(83.3)	7(16.7)	42(100.0)

De resultaten uit de vragenlijsten zijn, waar relevant, aangevuld met citaten uit de twee telefonische interviews. De interviewopzet is bijgevoegd in bijlage 6. Zoals blijkt uit het volgende citaat, gaf één cliënt de voorkeur aan een combinatie van de internetbehandeling aangevuld met face-to-face contact door middel van lotgenotencontact: *'(...) de Brijder dat werkte niet echt voor mij, maar op dit moment volg ik ook een behandeling bij de AGOG en dat werkt prima zo voor mij.'*

In totaal hebben 120 respondenten aangegeven of zij van plan waren om anderen te vertellen over GdB. Hierbij gaf 40.8% aan dit zeker wel (5.0%; N= 6), waarschijnlijk wel (7.5%; N= 9) of misschien (28.3%; N= 34) van plan te zijn. Tot deze anderen behoorden familie (38.8%, N=19), vrienden/kennissen (38.8%, N=19), collega's (8.2%, N=4) en/of (huis)arts/hulpverlener (8.2%, N=4). 14 respondenten gaven aan iemand anders dan de bovengenoemde personen te

vertellen over GdB. De reden om anderen te vertellen over GdB zijn onder te verdelen in drie categorieën, namelijk:

1. Ondersteuning krijgen van anderen: *'zodat ik ondersteuning kan krijgen als ik die nodig heb en ik nu maar eens open moet zijn over mijn probleem'*
2. Hulp bieden aan anderen: *'omdat de website mensen helpt om niet meer te gokken'; 'ik heb een zoon die gevoelig is voor gokken'; 'ik en mijn beste vriend helpen elkaar geregeld in de problemen doordat we beiden gokken en elkaar geld lenen'; 'ik heb een collega die veel in casino's komt en graag gokt'; 'mensen die het nodig hebben, wanneer ze het nodig hebben'; 'omdat ik mensen ken die daar mogelijk wel wat aan hebben'; 'om te communiceren dat er meerdere kanalen zijn die kunnen helpen bij, in dit geval gokproblemen'; 'om een steun te zijn voor anderen'.*
3. Open zijn over het probleem: *'omdat ik alles aan mijn familie wil vertellen'; 'mijn ouders heb ik voor gelogen en ik wil nu dat ze weten wat ik doe, om hun vertrouwen terug te winnen. Ik wil dat ze ook zien hoe ik vooruit ga en dat ik het probleem wil verhelpen door onder andere deze test te doen en anoniem verder te gaan'.*

Hoewel er geen significant verschil werd gevonden tussen de mate van gokverslaving en de intentie om anderen te vertellen over GdB, werd er wel een zwakke, maar significant negatieve correlatie gevonden ($r=-.20$, $p=.03$). Dit betekent dat de intentie om anderen te vertellen over de website GdB samenhangt met de mate van gokverslaving. Hoe hoger de mate van gokverslaving, hoe zekerder de respondenten zijn van hun plan om anderen te vertellen over de website GdB. Daarnaast is er ook een significante correlatie gevonden tussen de intentie om anderen te vertellen over GdB en het gemiddeld aantal uren internetgebruik per week ($r=.29$, $p=.01$). Dit betekent dat de intentie om anderen te vertellen over GdB stijgt, naar mate het gemiddeld internetgebruik stijgt.

4.4 Conclusie

De betrouwbaarheid van de DSM-IV gokschaal was hoog en de betrouwbaarheid van de drie fasen van de RCQ-D was voldoende evenals de betrouwbaarheid van de voordelen, nadelen en barrières. De verdeling tussen recreatieve gokkers en risico- en probleemgokkers was bijna gelijk.

Met betrekking tot de demografische variabelen, bestond de steekproef voornamelijk uit ongehuwde, lageropgeleide mannen in de leeftijd van 18 tot 45 jaar met een betaalde fulltime baan. Zij woonden veelal alleen, bij hun ouders of samen met een partner en maakten gemiddeld meer dan 20 uren per week gebruik van het internet. Deze gegevens komen overeen met de literatuur over risico- en probleemgokkers wat betreft geslacht, leeftijd en huwelijks staat. Mannen tussen 26 – 35 jaar met een lager dan gemiddelde opleiding vormen een risicogroep voor probleemgokken.

Het gebruiksprofiel van de cliënten in de internetbehandeling kenmerkt zich door een hoog drop-out percentage en cliënten die de behandeling nooit zijn gestart (60.9%).

De meeste websitebezoekers en niet-bezoekers hadden nooit een behandeling voor hun gokgedrag gevolgd, terwijl bijna driekwart dit wel had overwogen. De respondenten die wel een behandeling voor het gokgedrag hadden gevolgd, volgden met name individuele face-to-face behandelingen. Eveneens hadden de meeste respondenten nooit een behandeling voor een ander probleem gevolgd. De respondenten die dit wel hadden gedaan, volgden vooral individuele face-to-face behandelingen. De redenen om geen behandeling voor een ander probleem te volgen, terwijl dit wel werd overwogen waren: het ontbreken van motivatie, het idee een zwakke persoonlijkheid te hebben, denken dat de problemen vanzelf minder zouden worden, het probleem niet herkennen en de kosten.

Van de 120 respondenten gaf ruim 40% aan zeker wel, waarschijnlijk wel of misschien van plan te zijn om anderen te vertellen over de website GdB. Tot deze anderen behoorden vooral familieleden en vrienden en kennissen. De redenen hiervoor waren: ondersteuning krijgen van anderen, hulp bieden aan anderen en open zijn over het probleem. Wanneer de mate van gokverslaving hoger is, is ook de intentie om anderen te vertellen over de website hoger. Daarnaast geldt ook dat de intentie om anderen te vertellen over GdB stijgt, naar mate het gemiddeld internetgebruik stijgt.

5. COMMUNICATIEKUNDIGE ASPECTEN GDB

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het communicatiegedeelte van het onderzoek besproken. In § 5.1 wordt de bekendheid van www.gokkendebaas.nl besproken met onder andere de huidige bekendheid, de wijze waarop de doelgroep geïnformeerd wordt, de plekken waar en de manieren waarop problematische gokkers volgens de respondenten het beste kunnen worden bereikt. Vervolgens gaat § 5.2 in op de usability van de internetbehandeling volgens de cliënten in behandeling, de suggesties ter verbetering en de adoptie of verwerping van de internetbehandeling. Ten slotte geeft § 5.3 een conclusie van het voorgaande. Ook voor de resultaten die gepresenteerd worden in dit hoofdstuk geldt dat de antwoorden van de websitebezoekers, niet-bezoekers en de cliënten in behandeling niet met elkaar worden vergeleken als gevolg van een te klein aantal websitebezoekers. Daarnaast geldt dat de populaties waarop de resultaten zijn gebaseerd van elkaar verschillen als gevolg van het uitvallen van respondenten vóór het voltooien van de vragenlijst. De correlatietabellen uit dit hoofdstuk zijn bijgevoegd in bijlage 9.

5.1 Bekendheid van www.gokkendebaas.nl

5.1.1 Huidige bekendheid van www.gokkendebaas.nl (onderzoeksvraag 1, 2a)

Hoewel 89 respondenten de vragenlijst voor websitebezoekers en niet-bezoekers volledig hadden ingevuld, had bijna iedere respondent de eerste vraag ingevuld (N=207). Deze vraag luidde als volgt: 'bent u bekend met de website www.gokkendebaas.nl?'. 92.8% (N= 192) antwoordde dat zij niet bekend waren met de website. Slechts 7.2% antwoordde de website wel te kennen (N=15). Onder de risico- en probleemgokkers was het percentage dat niet bekend was met de website zelfs 97.0%.

Aan de hand van Google Analytics kunnen gegevens worden verkregen over alle bezoekers van www.gokkendebaas.nl sinds de lancering. Deze gegevens geven onder andere meer inzicht in het klikgedrag van de bezoekers en de geografische spreiding. Uit de gegevens van Google Analytics bleek dat de website sinds de lancering 6645 keer was bezocht (tot 14 oktober 2009), waarvan er 1115 in de eerste maand na de lancering op 3 februari 2009. Van het totale aantal konden 4830 bezoeken tot unieke bezoeken worden gerekend. Gemiddeld werd de website 26 keer per dag bezocht in de periode van 3 februari tot 14 oktober 2009. Over de gehele periode sinds de lancering zijn er in totaal 22460 pagina's weergegeven. Het gemiddelde aantal pagina's per bezoek bedroeg 3.38. De meeste bezoeken duurden niet langer dan 10 seconden. Gemiddeld besteedden de bezoekers 3 minuten en 12 seconden op de website. De reden dat de gemiddelde duur van de bezoeken hoger ligt dan de meeste bezoeken is dat 11.8% van de bezoekers langer dan 10 minuten op de website verbleven. Deze bezoekers halen de gemiddelde duur omhoog. Het is mogelijk dat zij de website open laten staan terwijl zij met andere activiteiten bezig zijn. De belangrijkste bron die de bezoekers gebruikten om bij de

website te komen was via een zoekmachine (51.0%, N=3395), met name via 'Google'. De overige bezoekers kwamen direct bij de website terecht (27.2%, N=1810) of via een verwijzende website (21.7%, N=1440). De belangrijkste verwijzende websites waren tactus.nl, hollandcasino.nl en nu.nl. De meest gebruikte zoekwoorden die naar de website leidden waren 'gokken', 'gokkendebaas' en 'stoppen met gokken'. Wanneer deze zoekwoorden werden ingevoerd in 'Google' verscheen www.gokkendebaas.nl respectievelijk als 9^e, 1^e en 2^e hit op de eerste resultatenpagina.

De meeste bezoekers bezochten de website slechts één keer (71.1%, N=4721). 49.8% van de bezoekers bekeek slechts één pagina (N=3308): waarschijnlijk de homepage aangezien deze de meest bezochte was (N= 5897). Dit is logisch aangezien de bezoekers bij het invoeren van het webadres of wanneer zij werden doorverwezen via een andere website, direct bij de homepage terechtkwamen. Andere veelbezochte pagina's waren 'goktest' (N=1347), 'hoeveel is veel?' (N=1073), 'verslaafd' (N=769), 'wat zegt de wet?' (N=640) en 'info deelnemers' (N= 638).

De geografische spreiding was ook te herleiden via Google Analytics. Hieruit bleek vanzelfsprekend dat vanuit de meeste bezoeken uit Nederland afkomstig waren (N= 6191). Ook vanuit België was de website GdB een aanzienlijk aantal keer bezocht (N= 261). Daarnaast werd de website ook bezocht vanuit de VS (N= 25), Duitsland (N= 23) en Engeland (N= 22). In totaal was de website vanuit 39 verschillende landen over de hele wereld bezocht. Binnen Nederland kwamen de bezoekers voornamelijk uit de grote steden in het Westen van het land, namelijk Amsterdam (N= 585) en Rotterdam (N= 486), maar ook uit Utrecht (N= 313) en Groningen (N=216). Daarnaast was er ook een aanzienlijk aantal bezoeken afkomstig uit Enschede (N= 197). De website werd in Nederland vanuit 368 plaatsen bezocht.

De bezoekers van de website spraken in totaal 20 verschillende talen, waarvan Nederlands de meest gesproken taal was (N= 5513). Daarnaast sprak een aanzienlijk aantal bezoekers Engels (N= 905). Andere talen waren Duits, Frans en een enkele keer een taal buiten West-Europa.

Wanneer de gegevens over www.gokkendebaas.nl, verkregen door middel van Google Analytics, worden vergeleken met de overige websites van Tactus Verslavingszorg waarop internetbehandelingen worden aangeboden, dan is dezelfde trend zichtbaar. Hoewel de gemiddelde tijd op de site voor GdB het laagst is. Hierbij moet wel in overweging worden genomen dat enkele websites recent online zijn gegaan, terwijl anderen al langere tijd online zijn en dat de website allemaal gebaseerd zijn op hetzelfde concept. Een overzicht van de vergelijking tussen de verschillende websites is weergegeven in tabel 5.1.

Tabel 5.1 Vergelijking tussen het klikgedrag van verschillende websites.

Website	Gemiddelde tijd op site	Gemiddeld aantal pagina's per bezoek	% dat één pagina bezoekt
www.gokkendebaas.nl	3 min. 12 sec.	3.4	49.8%
www.alcoholdebaas.nl	3 min. 35 sec.	3.4	42.6%
www.benzodebaas.nl	4 min. 13 sec.	4.2	34.1%
www.cannabisdebaas.nl	3 min. 36 sec.	3.8	51.47%
www.eetprobleemdebaas.nl	3 min. 37 sec.	3.8	51.5%

5.1.2 Geïnformeerd over de website en de internetbehandeling (onderzoeksvraag 2b)

Zes van de tien websitebezoekers uit het huidige onderzoek werden geïnformeerd over de website via het internet. Drie respondenten gaven aan via 'Google' over GdB te zijn geïnformeerd en één respondent gaf aan via www.nu.nl te zijn geïnformeerd. Een andere respondent gaf aan dat hij algemene informatie zocht over een gokverslaving. De laatste respondent kon zich niet meer herinneren waar hij voor het eerst over GdB had gehoord of gelezen, maar wel op het internet. Een enkeling had voor het eerst gehoord of gelezen over GdB via de televisie (N=1), een artikel in een krant of tijdschrift ('de Gelderlander') (N=1), via de huisarts of hulpverlener (N=1) of via vrienden of kennissen (N=1). Ook de cliënten in behandeling waren voornamelijk op de hoogte gebracht van GdB via 'Google' op het internet (vijf van de zeven). Een enkeling was op de hoogte gebracht via familie (N=1) of op een andere manier, namelijk via een begeleider (N=1). Het internet is dus voor zowel de websitebezoekers en niet-bezoekers als voor de cliënten in behandeling de belangrijkste bron van informatie over GdB. De cliënten hoorden of lazen voor het eerst over de internetbehandeling vóór of tijdens het bezoeken van de website GdB.

5.1.3 Tijd tussen geïnformeerd en bezocht/aangemeld (onderzoeksvraag 2c)

Bij vijf van de negen websitebezoekers viel de eerste kennismaking met GdB samen met het eerste bezoek aan de website. Drie websitebezoekers bezochten GdB binnen twee dagen nadat zij voor het eerst over de website hadden gehoord of gelezen. Bij de cliënten in behandeling was dezelfde trend zichtbaar: hier viel de eerste kennismaking en het eerste bezoek aan de website bij vier van de zeven respondenten samen. Eveneens twee cliënten bezochten GdB binnen twee dagen nadat zij voor het eerst over de website hadden gehoord of gelezen.

Aan de cliënten in behandeling werd vervolgens gevraagd binnen welke tijdsperiode zij zich hadden aangemeld nadat zij voor het eerst hadden gehoord of gelezen over de internetbehandeling GdB. Hier was geen duidelijke trend te zien. Wel kan worden gezegd dat zes van de zeven cliënten in behandeling zich binnen twee weken hadden aangemeld. Voor twee cliënten was dit zelfs binnen één dag. Er kan worden geconcludeerd dat de cliënten snel terugkeren naar de website GdB.

5.1.4 Plekken problematische gokkers te bereiken (onderzoeksvraag 2d)

Zowel de websitebezoekers en niet-bezoekers als de cliënten in behandeling werd gevraagd om plekken te noemen waar problematische gokkers kunnen worden bereikt (er waren meerdere antwoorden mogelijk). Een overzicht hiervan is weergegeven in tabel 5.2. Hieruit blijkt dat vooral het Holland Casino, amusementscentra zoals gok- en speelhallen en de goksites plekken zijn om problematische gokkers te bereiken. In iedere groep apart is dezelfde trend zichtbaar. De websitebezoekers en niet-bezoekers noemden naast de antwoordopties in de vragenlijst ook:

- *'Alle plekken waar men ten dele anoniem kan gokken.'*
- *'Bijvoorbeeld: een documentaire maken over gokproblematiek en de nieuwe/oude behandelmethoden, hierbij zal waarschijnlijk een aanzienlijk groot deel van de populatie gokverslaafden worden bereikt en zullen ze goed geïnformeerd KUNNEN worden, mits het programma/documentaire goed is uiteraard. (ik weet dat dit natuurlijk niet 1,2,3 te doen is, maar het zou wel goed werken denk ik).'*
- *'Scholen, universiteiten, bibliotheken, postkantoor, postbus 51.'*

Tabel 5.2 Plekken om problematische gokkers te bereiken (meerdere antwoorden mogelijk)

Item	Antwoord	Website bezoekers (N=2)	Niet- bezoekers (N=87)	Cliënten in behandeling (N=6)
		N	N	N
Plekken om problematische gokkers te bereiken	Goksites	1	60	5
	Internetfora	0	25	1
	Het Holland Casino	2	63	6
	Amusementscentra zoals gok/speelhallen	2	63	6
	Snackbar	0	14	1
	Buurthuis	0	10	0
	Sportkantine	0	10	0
	Café	0	28	0
	Restaurant	0	4	0
	Huisartsenpraktijk	0	22	1
	Werkplek (bijv. kantine)	0	10	0
	Thuis	0	19	1
	Anders, namelijk...	0	3	0

5.1.5 Manieren om problematische gokkers te bereiken (onderzoeksvraag 2e)

Naast de plekken waar problematische gokkers kunnen worden bereikt, is ook de manier waarop zij benaderd moeten worden van belang. Deze vraag werd ook voorgelegd aan de respondenten van het onderzoek (er waren meerdere antwoorden mogelijk). Tabel 5.3 geeft een overzicht van de trend binnen de verschillende groepen. Uit deze tabel blijkt dat televisie, websites, e-mail, de huisarts en kranten relatief gezien het meest zijn genoemd als manieren of verschillende media om problematische gokkers te bereiken. De respondenten kiezen hierbij dus zowel voor moderne (e-mail en websites) als voor traditionele (krant en huisarts) communicatiemiddelen. De niet-bezoekers noemden naast de antwoordopties in de vragenlijst ook:

- 'Spreekuur in gokhallen'.
- 'Maatschappelijk werker, leen instanties/banken alhoewel ik niet weet of dit mogelijk is i.v.m. privacy en wet/regelgeving'.
- 'Folder of gesprekken op plaatsen waar gegokt wordt'.
- 'Proberen rechtstreeks te benaderen'.
- 'Poging tot het bereiken van gokverslaafden door gratis therapie/hulp'.

Tabel 5.3 Manieren om problematische gokkers te bereiken (meerdere antwoorden mogelijk)

Item	Antwoord	Website bezoekers (N=2) N	Niet- bezoekers (N=87) N	Cliënten in behandeling (N=6) N
Manieren om problematische gokkers te bereiken	E-mail	0	41	4
	Post aan huis	0	21	2
	Televisie	1	53	3
	Radio	0	33	1
	Kranten	2	35	4
	Tijdschriften	0	26	1
	Sms	1	13	1
	Posters	0	30	1
	Websites (bijv. een banner of pop-up)	1	40	4
	Familie/vrienden	0	26	2
	Werkgever	0	20	0
	Huisarts	0	37	2
	Anders, namelijk...	0	5	0

Wanneer er werd gekeken naar het verschil tussen recreatieve, risico- en probleemgokkers, bleek dat de probleemgokkers tijdschriften significant vaker noemden als een manier om problematische gokkers te bereiken dan de andere groepen ($p=.02$). Hetzelfde gold voor sms ($p=.03$). Uit de correlatieanalyses bleek dat er positieve significante correlaties bestaan tussen de mate van gokverslaving en e-mail ($r=.23$; $p=.03$), tijdschriften ($r=.17$; $p=.05$) en sms ($r=.27$; $p=.01$) als manieren om problematische gokkers te bereiken (zie bijlage 15).

5.1.6 Websitebezoek (onderzoeksvraag 1c, 1d, 6)

Van de tien websitebezoekers die de vraag over de frequentie van het websitebezoek hadden ingevuld, gaven vier respondenten aan dat zij de website GdB één keer hadden bezocht. Vijf respondenten gaven aan de website twee tot vijf keer te hebben bezocht en de laatste respondent had de website meer dan tien keer bezocht. De redenen die zij gaven voor het bezoeken van de website waren uit nieuwsgierigheid ($N=3$), op zoek naar informatie voor mezelf ($N=5$) en op zoek naar informatie voor anderen ($N=1$).

De niet-bezoekers werd gevraagd of zij van plan waren om de website in de toekomst nog te bezoeken ($N=178$). 17.4% antwoordde dit zeker wel van plan te zijn en 9.0% antwoordde dit waarschijnlijk wel te doen. 20.2% van de respondenten antwoordde de website misschien nog te

bezoeken in de toekomst. 22.5% gaf aan de website GdB waarschijnlijk niet te bezoeken en 30.9% van de respondenten was er zeker van dat zij de website in de toekomst niet zouden bezoeken. Een mogelijke verklaring voor het hoge percentage respondenten dat aangaf de website GdB niet te bezoeken, is het relatief hoge aantal recreatieve gokkers (51.5%).

Wanneer er werd gekeken naar het verschil tussen de mate van gokverslaving en de intentie om de website te bezoeken, bleek dat er een sterke significante negatieve correlatie bestond tussen deze twee factoren ($r = -.61$, $p=.00$). Hierbij geldt dus dat hoe hoger de mate van gokverslaving, hoe hoger de intentie om de website GdB in de toekomst te bezoeken.

5.1.7 De boodschap voor problematische gokkers (onderzoeksvraag 2f)

De informatie (boodschap) die Tactus Verslavingszorg problematische gokkers aan zou kunnen bieden werd gemeten via een open vraag. De antwoorden zijn weergegeven in bijlage 11. Deze antwoorden zijn gecategoriseerd en weergegeven in tabel 5.4. Ten eerste moet volgens de respondenten duidelijk worden gemaakt wat www.gokkendebaas.nl is en wat het doel is. De respondenten (zowel de websitebezoekers en niet-bezoekers als de cliënten in behandeling) gaven daarnaast aan dat er meer nadruk zou moeten liggen op de anonieme en kostenloze behandeling, de hulp bij het stoppen (tips en trucs), de voor- en nadelen van de internetbehandeling, de werkwijze tijdens de internetbehandeling en het belang van zelfreflectie. Ook werd meerdere malen genoemd dat het belangrijk is om de doelgroep te waarschuwen voor de verleiding van het gokken. Uit de antwoorden bleek daarnaast dat er een behoefte bestaat aan feiten over de winkans van verschillende kansspelen, omdat dit de mensen zou laten inzien dat het zinloos is en er geld mee verloren gaat. Een enkeling noemde daarnaast nog de ervaringen van cliënten met de internetbehandeling.

Tabel 5.4 De boodschap voor problematische gokkers

Categorie
Hulp met stoppen (N=6)
Anonieme behandeling (N=6)
Feiten over de winkans bij gokken (N=4)
Stop met gokken (N=3)
Waarschuwen (N=3)
Werkwijze (N=3)
Zelfreflectie (N=2)
Kostenloze behandeling (N=2)
Waar je de website kunt vinden (N=2)
Voor- en nadelen (N=1)
Ervaringen van cliënten (N=1)
Vertrouwelijke gegevens (N=1)

5.1.8 De beste manier om problematische gokkers te bereiken (onderzoeksvraag 2)

Ook de vraag wat de beste manier is om GdB onder de aandacht van de doelgroep te brengen werd gemeten via een open vraag. De antwoorden zijn weergegeven in bijlage 12. Deze antwoorden zijn gecategoriseerd en weergegeven in tabel 5.7 op volgorde van meest tot minst genoemd. De respondenten (zowel de websitebezoekers en niet-bezoekers als de cliënten in behandeling) gaven aan dat er met name meer reclame voor GdB zou moeten worden gemaakt. Daarnaast werden ook de casino's en speelhallen, het internet en televisie meerdere malen genoemd. Naast het noemen van de beste manier om probleemgokkers te bereiken, werd er ook een aantal tips gegeven. Enkele van deze uitspraken worden onder tabel 5.5 geciteerd.

Tabel 5.5 De beste manier om problematische gokkers te bereiken

Categorie
Reclame algemeen (N=12)
Casino's en speelhallen (N=12)
Internet (goksites, banner, pop-up, Google Adword, fora) (N=11)
Televisie (N=11)
Folders (bij gokhallen en casino's) (N=7)
Krant (N=6)
E-mail (N=5)
Billboards (N=4)
Omgeving van de probleemgokker (N=3)
Radio (N=2)
Huisarts (N=2)
Post aan huis (N=2)
Abri's (N=1)
Persoonlijk aanspreken (N=1)
Bibliotheek (N=1)

- *'Holland casino stuurt bezoekers regelmatig post. Doe er reclame en info bij van www.gokkendebaas.nl'*
- *'Via Holland Casino, want die kunnen precies zien hoe vaak men een casino bezoekt!'*
- *'Je zou via posters / kranten / TV spotjes en dergelijke familie en vrienden kunnen wijzen op de mogelijke problemen die een vriend of familielid kan ervaren / krijgen door het gokprobleem en dat zij kunnen helpen. Sociale controle zal veel kunnen doen, maar niet voor iedereen denk ik.'*
- *'De omgeving van de persoon waarschuwen d.m.v. verschillende reclame-uitingen.'*
- *'Zoals ik al eerder zei lijkt een documentaire over gokverslaving met daarin dus ook aandacht voor de website en uitleg etc. over de behandelingsmethoden, eventueel met een cliënt die toch bereid is om hieraan mee te werken te interviewen, nou ja vul zelf maar in, je kan vast genoeg info stoppen in een programma van 30-60 minuten.'*
- *'Doe het niet belerend...blijf open'*
- *'Door de samenwerking aan te gaan met fysieke gokgelegenheden in Nederland en met virtuele gokgelegenheden in het buitenland. Door samen te werken met deze partijen (die veelal al actief zijn op het gebied van gokpreventie) kan de link in een dergelijke gelegenheid of website geadverteerd worden als mensen hier naar op zoek zijn'.*
- *'Het schade-effect laten zien'.*

- *'Niet via HC (Holland Casino) of andere gokhallen en websites, mensen die daar komen willen niet stoppen. Ik vind het wel goed om "probleemgevallen" thuis aan te schrijven, op die manier is er een goede kans dat ouders of partner erachter komt en kan helpen'.*
- *'Reclame maken op zoekpagina's, die bekijkt iedereen!'*

5.1.9 Verschil in benaderingswijze m.b.t. de bereidheid tot veranderen (onderzoeksvraag 5g)

Er zijn geen duidelijke verschillen zichtbaar tussen de fasen van de RCQ-D en de plaatsen waar en de manieren waarop problematische gokkers kunnen worden bereikt. Wel werd er een significante correlatie gevonden tussen de fase van de RCQ-D en het café ($r=-.37$ $p=.01$) als plek waar problematische gokkers kunnen worden bereikt. Dit houdt in dat hoe groter de bereidheid tot veranderen, hoe minder het café werd genoemd als plek om problematische gokkers te bereiken. De correlatie tussen de mate van gokverslaving en de huisarts als plek om problematische gokkers te bereiken was eveneens significant ($r=.29$, $p=.05$). Dit betekent dat hoe groter de bereidheid tot veranderen, hoe vaker de huisarts werd genoemd als plek om probleemgokkers te bereiken.

Bij de manieren om problematische gokkers te bereiken en de fase in de RCQ-D werden geen significante verschillen gevonden. Wel werd er een negatieve significante correlatie gevonden tussen de fase in de RCQ-D en het bereiken van problematische gokkers via een poster ($r=-.30$, $p=.05$). Dit betekent dat hoe groter de bereidheid tot veranderen, hoe minder vaak een poster werd genoemd als manier om probleemgokkers te bereiken. De correlatie tussen de mate van gokverslaving en de post aan huis als manier om problematische gokkers te bereiken was niet significant, maar benaderde wel significantie ($r=.28$, $p=.06$).

5.1.10 Samenvatting

Ruim 90% van de respondenten was niet bekend met de website www.gokkendebaas.nl. De meeste bezoekers bezochten de website één keer en besteedden daar vervolgens weinig tijd, de helft van de bezoekers bekeek alleen de homepage. Wanneer dit wordt vergeleken met de overige websites van Tactus Verslavingszorg waarop een internetbehandeling wordt aangeboden, kan worden geconcludeerd dat de overige websites eenzelfde trend laten zien (alcoholdebaas.nl, benzodebaas.nl, eetprobleemdebaas.nl en cannabisdebaas.nl). De respondenten kwamen vooral via een zoekmachine ('Google') bij de website GdB terecht. Wanneer de websitebezoekers via een andere website werden doorverwezen naar GdB, dan waren dit vooral tactus.nl, nu.nl en hollandcasino.nl. De bezoekers waren voornamelijk afkomstig uit Nederlandse steden zoals Amsterdam, Rotterdam en Utrecht en zij spraken logischerwijs voornamelijk Nederlands.

Het internet is voor zowel de website en niet-bezoekers als voor de cliënten in behandeling de belangrijkste bron van informatie over GdB. De eerste kennismaking met GdB viel voornamelijk samen met het eerste bezoek aan de website. Dit betekent dat zij van tevoren niet

van plan waren om GdB te bezoeken, maar al surfend op het internet bij GdB terechtkwamen. De cliënten in behandeling hoorden of lazen voor het eerst over de internetbehandeling vóór of tijdens het bezoeken van de website GdB. Dit betekent dat de informatie over de internetbehandeling goed vindbaar is via de website GdB. Geen enkele cliënt heeft deze informatie over het hoofd gezien of hij was al bekend met de behandeling voordat hij de website bezocht. Het merendeel van de cliënten in behandeling had zich binnen twee weken na de eerste kennismaking aangemeld voor de internetbehandeling. Zij hebben zich dus relatief snel na de eerste kennismaking aangemeld.

Het Holland Casino, amusementscentra zoals gok- en speelhallen en de goksites bleken veel genoemde plekken te zijn om problematische gokkers te bereiken. Uit de resultaten bleek dat televisie, websites, e-mail, de huisarts en kranten werden genoemd als manieren of verschillende media om problematische gokkers te bereiken. Wanneer er werd gekeken naar het verschil tussen recreatieve, risico- en probleemgokkers, bleek dat de probleemgokkers tijdschriften en sms significant vaker noemden als een manier om problematische gokkers te bereiken dan de andere groepen. Uit de correlatieanalyses bleek dat als de mate van gokverslaving toeneemt, e-mail en sms vaker werden genoemd als manieren om problematische gokkers te bereiken.

De meeste websitebezoekers hadden GdB één tot vijf keer bezocht. De redenen voor het bezoeken van de website waren uit nieuwsgierigheid (N=3), op zoek naar informatie voor zichzelf (N=5) en op zoek naar informatie voor anderen (N= 1).

Ruim een kwart van de niet-bezoekers was van plan om de website in de toekomst te bezoeken. Wanneer er werd gekeken naar het verschil tussen de mate van gokverslaving en het plan om de website te bezoeken, bleek dat hoe hoger de mate van gokverslaving, hoe hoger de intentie om de website GdB in de toekomst te bezoeken.

De informatie (boodschap) die Tactus Verslavingszorg problematische gokkers aan zou kunnen bieden was de volgende: ten eerste moet duidelijk worden gemaakt wat www.gokkendebaas.nl is en wat het doel is. Daarnaast zou er meer nadruk moeten liggen op de hulp bij het stoppen, de anonieme en kostenloze behandeling, de feiten over de winkansen en de werkwijze tijdens de internetbehandeling. Ook het waarschuwen van de doelgroep werd meerdere malen genoemd. Er bleek een behoefte te bestaan aan ervaringen van cliënten met de internetbehandeling werden genoemd.

De beste manier om GdB onder de aandacht van de doelgroep te brengen is volgens de respondenten door met name meer reclame voor GdB te maken. Daarnaast werd de samenwerking met casino's en speelhallen, het internet en de televisie genoemd. Naarmate de risico- en probleemgokkers meer bereid waren om hun gokgedrag te veranderen, noemden zij het café minder vaak als plek en een poster minder vaak als manier om problematische gokkers te bereiken, terwijl de huisarts vaker werd genoemd.

5.2 De internetbehandeling

Als inhoudelijke verdieping zijn er aansluitend op de vragenlijsten voor de cliënten in behandeling twee interviews gehouden met cliënten die de vragenlijst hadden ingevuld en toestemming hadden gegeven voor een interview. De interviewopzet is bijgevoegd in bijlage 6. De resultaten uit de vragenlijsten voor de cliënten in behandeling is, waar relevant, aangevuld met citaten uit de twee interviews. De volledige gegevens over de usability van de internetbehandeling zijn toegevoegd in bijlage 13.

In totaal zijn zeven cliënten gestart met de vragenlijst en zes hadden deze volledig ingevuld. Van deze zes cliënten in behandeling, waren er vijf nog bezig met de behandeling en één cliënt had de behandeling op het moment van invullen van de vragenlijst, 1 à 2 maanden geleden afgerond. De overige cliënten bevonden zich in verschillende fasen van de internetbehandeling, namelijk 'intake' (N=1), 'speel wijzer' (N=2), 'doelen stellen' (N=1) en 'beslissingen' (N=1).

De zes cliënten in behandeling die de vragenlijst helemaal hadden ingevuld, hadden een aantal vragen beantwoord ter evaluatie van de internetbehandeling Gokkendebaas.nl. Hier werden onder andere vragen gesteld over de internetbehandeling in het algemeen, de inhoud, de technische aspecten, de vormgeving, de klikbare elementen, het gokschrift en de ontvangen berichten.

5.2.1 De internetbehandeling in het algemeen

De internetbehandeling werd over het algemeen goed beoordeeld. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat zij de internetbehandeling er over het algemeen goed uit vonden zien (N=5). Ook vonden de meeste cliënten de internetbehandeling overzichtelijk (N=5). Vier cliënten gaven aan de internetbehandeling betrouwbaar te vinden. Vijf cliënten vonden de behandeling daarnaast ook geloofwaardig. Eveneens vijf cliënten gaven aan dat de internetbehandeling hen de mogelijkheid biedt om hun gokgedrag te veranderen.

5.2.2 De inhoud van de internetbehandeling (onderzoeksvraag 4b)

Alle zes cliënten gaven aan dat zij de aanmeldprocedure voor de internetbehandeling duidelijk vonden. Ook de uitleg over het gebruik van de behandeling werd door de meeste cliënten als duidelijk ervaren (N=5). De informatie die de behandeling biedt, werd door vijf cliënten als nuttig ervaren. Hetzelfde geldt voor de begrijpelijkheid van de teksten en het taalgebruik. Vier cliënten gaven aan dat de internetbehandeling voldoende mogelijkheden biedt om hulp te vragen in geval van onduidelijkheid. Eén cliënt antwoordde echter neutraal en zei hierover het volgende: '*Ja nou ik bedoel meer zo van als je hulp nodig hebt en je stuurt een bericht, dan krijg je niet direct een reactie en dan moet je maar afwachten wanneer de hulpverlener antwoordt.*' Hiermee doelde hij op de snelheid van de reactie van de hulpverlener. De mogelijkheden om hulp te vragen zijn er wel, maar omdat er geen face-to-face of telefonisch contact is, krijgt de cliënt vaak niet direct een

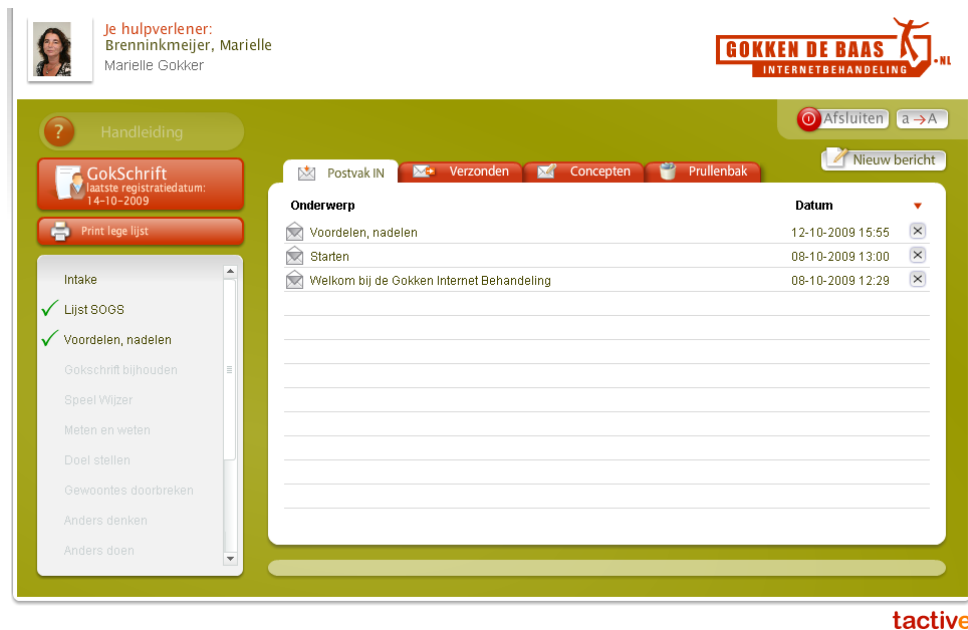
antwoord. Hierdoor voelde deze cliënt zich afhankelijker van de hulpverlener en hij zag dit als een beperking van de mogelijkheid om hulp te vragen in geval van onduidelijkheid.

5.2.3 De technische aspecten van de internetbehandeling (onderzoeksvraag 4c)

Alle zes cliënten vonden het gemakkelijk om in te loggen in hun dossier. Ook vond de meerderheid van de cliënten het duidelijk waar zij zich in de internetbehandeling precies bevonden (N=5). Evenveel cliënten antwoordden dat zij het gemakkelijk vonden om binnen de behandeling te vinden wat zij zoeken, bijvoorbeeld het gokschrift, door middel van de navigatie. Het was voor vijf cliënten duidelijk wat zij voor een bepaalde actie moesten doen, bijvoorbeeld het invullen van het gokschrift. Drie cliënten vonden het prettig om vanuit het berichtenschermbild direct naar het gokschrift te gaan. De overige drie hadden hierover geen duidelijke mening (neutraal). Ten slotte vond één cliënt dat het laden van de pagina's te langzaam ging. Twee cliënten gaven aan dat zij technische problemen hadden ondervonden tijdens de internetbehandeling, waarvan één cliënt antwoordde dat dit vaker dan één keer is voorgekomen. Deze cliënten hadden de technische problemen op verschillende manieren opgelost, namelijk door het programma opnieuw op te starten of door een andere browser te gebruiken (in plaats van Safari). Het duurde in beide gevallen minder dan een uur voor de technische problemen waren opgelost. Op de stelling 'ik ben tevreden over de snelheid waarmee de technische problemen worden opgelost' antwoordde één cliënt hier mee eens te zijn. De overige cliënt antwoordde neutraal. Eén cliënt vond dat de website GdB genoeg informatie bevat om technische problemen op te kunnen lossen. De andere cliënt vond dat er informatie mist over welke webbrowsers niet worden ondersteund.

5.2.4 De vormgeving van de internetbehandeling (onderzoeksvraag 4d)

Een afbeelding van de vormgeving van de internetbehandeling is weergegeven in figuur 3. Vijf van de zes cliënten vonden de verschillende onderdelen van de internetbehandeling goed zichtbaar en logisch verspreid over de pagina's. Twee cliënten vonden niet dat de behandeling te weinig icoontjes bevat, zoals de envelop bij de berichten. De overige cliënten hadden hier geen duidelijke mening over en antwoordden 'neutraal'. De helft van de cliënten gaf aan dat zij het kleurgebruik van de internetbehandeling prettig vonden om naar te kijken. Eén cliënt was het hier niet mee eens. Op de vraag of het kleurgebruik paste bij de behandeling, antwoordden vier cliënten met 'neutraal'. Eén cliënt vond het kleurgebruik niet passen en één andere cliënt vond juist van wel. Het lettertype was voor vier cliënten duidelijk leesbaar. Twee cliënten gaven aan dat zij het lettertype niet te zakelijk vonden. De lettergrootte werd door de helft van de cliënten als goed leesbaar ervaren, de overige cliënten antwoordden neutraal.



Figuur 3 Het dossier van de internetbehandeling

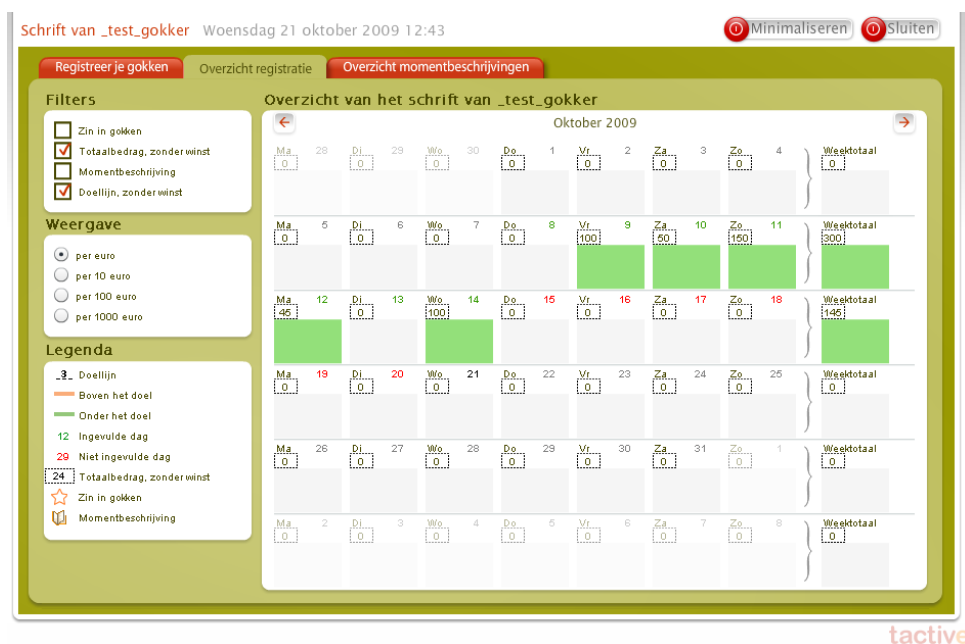
5.2.5 De klikbare elementen in de internetbehandeling

Op de vraag of de klikbare elementen in de internetbehandeling duidelijk maakten welke informatie de cliënten er konden vinden, antwoordden drie cliënten dat zij het hier mee eens of helemaal mee eens waren. Twee cliënten antwoordden echter dat het niet duidelijk was welke informatie zij bij de klikbare elementen konden vinden. De meerderheid (N=4) gaf echter wel aan dat de klikbare elementen goed zichtbaar waren.

5.2.6 Het gokschrift

Een afbeelding van het gokschrift is weergegeven in figuur 4. Bijlage 14 bevat aanvullende afbeeldingen van het gokschrift en de momentbeschrijvingen voor een volledig beeld. Vijf van de zes cliënten vonden het prettig om een overzicht van hun geregistreerde gokgedrag te kunnen bekijken. De manier waarop het gokschrift ingevuld moest worden, werd minder positief beoordeeld. Drie cliënten waren hier tevreden over, maar twee cliënten vonden dit niet duidelijk. Op de stelling 'ik vind het invullen van het gokschrift via internet lastig' antwoordden drie cliënten dat zij het hier niet mee eens waren, maar de overige drie waren het wel eens met de stelling. Ook de invulmethode van het gokschrift werd door drie cliënten als onprettig ervaren. Slechts twee cliënten vonden de invulmethode van het gokschrift prettig in gebruik. De laatste stelling met betrekking tot het gokschrift was 'ik vind dat er op het juiste moment uitleg wordt gegeven over het invullen van het gokschrift'. Hierop antwoordde de helft van de cliënten met 'neutraal'. Twee cliënten waren het eens of helemaal eens met de stelling en één cliënt was het hier niet mee eens. Uit een interview bleek onder andere waarom het invullen van het gokschrift minder goed werd beoordeeld: *'In het gokschrift heb je een lijst met tijden, die vind ik niet gedetailleerd genoeg. Daarnaast vind ik het vervelend dat als je geen zin hebt gehad in gokken en niet hebt*

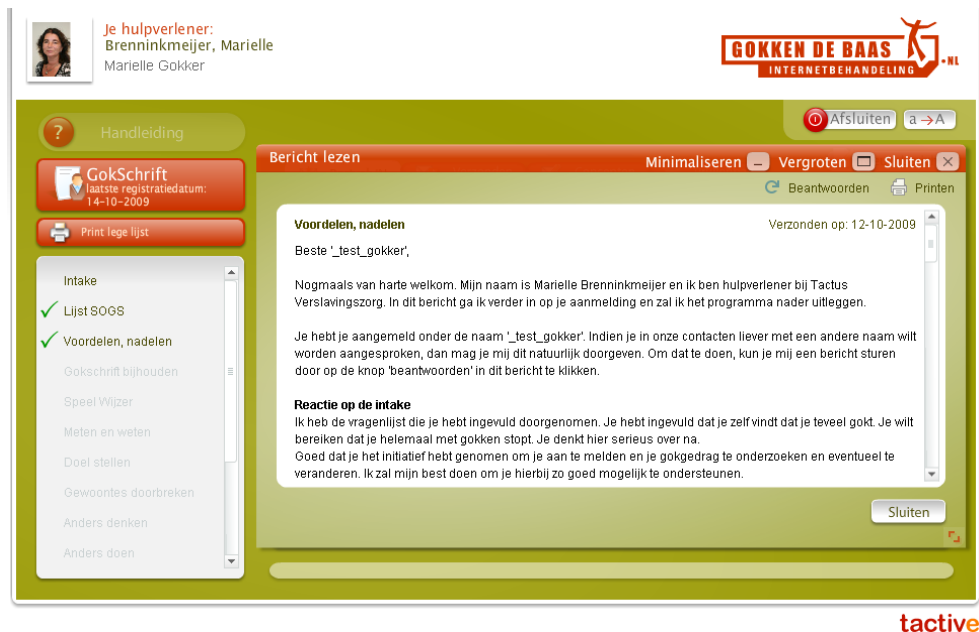
gegokt dat je dan geen toelichting kunt geven. Ik bedoel ja, want soms heb ik niet gegokt en daar ook geen zin in gehad, maar dan wil ik wel graag iets toelichten over hoe ik me voelde.' De betreffende cliënt zou graag de mogelijkheid willen hebben om elke dag een toelichting te geven in het gokschrift, ongeacht of zij behoefte heeft gehad aan gokken of daadwerkelijk heeft gegokt. Daarnaast zou zij de tijden waarop zij behoefte heeft gehad aan gokken of heeft gegokt gedetailleerder aan willen geven.



Figuur 4 Overzicht registratie gokschrift

5.2.7 De ontvangen berichten

Een afbeelding van de ontvangen berichten is weergegeven in figuur 5. Alle zes cliënten vonden de kopjes en de informatie in de ontvangen berichten duidelijk. Voor vier cliënten was het ook duidelijk wat de hulpverlener van hen verwachtte, maar één cliënt vond dit onduidelijk. De helft van de cliënten vond het gemakkelijk om de ontvangen berichten te beantwoorden, hoewel dit voor twee cliënten dit niet gemakkelijk was. Daarnaast vonden vier cliënten dat de ontvangen berichten een goede hoeveelheid tekst bevatten, terwijl één cliënt het hier niet mee eens was.



Figuur 5 Ontvangen bericht

5.2.8 Het cijfer voor de verschillende onderdelen

De verschillende onderdelen van de internetbehandeling werden beoordeeld met een cijfer van 1 t/m 10. Zo werd de internetbehandeling in het algemeen beoordeeld met een gemiddeld cijfer van 7.7, het gokschrift met een 7, de ontvangen berichten met een 8.2, het versturen van berichten met een 7.7 en de zichtbaarheid van de voortgang met een 7.3. De cijfers waren allemaal voldoende tot goed. Hoewel het gokschrift werd beoordeeld met een 7, was dit toch het laagst beoordeelde onderdeel. De reden hiervoor was onder andere de invulmethode, zoals eerder is besproken in § 5.2.6. Op het cijfer voor de voortgang van de internetbehandeling werd in een interview een toelichting gegeven: *'Ik vind dat die voortgang links in het scherm een beetje te gemakkelijk is. Nou ja, ik bedoel je ziet wel dat je een opdracht hebt afgesloten enz., maar dat de opdracht is gemaakt wil nog niet zeggen dat ik geestelijk ook al zover ben, bijvoorbeeld bij 'anders denken' en 'anders doen', dat is makkelijker gezegd dan gedaan. Ik vind dat er pas mag worden doorgegaan naar de volgende stap als ik zelf aangeef dat ik zover ben. Op de vraag hoe deze extra benodigde tijd zou moeten worden ingevuld, werd als volgt geantwoord: 'Nou ja, weet ik niet, misschien met extra opdrachten ofzo. Ik vind gewoon dat de internetbehandeling allemaal wat snel gaat en dat het niet lang genoeg duurt.'*

5.2.9 Suggesties ter verbetering van de internetbehandeling (onderzoeksvraag 4e)

Iedere cliënt werd gevraagd of zij suggesties hadden ter verbetering van de internetbehandeling. Hierop kwamen de volgende suggesties:

- *'Het gokschrift is niet uitgebreid genoeg'*
- *'het zou fijn zijn als je het gokschrift ook in kunt vullen zonder dat je in moet vullen dat je behoefte hebt/gegokt hebt.'*

- *'De momentbeschrijvingen in het gokschrift kan ik niet terug lezen'*
- *'Het invullen van het gokschrift is traag. Het duurt lang voordat de data opgeslagen is'.*
- *'Ik vind persoonlijk dat de behandeling langer zou moeten duren, tot je zelf het gevoel hebt dat het goed is. Verder zou het fijn zijn als de chat functie en het forum zouden gaan werken dat geeft wat meer het gevoel dat je er niet alleen voor staat'*
- *'Misschien zou de chat functie met de hulpverlener een optie zijn, waarin een kleine sessie van een half uur gesprek goed zou zijn. Als hier geen misbruik van wordt gemaakt zou het misschien zorgen voor een snellere en betere communicatie.'*

Zoals uit de bovenstaande citaten blijkt, gaat tweederde van de suggesties ter verbetering van de internetbehandeling over het gokschrift.

5.2.10 Adoptie of verwerping van de internetbehandeling (onderzoeksvraag 7)

Vier cliënten gaven aan dat zij de internetbehandeling zeker wel zouden aanraden aan anderen die overmatig gokken. Eén cliënt antwoordde dit waarschijnlijk wel te doen en één cliënt zei dit misschien te doen.

5.3 Conclusie

Hoewel de bekendheid van de website erg laag was, lijkt de website wel goed vindbaar via de zoekmachine 'Google'. Dit is belangrijk omdat het internet de belangrijkste bron van informatie over GdB bleek te zijn. Uit de resultaten kan worden opgemaakt dat de respondenten bij toeval op de website GdB terechtkomen en dit is wellicht een verklaring voor de bezoeken die over het algemeen kort en vluchtig zijn. Wanneer de website doelmatig werd bezocht was dit om de volgende redenen: nieuwsgierigheid en om informatie in te winnen voor zichzelf of anderen. Het enigszins tegenvallende percentage niet-bezoekers dat van plan is GdB te bezoeken, kan worden verklaard door het hoge percentage recreatieve gokkers, waarvoor de website niet direct van belang is. Zo is namelijk gebleken dat hoe hoger de mate van gokverslaving, hoe hoger de intentie om de website GdB in de toekomst te bezoeken.

GdB kan onder de aandacht van de doelgroep worden gebracht door meer reclame voor GdB te maken via het internet, de televisie, de huisarts en kranten of in samenwerking met casino's en speelhallen. Aangezien probleemgokkers tijdschriften, e-mail en sms vaker noemden bij het bereiken van problematische gokkers en het café en een poster minder vaak werd genoemd naarmate de veranderingsbereidheid groter was, lijken probleemgokkers die al dan niet bereid zijn hun gokgedrag te veranderen, liever in de veiligheid van hun eigen omgeving te willen worden benaderd of op een manier waarop de buitenwereld dit niet hoeft te zien. Om de doelgroep te bereiken moet duidelijk worden gemaakt wat GdB en het doel ervan is. De nadruk moet hierbij vooral liggen op de anonieme en kostenloze behandeling evenals de hulp bij het stoppen, feiten over de winkansen bij gokken en de werkwijze tijdens de internetbehandeling.

De cliënten hebben over het algemeen niet lang na de eerste kennismaking met de internetbehandeling besloten om zich aan te melden en over het algemeen werd de internetbehandeling als overzichtelijk, betrouwbaar en geloofwaardig ervaren en beoordeeld met een gemiddeld cijfer van 7.7. Meer dan de helft van de cliënten zouden de internetbehandeling zeker aanraden aan anderen die overmatig gokken. Hierbij moet wel in overweging worden genomen dat het hier om zes cliënten gaat en dat deze groep wellicht niet representatief is voor de totale cliëntenpopulatie.

Sterke punten in de internetbehandeling zijn: de aanmeldprocedure, de uitleg over het gebruik van de behandeling, de informatie in de behandeling, de begrijpelijkheid van de teksten, het taalgebruik, de inlogprocedure, de zichtbaarheid van de verschillende onderdelen, de verdeling van de onderdelen over de pagina's, het kleurgebruik en het lettertype.

Enkele zwakke punten in de internetbehandeling waren de klikbare elementen in de internetbehandeling, het beantwoorden van de ontvangen berichten en het invullen van het gokschrift via internet. De informatie op de website moet worden aangevuld met een opsomming van de webbrowsers die niet door de internetbehandeling worden ondersteund. De suggesties ter verbetering van de internetbehandeling hadden betrekking op het gokschrift, maar ook op de chat functie en het forum van de internetbehandeling.

6. PSYCHOLOGISCHE ANALYSE GEDRAGSDETERMINANTEN

Dit hoofdstuk rapporteert de psychologische analyse van de gedragsdeterminanten die van invloed zijn op de aanmelding voor een (internet)behandeling. In § 6.1 worden de factoren besproken die van invloed zijn op de aanmelding voor een (internet)behandeling, zoals de voor- en nadelen en de barrières. § 6.2 gaat vervolgens in op de bereidheid tot het veranderen van het gokgedrag aan de hand van de RCQ-D die gebaseerd is op het TTM model. In § 6.3 worden de variabelen besproken die de intentie voor het volgen van een behandeling verklaren en § 6.4 geeft een conclusie van het geheel. Ook voor de resultaten die gepresenteerd worden in dit hoofdstuk geldt dat de antwoorden van de websitebezoekers, niet-bezoekers en de cliënten in behandeling niet met elkaar worden vergeleken als gevolg van een sterk uiteenlopende steekproefgrootte. Daarnaast geldt dat de populaties waarop de resultaten zijn gebaseerd van elkaar verschillen als gevolg van het uitvallen van respondenten vóór het voltooien van de vragenlijst. De correlatietabellen uit dit hoofdstuk zijn bijgevoegd in bijlage 10.

6.1 Beïnvloedende factoren bij de aanmelding voor een (internet)behandeling

Er is een sterke positieve significante correlatie gevonden tussen de intentie voor het volgen van een behandeling voor het gokgedrag en de mate van gokverslaving ($r=.54$, $p=.00$). Dit betekent dat wanneer de mate van gokverslaving toeneemt, de respondenten vaker dachten over het volgen van een behandeling.

6.1.1 Voordelen van een internetbehandeling (onderzoeksvraag 5a)

Een overzicht van de belangrijkste voordelen, genoemd door de verschillende doelgroepen, is weergegeven in tabel 6.1. Het volledige overzicht met de antwoorden op de stellingen is bijgevoegd in bijlage 15. Het belangrijkste voordeel dat door alle doelgroepen werd genoemd was de mogelijkheid om de behandeling vanuit huis te kunnen volgen. Ook het feit dat men geen instelling hoeft te bezoeken werd als een belangrijk voordeel gezien. Binnen de verschillende groepen was dezelfde trend zichtbaar: de meeste voordelen die werden genoemd hadden betrekking op een grotere mate van controle over de locatie en tijd van de behandeling en een groter gemak. Met name bij de cliënten kwam de behoefte aan controle over de vorm van de behandeling duidelijk naar voren. Zo gaven zij aan het als belangrijke voordelen te zien dat zij zelf konden bepalen wanneer zij de berichten lazen en de behandeling in hun eigen tijd en tempo konden volgen ($N=6$).

Drie cliënten gaven aan dat zij zich anoniemer voelden tijdens een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling. In de interviews werd dit verder toegelicht: *‘Ja wat ik net ook al zei, bij een face-to-face behandeling zijn mijn gegevens bekend en bij een internetbehandeling ook, dus ja. Ze hebben mijn gegevens toch wel, dus ik vind het geen verschil maken.’*

Over het feit dat er tijdens de internetbehandeling geen face-to-face contact is met een hulpverlener, bestonden duidelijk uiteenlopende preferenties onder de niet-bezoekers: bijna 45% vond dit een voordeel, 31% vond antwoordde neutraal en ongeveer een kwart van de niet-bezoekers vond het een nadeel (zie bijlage 15). Deze resultaten werden onderstreept door de websitebezoekers en de cliënten. De grotere mate van vrijheid bij de internetbehandeling in vergelijking met de face-to-face behandeling werd slechts door twee van de cliënten in behandeling als een voordeel gezien, tegenover één websitebezoeker en 56 niet-bezoekers. Hoewel er dus behoefte is aan meer controle over de vorm van de behandeling, bleek met name bij de cliënten dat zij niet zozeer behoefte hebben aan meer vrijheid, maar aan meer structurering. Dit werd onderstreept door het onderstaande citaat uit de interviews: *'(...) je hoeft geen afspraken te maken en dat vind ik heel prettig want er is dan minder druk ook met werk enz., je kunt eraan werken wanneer je zelf wilt. En ja, daar staat wel tegenover dat er geen contact is met een hulpverlener en dat vind ik wel een nadeel. Ja het heeft z'n voordelen en z'n nadelen, maar ik ben er wel blij mee hoor. Er is nu veel minder druk en je wordt ook minder gecontroleerd. Dat kan ook wel weer een nadeel zijn want je moet veel meer zelfdiscipline hebben.'*

Tabel 6.1 Belangrijkste voordelen

Item	Website bezoekers (N=2) %	Niet- bezoekers (N=94) %	Cliënten in behandeling (N=6) %
Ik kan de behandeling vanuit huis volgen	100.0	80.4	100.0
Ik hoef geen instelling te bezoeken	100.0	78.7	100.0
Ik kan alles nog eens nalezen	50.0	78.3	100.0
Ik hoef geen afspraak te maken	100.0	73.4	83.3
Ik kan zelf bepalen wanneer ik de berichten lees	100.0	69.2	100.0
Ik blijf anoniemer	100.0	69.2	50.0
Ik kan de behandeling in mijn eigen tijd volgen	100.0	67.0	100.0
Ik bespaar tijd	100.0	66.0	83.3
Ik heb minder last van schaamte	100.0	60.7	50.0
Ik krijg meer vrijheid	50.0	59.5	33.3
Ik hoef minder moeite te doen	50.0	56.4	50.0
Ik kan de behandeling in mijn eigen tempo volgen	50.0	55.3	100.0
Ik vind de behandeling via internet beter bereikbaar	100.0	54.2	66.7
Ik ben al bekend met het gebruik van internet	100.0	52.2	100.0

Wanneer er werd gekeken naar de significante verschillen tussen de genoemde voordelen en de mate van gokverslaving, bleek dat er een significant verschil bestond met betrekking tot het volgende voordeel: 'ik heb meer controle over de behandeling' ($p=.00$). Van de recreatieve gokkers zag 28% dit als een voordeel ($N=14$). Bij de risico- en probleemgokkers was dit percentage respectievelijk 63.6% ($N=7$) en 42.9% ($N=15$). Daarnaast werd er een positieve significante correlatie gevonden tussen de mate van gokverslaving en 'ik heb een beter overzicht over de behandeling' ($r=.21$, $p=.04$). Hiervoor geldt hoe hoger de mate van verslaving, hoe meer de respondenten een beter overzicht over de behandeling als een voordeel zien.

Ten slotte is gekeken naar de correlatie tussen de intentie voor het volgen van een behandeling voor het gokgedrag en de genoemde voordelen. Hier was een significante negatieve correlatie gevonden tussen de intentie voor het volgen van een behandeling en 'ik heb geen face-to-face contact met een hulpverlener' ($r=-.37$, $p=.03$). Dit houdt in dat de respondenten die overwogen om een behandeling te volgen voor het gokgedrag, het gebrek aan face-to-face contact minder als een voordeel zien.

Naast de genoemde voordelen, hadden de respondenten de mogelijkheid om zelf voordelen toe te voegen. Alleen de niet-bezoekers hebben hier gebruik van gemaakt, zij noemden:

- *'Ik hoop dat ik van mijn problemen af kom zonder dat mijn vrouw hier achter komt'.*
- *'Het kost geen geld en het blijft anoniem'.*
- *'Veel lagere drempel dan benaderen van professionele hulp'.*
- *'Door mijn originele werk heb ik een andere dagindeling dan andere mensen'.*
- *'Ik vind het zeker makkelijker maar een behandeling waar je naartoe moet is volgens mij meer een stok achter de deur.'*

Deze uitspraken benadrukten nogmaals het belang van de anonimiteit en een hogere controle over de tijd en locatie van de behandeling. Daarnaast bleek ook dat de grotere mate van vrijheid niet door iedereen als een voordeel werd gezien, zoals al bleek uit de antwoorden op de stelling: 'ik krijg meer vrijheid'.

6.1.2 Nadelen van een internetbehandeling (onderzoeksvraag 5a)

Een overzicht van de belangrijkste nadelen, genoemd door de verschillende doelgroepen, is weergegeven in tabel 6.3. Het volledige overzicht met de antwoorden op de stellingen is bijgevoegd in bijlage 16. De niet-bezoekers noemden 'teveel vrijheid', 'niet gemotiveerd zijn om er met ander over te praten buiten het internet om' en het ontbreken van face-to-face contact als belangrijkste nadelen van een internetbehandeling in vergelijking van een face-to-face behandeling. Het beeld dat naar voren kwam uit de genoemde nadelen van de websitebezoekers en cliënten in behandeling, bevestigde dat van de niet-bezoekers. Ruim een derde van de niet-bezoekers vreesde voor de veiligheid van hun gegevens. Dit werd niet bevestigd door de antwoorden van de websitebezoekers en cliënten in behandeling. In de interviews werd het beeld van de niet-bezoekers over de grote mate van vrijheid wel bevestigd: *'Doordat er zoveel nadruk wordt gelegd op het eigen initiatief, is het gemakkelijk om niets te doen, je hebt niet echt een stok achter de deur.'*; *'Nou er is geen controle. Ik kan gewoon doen en laten wat ik zelf wil en dat vind ik wel een nadeel.'*

In de interviews werd aangegeven dat het gebrek aan face-to-face contact met een hulpverlener zowel voor- als nadelen kan hebben, maar dat het contact vooral minder persoonlijk maakt, met als gevolg dat de eerlijkheid van de cliënten nog meer op de proef wordt gesteld. *'(...) het is gewoon zo dat als je een tijdje daarmee bezig bent, dat je wel eens benieuwd bent naar het gezicht en de stem achter de berichten.'*; (over face-to-face contact) *'Ja dat is er dus niet, en op zich maakt dat ook niet uit, maar dat maakt het wel minder persoonlijk.'*; (over face-to-face contact) *'Ja, het heeft twee kanten. Aan de ene kant is het prettig omdat je dan anoniem kunt blijven, maar aan de andere kant biedt die anonimiteit mij veel mogelijkheid om te liegen.'* Dit bevestigt het beeld van de niet-bezoekers over het gebrek aan face-to-face contact.

Tabel 6.3 Belangrijkste nadelen

Item	Website bezoekers (N=2) %	Niet- bezoekers (N=90) %	Cliënten in behandeling (N=6) %
Ik krijg teveel vrijheid	50.0	47.8	33.3
Ik vind het programma lastig om te gebruiken	0.0	13.3	16.7
Ik heb geen face-to-face contact met een hulpverlener	0.0	41.1	83.3
Ik ben niet gemotiveerd om er met anderen over te praten buiten het internet om	50.0	43.3	16.7
Ik vind het geen goede vervanging van de face-to-face behandeling	0.0	37.8	16.7
Ik vind dat de internetbehandeling niet voor iedereen toegankelijk is (gebrek aan internettoegang of beheersing van de taal)	0.0	31.1	0.0
Ik denk dat mijn gegevens niet veilig zijn	50.0	34.4	16.7

Wanneer er werd gekeken naar de significante verschillen tussen de mate van gokverslaving en de genoemde nadelen, bleek er een significant verschil te zijn voor: 'Ik vind het geen goede vervanging van de face-to-face behandeling' ($p=.05$). Van de recreatieve gokkers zag 54.4% dit als een nadeel ($N=25$). Bij de risico- en probleemgokkers was dit percentage respectievelijk 27.3% ($N=3$) en 17.1% ($N=6$). Daarnaast zijn er ook significante correlaties gevonden tussen de mate van gokverslaving en de genoemde nadelen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling. Deze zijn weergegeven in tabel 6.4. Voor al deze nadelen geldt: hoe hoger de mate van gokverslaving, hoe minder de respondenten het eens zijn met de stelling. De sterkste correlatie is de volgende: hoe hoger de mate van gokverslaving, hoe meer de respondenten vinden dat de internetbehandeling geen goede vervanging is van een face-to-face behandeling. Opvallend is wel dat uit tabel 6.4 blijkt dat de mate van vrijheid en het gebrek aan face-to-face contact minder als *nadelen* worden gezien wanneer de mate van gokverslaving hoger is. Dit lijkt in tegenspraak te zijn met de resultaten uit paragraaf 6.1.1, waar de mate van vrijheid en het gebrek aan face-to-face contact juist minder als *voordelen* worden gezien, wanneer de mate van gokverslaving hoger is.

Tabel 6.4 Significante correlaties tussen de mate van gokverslaving en nadelen (N=92)

Item	Correlatie
Ik krijg teveel vrijheid	-.217*
Ik heb geen face-to-face contact met een hulpverlener	-.251*
Ik ben niet gemotiveerd om er met anderen over te praten buiten het internet om	-.267**
Ik vind het geen goede vervanging van de face-to-face behandeling	-.368**
Ik vind dat de internetbehandeling niet voor iedereen toegankelijk is (gebrek aan internettoegang of beheersing van de taal)	-.229*
Ik denk dat mijn gegevens niet veilig zijn	-.213*

* $p < .05$ (tweezijdig); ** $p < .01$ (tweezijdig)

Naast de genoemde nadelen, hadden de respondenten de mogelijkheid om zelf nadelen toe te voegen. Een niet-bezoeker zei hierbij *'het lijkt me prettig om er persoonlijk met iemand over te praten'*. Een cliënt zei het volgende: *'het kost meer tijd je verhaal goed kwijt te kunnen, omdat je het in correcte spelling en vorm moet uittypen'*. Deze uitspraken benadrukken de behoefte aan face-to-face contact met een hulpverlener. Daarnaast blijkt het voor één cliënt moeilijker om zijn gevoelens op te schrijven, in plaats van uit te spreken. Dit zou op meer cliënten van toepassing kunnen zijn. Het zou echter ook zo kunnen zijn dat andere cliënten het juist prettiger vinden om hun gevoelens op te schrijven in plaats van uit te spreken.

6.1.3 Ervaren barrières bij het aanmelden voor een (internet)behandeling (onderzoeksvraag 5b)

Een overzicht van de belangrijkste barrières bij het aanmelden voor een behandeling voor het gokgedrag is weergegeven in tabel 6.5. De barrières zijn zowel van toepassing op internetbehandelingen als op face-to-face behandelingen. Het gaat hier alleen om de risico- en probleemgokkers, omdat de barrières voor een behandeling niet van toepassing zijn op recreatieve gokkers. De cliënten in behandeling gaven allen aan dat zij niet hebben getwijfeld voor zij zich hadden aangemeld voor de internetbehandeling en dus zijn er van hen geen gegevens bekend over de barrières. De niet-bezoekers noemden echter 'schaamte' als de belangrijkste barrière voor het aanmelden voor een behandeling. 'Angst om te falen' en 'bang dat de omgeving mij zwak vindt' waren ook veel voorkomende barrières. Ook bestonden er twijfels over de effectiviteit van een behandeling. Het beeld dat naar voren komt uit de resultaten van de websitebezoekers, bevestigt dat van de niet-bezoekers. Er bestond weinig tot geen angst bij de respondenten om beledigd te worden door een hulpverlener en ook waren de kosten voor een behandeling geen reden om zich niet aan te melden. Het vertrouwen in de hulpverlening was

groot genoeg of vormde geen reden om zich niet te laten behandelen. Het complete overzicht van de genoemde barrières is bijgevoegd in bijlage 17.

Tabel 6.5 Belangrijkste ervaren barrières van risico- en probleemgokkers voor behandeling

Item	Website bezoekers (N=2)	Niet-bezoekers (N=27)
	N(%)	N(%)
Ik schaam me	100.0	77.7
Ik ben bang om te falen	100.0	55.5
Ik weet niet of de behandeling effectief is	0.0	51.8
Ik ben bang dat mijn omgeving mij zwak vindt	50.0	51.8
Ik wil niet behandeld worden als een verslaafde	100.0	48.1
Ik voel me onzeker	100.0	44.4
Ik ben te trots om hulp te zoeken	50.0	37.0
Ik denk dat ik het zelf wel op kan lossen	50.0	37.0
Ik ben bang voor de mening van de maatschappij	50.0	37.0
Ik ben te overweldigd door mijn probleem	0.0	37.0

Wanneer er werd gekeken naar de significante verschillen tussen de mate van gokverslaving en de genoemde barrières kwam er één significant verschil naar voren, namelijk: 'Ik weet niet of de behandeling effectief is' ($p=.05$). Van de risicogokkers vormde dit voor één respondent een barrière. Bij de probleemgokkers was dit voor 13 respondenten een barrière. Er bestond ook een positieve significante correlatie tussen 'ik weet niet of de behandeling effectief is' en de mate van gokverslaving ($r=.46$, $p=.01$). Dit houdt in dat hoe hoger de mate van gokverslaving, hoe meer de respondenten de onzekerheid over de effectiviteit van de behandeling als een barrière zien.

Naast de genoemde barrières, hadden de respondenten de mogelijkheid om zelf barrières toe te voegen, hierbij noemden niet-bezoekers de volgende barrières:

- 'Ik wil het verborgen houden'
- 'Ik ben bang dat mijn vrouw hier achter komt'
- 'Het lijkt vaak minder erg dan het daadwerkelijk is'

Deze uitspraken bevestigen eerdere uitkomsten waaruit bleek dat anonimiteit en schaamte, maar ook ontkenning een rol speelt.

Op de vraag of respondenten er bezwaar tegen zouden hebben als zij voor het aanmelden voor de internetbehandeling hun gegevens aan een zorgverzekeraar beschikbaar moeten stellen, antwoordde maar liefst 57.4% (N= 70) dat zij hier bezwaar tegen hadden en zich daarom niet zouden aanmelden. 20.5% (N= 25) gaf aan dit niet prettig te vinden, maar dat dit hen er niet van

zou weerhouden om zich aan te melden voor de internetbehandeling. De overige 22.1% (N= 27) had geen bezwaar tegen het beschikbaar stellen van hun gegevens aan een zorgverzekeraar.

6.1.4 Opheffen van de barrières (onderzoeksvraag 5c)

De twijfels die de risico- en probleemgokkers hadden bij het aanmelden voor een (internet)behandeling en die leidden tot de genoemde barrières uit paragraaf 6.1.3, kunnen op verschillende manieren in de toekomst wellicht worden voorkomen. Op de vraag of de bezwaren of twijfels van de respondenten weg konden worden genomen, antwoordde 27.6% van niet (N=8). De overige respondenten noemden verschillende manieren om de eventuele bezwaren of twijfels weg te nemen. Hierbij waren meerdere antwoorden mogelijk. Een overzicht van alle gegeven antwoorden is weergegeven in tabel 6.6. Zoals blijkt uit deze tabel was er bij de websitebezoekers behoefte aan meer beschikbare informatie (N=2) en praktische begeleiding (N=1). Voor de niet-bezoekers was het belangrijk dat zij kunnen lezen over of luisteren naar de ervaringen van andere deelnemers met de internetbehandeling (N=9). Daarnaast was ook bij deze doelgroep behoefte aan meer beschikbare informatie (N=8), maar ook aan meer steun van familieleden (N=7). Het vermijden van vaktermen binnen de hulpverlening bleek geen probleem te zijn of zou de bezwaren of twijfels niet weg kunnen nemen. Van de cliënten in behandeling zijn geen gegevens bekend, omdat geen enkele cliënt heeft getwijfeld vóór het aanmelden voor de internetbehandeling.

Tabel 6.6 Wegnemen van de barrières van risico- en probleemgokkers voor behandeling (meerdere antwoorden mogelijk)

Item	Website bezoekers (N=2)	Niet- bezoekers (N=27)
	N(%)	N(%)
Door meer steun van familie	0(0.0)	7(25.9)
Door meer steun van vrienden	0(0.0)	2(7.4)
Door meer begrip vanuit de maatschappij	0(0.0)	2(7.4)
Door meer beschikbare informatie	2(100.0)	8(29.6)
Door te lezen over of te luisteren naar ervaringen van andere deelnemers	0(0.0)	9(33.3)
Door praktische begeleiding, zoals financiële begeleiding	1(50.0)	4(14.8)
Door meer aandacht bij de professionele hulpverlening voor culturele verschillen	0(0.0)	3(11.1)
Door het vermijden van vaktermen binnen de hulpverlening	0(0.0)	0(0.0)

Volgens 13 respondenten konden hun bezwaren of twijfels worden weggenomen door Tactus Verslavingszorg. Hiervoor gaven zij verschillende manieren die kunnen worden onderverdeeld in categorieën, namelijk:

- Algemeen: *'door te benadrukken dat het via internet kan'; 'door meer informatie te geven'; 'door te vertellen hoe het gaat zo'n behandeling'.*
- Anonimiteit: *'door niets aan de huisarts door te geven'; 'door het benadrukken van een anonieme behandeling'.*
- Effectiviteit: *'door duidelijk te maken wat de positieve gevolgen van professionele hulp kunnen zijn'; 'door mij te overtuigen dat het helpt om er vanaf te komen'.*
- Rolmodellen: *'door hun verhaal te lezen en daar over na te denken en uit het wereldje te stappen. Ik kan wel winnen, maar het casino wint altijd meer en als je dat realiseert is het niet leuk meer'.*

6.1.5 Belangrijkste redenen voor het aanmelden voor een internetbehandeling

De cliënten in behandeling werd gevraagd om de drie belangrijkste redenen te noemen om zich aan te melden voor de internetbehandeling. De redenen die de cliënten noemden zijn weergegeven in tabel 6.7. Zoals blijkt werden anonimiteit, vrijheid, een grotere controle over de locatie en tijd van de behandeling en een verminderd schaamtegevoel genoemd.

Tabel 6.7 De drie belangrijkste redenen voor deelname aan de internetbehandeling (N=6)

Respondent	Reden 1	Reden 2	Reden 3
1	Vanuit huis	Eigen tempo	Makkelijker
2	Alle mogelijke hulp aanvaarden	De eerste grote stap om wat aan het probleem te doen	Ik kan er in mijn eigen tijd mee bezig zijn of hulp en advies in moeilijke tijden
3	De snelheid	De vrijheid wanneer ik er tijd voor heb	Geen gedoe met afspraken die moeilijk in te plannen zijn in mijn werkschema
4	Anoniem	Geen schaamte	Kosteloos
5	Anoniemer blijven	In mijn eigen tijd er mee bezig zijn	Minder schaamte
6	Geen verplichting qua tijd	Is gemakkelijk voor anderen die graag willen zien hoe het gaat	/

Respondent zes uit tabel 6.7 gaf als belangrijke reden aan dat het gemakkelijk is voor anderen om te zien hoe het gaat. In een telefonisch interview lichtte hij dit verder toe: *'Nou dat anderen zoals familie enz. kunnen controleren of je ook echt iets eraan doet. Kijk, bij een face-to-face behandeling is het zo dat je er wel naartoe gaat, maar niemand kan controleren wat je daar doet en bij deze behandeling kunnen anderen ook zien dat je wat doet. Dat is voor mij wel belangrijk*

dat anderen het kunnen zien dat ik eraan werk.’ Uit de interviews bleek ook dat één cliënt niet op de hoogte was van de alternatieven van een face-to-face behandeling en bij toeval bij de internetbehandeling terecht was gekomen: ‘Nou ja, op een gegeven moment had ik dus via mijn huisarts een aanvraag gedaan voor een behandeling (face-to-face) en toen werd ik op een wachtlijst gezet. Ik kreeg steeds maar geen bericht en ik was verder ook niet zo bekend met de mogelijkheden voor behandeling. De wachtlijst was minimaal een half jaar en zo lang wilde ik niet wachten. Dus toen ben ik via de huisarts terecht gekomen bij de internetbehandeling. Dit werkt goed voor mij’. Op de vraag of zij voor een face-to-face behandeling had gekozen als er geen wachtlijst was geweest antwoordde zij het volgende: ‘Ja als er geen wachtlijst was, dan had ik niet verder gezocht en de face-to-face behandeling gevolgd, maar dat was dan vooral omdat ik niet bekend was met de andere mogelijkheden voor behandeling. Dit (internetbehandeling) is voor mij ook een prettige manier van behandelen.’

6.1.6 Samenvatting

De helft van de respondenten vond het gebrek aan face-to-face contact met een hulpverlener een voordeel, maar de andere helft niet. Wanneer de respondenten echter een behandeling hadden overwogen, dan zagen zij het gebrek aan face-to-face contact minder als een voordeel. Wat betreft de voordelen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling kunnen twee uitspraken worden gedaan: 1) de respondenten willen graag zelf de plaats, tijd en het tempo van de behandeling bepalen (de vorm) en 2) de respondenten hebben behoefte aan structuur en sturing tijdens de behandeling (de inhoud). De invloed op de organisatie van de behandeling en een beter overzicht werden meer als voordelen gezien door de zwaardere gokkers (problematische gokkers). De belangrijkste redenen die de cliënten hadden om zich aan te melden voor de behandeling waren anonimiteit, vrijheid, een grotere controle over de organisatie van de behandeling en een verminderd schaamtegevoel.

De belangrijkste nadelen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling waren: de mate van vrijheid, gedemotiveerd zijn om met anderen over het gokprobleem te praten buiten het internet om en het gebrek aan face-to-face contact. Ruim een derde van de niet-bezoekers vreesde voor de veiligheid van hun gegevens, terwijl dit bij de websitebezoekers en de cliënten niet zo leek te zijn.

De internetbehandeling werd door de zwaardere gokkers meer als een goede vervanging van de face-to-face behandeling gezien. Daarnaast geldt voor de probleemgokkers ook dat de mate van vrijheid, het gebrek aan face-to-face contact, het gebrek aan motivatie om met anderen over het gokprobleem te praten, de toegankelijkheid van de internetbehandeling en de veiligheid van de gegevens *minder als nadelen* werden gezien. Dit is opvallend en lijkt in tegenspraak de zijn met de belangrijkste nadelen die zijn genoemd, waaruit blijkt dat de mate van vrijheid en het gebrek aan face-to-face contact door de zwaardere gokkers juist *minder als een voordeel* werden gezien.

De belangrijkste barrières voor het aanmelden voor een behandeling waren allemaal gerelateerd aan schaamte en angst voor de mening van anderen, maar ook aan de effectiviteit van een behandeling. Twijfels over de effectiviteit van de behandeling waren voor probleemgokkers een grotere barrière dan voor de risicogokkers. Dit lijkt realistisch omdat probleemgokkers een hogere mate van gokverslaving laten zien en dus meer moeite moeten doen om hun gokgedrag onder controle te krijgen dan risicogokkers waarbij er nog geen sprake is van een echte verslaving. Daarnaast was het verstrekken van persoonlijke gegevens aan een zorgverzekeraar voor een ruime meerderheid van de respondenten een reden om zich niet aan te melden voor een behandeling.

De bovengenoemde barrières bij het aanmelden voor een (internet)behandeling kunnen in de toekomst wellicht worden voorkomen door meer beschikbare informatie over de werkwijze van de behandeling, praktische begeleiding, meer steun van familieleden, door geen gebruik te maken van een verwijfsbrief van de huisarts, door verhalen van cliënten te delen en door de anonimiteit, het internet als medium en de positieve gevolgen van de behandeling te benadrukken.

6.2 Bereidheid tot veranderen van het gedrag

6.2.1 De veranderingsbereidheid van risico- en probleemgokkers (onderzoeksvraag 5e)

Tabel 6.8 geeft een overzicht van indeling van risico- en probleemgokkers in de drie fasen van de RCQ-D. Het betreft hier de respondenten die zowel de DSM-IV gokschaal als de RCQ-D hebben ingevuld. De recreatieve gokkers vallen hier dus af, evenals de risico- en probleemgokkers die de RCQ-D niet hebben ingevuld. Zowel de risico- als probleemgokkers bevinden zich voornamelijk in de Contemplatie fase, respectievelijk 75.0% en 75.8%. Dit houdt in dat het grootste gedeelte van de risico- en probleemgokkers in de toekomst van plan is om hun gokgedrag te veranderen (binnen zes maanden). Aangezien slechts één respondent zich in de Precontemplatie fase bevindt, is deze uit de analyses gehaald, om te voorkomen dat deze ene respondent de resultaten zou vertekenen.

Tabel 6.8 Scores op de drie fasen van de RCQ-D

Fase	Risicogokker (N= 12)	Probleemgokker (N= 33)
	N(%)	N(%)
Precontemplatie	0(0.0)	1(3.0)
Contemplatie	9(75.0)	25(75.8)
Actie	3(25.0)	7(21.2)

6.2.2 Verschillen in de ervaren voor- en nadelen m.b.t. de veranderingsbereidheid

Respondenten in de Actie fase lijken het betere overzicht meer als een voordeel te zien dan de respondenten in de Contemplatie fase ($p=.04$). Daarnaast lijken respondenten in de Actie fase

het niet te hoeven bezoeken van een instelling minder als een voordeel te zien dan de respondenten in de Contemplatie fase ($p=.02$). Dit lijkt een logisch en realistisch resultaat, omdat de respondenten in de Actie fase de keuze om hulp te zoeken al hebben gemaakt en dus het niet te hoeven bezoeken van een instelling niet direct al voordeel zien. Ten slotte leken de respondenten in de Actie fase de grotere vrijheid om te zeggen wat hij wil minder als een voordeel te zien ($p=.05$). Tussen de twee fasen van de RCQ-D en de nadelen werden twee effecten gevonden die bij benadering significant waren. Allereerst leken de respondenten in de Contemplatie fase het minder als een nadeel te zien dat het programma eventueel lastig te gebruiken is ($p=.07$). Daarnaast leken de respondenten in de Actie fase de mate van vrijheid meer als een nadeel te zien ($p=.08$). De gevonden effecten in deze paragraaf werden niet ondersteund door significante correlaties.

6.2.3 Samenhang tussen veranderingsbereidheid en ervaren barrières (onderzoeksvraag 5f)

De risico- en probleemgokkers in de Contemplatie fase noemden schaamte, onzekerheid en angst om te falen als belangrijkste barrières en in de Actie fase werden schaamte, de effectiviteit van de behandeling, niet te willen worden behandeld als een verslaafde, de angst om zwak gevonden te worden en denken de problemen zelf op te kunnen lossen genoemd. Tabel 6.9 geeft een overzicht van de genoemde barrières in de verschillende fasen van veranderingsbereidheid. Deze populatie is kleiner dan die uit tabel 6.8, omdat een aantal respondenten zijn gestopt met de vragenlijst vóór zij de vraag over de barrières konden beantwoorden.

Tabel 6.9 De verschillen in barrières tussen de verschillende fasen van de RCQ-D

Item	Contemplatie (N=19)	Actie (N=6)
	N	N
Ik weet niet of de behandeling voor mij beschikbaar is	7(41.2)	0(0.0)
Ik weet niet of de behandeling effectief is	9(47.4)	3(50.0)
Ik vind de behandeling te duur	6(31.6)	1(16.7)
Ik heb niet genoeg vertrouwen in de professionele hulpverlening	5(26.3)	1(16.7)
Ik ben bang om beledigd te worden door een hulpverlener	8(42.1)	1(16.7)
Ik wil niet behandeld worden als een verslaafde	9(47.4)	3(50.0)
Ik ben bang dat mijn omgeving mij zwak vindt	9(47.4)	3(50.0)
Ik ben bang om te falen	11(57.9)	2(33.3)
Ik schaam me	16(84.2)	4(66.7)
Ik ben te trots om hulp te zoeken	8(42.1)	1(16.7)
Ik denk dat ik het zelf wel op kan lossen	6(31.6)	3(50.0)
Ik heb geen motivatie	7(36.8)	2(33.3)
Ik ben bang voor de mening van de maatschappij	9(47.4)	1(16.7)
Ik voel me onzeker	12(63.2)	2(33.3)
Ik heb geen gokprobleem	1(5.3)	1(16.7)
Ik ben te overweldigd door mijn probleem	7(36.8)	2(33.3)

Wanneer er werd gekeken naar de significante verschillen tussen de genoemde barrières en de fasen uit de RCQ-D schaal met behulp van de chi kwadraat toets, kwam een aantal significante verschillen naar voren, waaronder 'ik heb geen gokprobleem' ($p=.03$), dit leek voor de respondenten in de Contemplatie fase minder een barrière te zijn dan in de Actie fase. In de Actie fase leken de respondenten 'ik ben te overweldigd door mijn probleem' minder als een barrière te zien ($p=.00$). De stelling 'ik voel me onzeker' was bij benadering significant ($p=.06$). Voor de respondenten uit de Contemplatie fase was dit een grotere barrière dan voor de respondenten uit de Actie fase. Daarnaast werd een significante correlatie gevonden tussen de fasen uit de RCQ-D schaal en de angst om te falen ($r=-.41$, $p=.04$). Dit betekent dat hoe meer de respondenten bereid waren om hun gokgedrag te veranderen, hoe minder bang zij waren om hierin te falen. Een andere significante correlatie was die tussen de fasen uit de RCQ-D schaal en 'ik heb geen gokprobleem' ($r=.50$, $p=.01$). Dit houdt in dat hoe meer de respondenten bereid waren om hun gokgedrag te veranderen, hoe meer zij het eens waren met de stelling. Ten slotte was de correlatie tussen de fasen uit de RCQ-D en het schaamtegevoel bij benadering significant ($r=-.37$,

$p=.07$). Dit betekent dat respondenten in de Actie fase schaamte minder als een barrière zagen dan de respondenten in de Contemplatie fase.

6.2.4 De verklarende variabelen van de intentie voor het volgen van een behandeling (onderzoeksvraag 5d)

Om te kunnen bepalen in hoeverre alle bovenstaande variabelen de intentie verklaren voor het volgen van een behandeling voor het gokgedrag, zijn er regressieanalyses uitgevoerd. Hieruit bleek dat alleen de mate van gokverslaving een significant verklarende variabele was, met een verklaarde variantie van 29.0% ($p=.00$; $N=42$). Opvallend is dat de bereidheid tot verandering slechts 0.6% ($N=38$) van de verklaarde variantie bepaald en niet significant is.

6.3 Conclusie

De mate van gokverslaving is de enige significant verklarende variabele voor de intentie voor het volgen van een behandeling voor het gokgedrag.

Over de voordelen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling kan het volgende worden geconcludeerd: 1) de respondenten willen graag zelf de plaats, tijd en het tempo van de behandeling bepalen (de vorm) en 2) de respondenten hebben behoefte aan structuur en sturing tijdens de behandeling (de inhoud). De zwaardere gokkers (problematische gokkers) hechten hierbij meer belang aan de invloed op de organisatie van de behandeling en een beter overzicht. Wanneer de respondenten hadden gedacht over het volgen van een behandeling, dan zagen zij het gebrek aan face-to-face contact minder als een voordeel. De mate van vrijheid, gebrek aan motivatie om met anderen over het gokprobleem te praten buiten het internet om en het gebrek aan face-to-face contact bleken belangrijke nadelen te zijn, hoewel dit door de zwaardere gokkers juist minder als nadelen werden gezien evenals de toegankelijkheid van de internetbehandeling en de veiligheid van de gegevens. Wanneer de respondenten niet bekend waren met de website GdB, leken er meer twijfels te bestaan over de veiligheid van gegevens. Dit betekent dat de website GdB wellicht voldoende vertrouwen bij de bezoekers creëert wat betreft de veiligheid van de gegevens.

Schaamte, angst voor de mening van anderen en de effectiviteit van een behandeling bleken belangrijke barrières voor het aanmelden voor een behandeling, waarbij de twijfels over de effectiviteit voor de problematische gokkers een grotere barrière vormde. Daarnaast was het verstrekken van persoonlijke gegevens aan een zorgverzekeraar voor ruim de helft van de respondenten een reden om zich niet aan te melden voor een behandeling. De zwaardere gokkers zagen de internetbehandeling meer als een goede vervanging van de face-to-face behandeling.

Om de twijfels en barrières weg te kunnen nemen is meer beschikbare informatie nodig evenals praktische begeleiding, ervaringen van cliënten en meer steun van familieleden en meer nadruk op de anonimiteit, het internet als medium en de positieve gevolgen van de behandeling.

Het grootste gedeelte van de risico- en probleemgokkers was van plan om het gokgedrag binnen zes maanden te veranderen en een kwart van de risico- en probleemgokkers had in de voorgaande zes maanden het gokgedrag veranderd. De respondenten in de Actie fase leken het betere overzicht meer als een voordeel te zien. Opvallend was dat het niet hoeven te bezoeken van een instelling minder als een voordeel werd gezien in de Actie fase evenals de hogere mate van vrijheid om te zeggen wat men wil. Een verklaring hiervoor is dat deze respondenten al hebben besloten om hulp te zoeken en de genoemde stellingen niet direct als een voordeel zien. In de contemplatie belemmerden schaamte, onzekerheid en angst om te falen de stap naar het aanmelden voor een behandeling. In de Actie fase was dit eveneens schaamte, maar ook onzekerheid over de effectiviteit van de behandeling, niet te willen worden behandeld als een verslaafde, de angst om zwak gevonden te worden en bovendien denken zij de problemen zelf op te kunnen lossen.

In de Actie fase wordt het gokprobleem vaker ontkend dan in de Contemplatie fase, maar de respondenten uit de Contemplatie fase zijn meer overweldigd door hun probleem. Dit is opvallend omdat verwacht wordt dat een grotere mate van veranderingsbereidheid samenhangt met een grotere erkenning van het probleem. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de respondenten in de Actie fase hun gokproblemen al hebben overwonnen. De respondenten die meer bereid zijn om hun gokgedrag te veranderen, zijn minder bang om hierin te falen en zij voelden zich minder onzeker en schaamden zich minder.

7. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden in § 7.1 de conclusies geformuleerd op basis van de literatuur en de resultaten die zijn voortgekomen uit het onderzoek. In § 7.2 wordt de praktische en wetenschappelijke meerwaarde van het onderzoek vervolgens uiteengezet. § 7.3 gaat daarna in op het ingevulde onderzoeksmodel en in § 7.4 en § 7.5 worden de resultaten en de methoden in het licht van de literatuur bediscussieerd. Ten slotte worden er in § 7.6 suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

7.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

7.1.1 Onderzoeksvraag 1

Wat is er bekend over de bezoeken aan www.gokkendebaas.nl?

Uit de gegevens van Google Analytics is gebleken dat de website via de zoekmachine 'Google' goed te vinden is. Dit is belangrijk omdat het internet de belangrijkste bron van informatie over GdB bleek te zijn. De eerste kennismaking met de website viel samen met het eerste bezoek aan de website, waaruit kan worden opgemaakt dat de respondenten bij toeval op de website terechtkomen. Dit geldt wellicht ook voor de websitebezoekers van GdB in het algemeen, vanwege de relatief korte bezoeken waarbij bij de helft van de bezoeken alleen de homepage wordt bekeken. Wanneer de website doelmatig wordt bezocht is dit uit nieuwsgierigheid of om informatie in te winnen voor zichzelf of anderen. De problematische gokkers hebben een hogere intentie om de website in de toekomst te bezoeken dan de minder zware gokkers, zoals risico- en recreatieve gokkers. De bezoekers van GdB zijn voornamelijk afkomstig uit Nederlandse steden zoals Amsterdam, Rotterdam en Utrecht en zij spreken voornamelijk Nederlands. Het merendeel van de cliënten had zich, zonder daarover te twijfelen, relatief snel na de eerste kennismaking aangemeld voor de internetbehandeling (binnen twee weken).

7.1.2 Onderzoeksvraag 2

Op welke manier(en) kan de doelgroep van gokkendebaas.nl worden bereikt, met name de nu nog 'onzichtbare' groep risico- en probleemgokkers?

Uit de resultaten van de vragenlijst voor websitebezoekers en niet-bezoekers bleek dat 92.8% niet bekend was met de website GdB. Hieruit kan niet vanzelfsprekend worden geconcludeerd dat de *algemene* bekendheid van GdB nog erg gering is, wel kan worden verondersteld dat de bekendheid van GdB *onder de doelgroep*, namelijk gokkers, erg laag is.

Om problematische gokkers te bereiken kunnen deze het best worden benaderd in het Holland Casino, amusementscentra zoals gok- en speelhallen en op de goksites. De televisie, het internet, de huisarts en kranten zijn manieren of media via welke de problematische gokkers kunnen worden bereikt. Probleemgokkers geven aan dat anderen met overmatig gokgedrag kunnen worden bereikt via die media waarbij het individu enige mate van anonimiteit behoudt,

zoals tijdschriften, e-mail en sms. Via deze media kan de boodschap worden gelezen zonder dat de buitenwereld hier vanaf weet. Om ervoor te zorgen dat de boodschap voor problematische gokkers overkomt, moet het duidelijk zijn wat gokkendaas.nl en het doel ervan is. De anonieme en kostenloze behandeling evenals de hulp bij het stoppen, feiten over de winkansen bij gokken en de werkwijze tijdens de internetbehandeling moeten goed worden benadrukt. De beste manier om GdB onder de aandacht van de doelgroep te brengen is volgens de respondenten door meer reclame voor GdB te maken via het internet en de televisie en/of in samenwerking met casino's en speelhallen.

7.1.3 Onderzoeksvraag 3

Is er een verschil tussen het demografische profiel van de websitebezoekers en niet-bezoekers met risicovol of problematisch gokgedrag en het algemene profiel van risico- en probleemgokkers zoals beschreven in de literatuur?

Aan de hand van de resultaten uit het onderzoek kan het volgende profiel van de gemiddelde risico- of probleemgokker worden opgesteld: ongehuwde mannen tussen 26 en 35 jaar oud met een fulltime baan, samenwonend met partner of bij de ouders en een lager dan gemiddelde opleiding. Uit de literatuur komt het volgende profiel van de risico- of probleemgokker naar voren: ongehuwde, alleenstaande of gescheiden mannen van gemiddeld 30 jaar oud. Van de overige demografische gegevens zijn geen eenduidige gegevens bekend. De demografische gegevens uit de steekproef komen dus overeen met de literatuur over risico- en probleemgokkers met betrekking tot geslacht, leeftijd en huwelijks staat.

7.1.4 Onderzoeksvraag 4

Hoe wordt een behandeling via internet ervaren door de cliënten die op dit moment in behandeling zijn of de behandeling hebben afgerond?

Uit gegevens van de cliënten uit de internetbehandeling is gebleken dat een ruime meerderheid voortijdig afhaakt of helemaal niet start met de behandeling. Een mogelijke verklaring voor dit gedrag is de mate van impulsiviteit. Bij de resultaten van de cliënten in behandeling moet in overweging worden genomen dat de steekproef wellicht niet representatief is voor de totale cliëntenpopulatie.

De internetbehandeling werd als overzichtelijk, betrouwbaar en geloofwaardig ervaren en over het algemeen goed beoordeeld met een gemiddeld cijfer van 7.7. Sterke punten in de internetbehandeling zijn: de aanmeldprocedure, de uitleg over het gebruik van de behandeling, de informatie in de behandeling, de begrijpelijkheid van de teksten, het taalgebruik, de inlogprocedure, de zichtbaarheid van de verschillende onderdelen, de verdeling van de onderdelen over de pagina's, het kleurgebruik en het lettertype.

Enkele zwakke punten in de internetbehandeling waren de klikbare elementen en de ontvangen berichten, maar vooral het gokschrift. Het invullen van het gokschrift via internet werd

door de helft van de cliënten lastig gevonden en de invulmethode onprettig. Ontbrekende informatie op de website had betrekking op de webbrowsers die niet door de internetbehandeling werden ondersteund. Op www.gokkendebaas.nl wordt *wel* aangegeven wat de minimale eisen zijn met betrekking tot de webbrowsers, maar er wordt niet aangegeven welke webbrowsers de internetbehandeling *niet* ondersteunen. De suggesties ter verbetering van de internetbehandeling hadden met name betrekking op het gokschrift, maar ook op de chat functie en het forum van de internetbehandeling.

7.1.5 Onderzoeksvraag 5

Welke factoren zijn van invloed op de intentie voor aanmelding voor een (internet)behandeling?

De mate van gokverslaving was de enige significant verklarende variabele voor de intentie voor het volgen van een behandeling voor het gokgedrag. Dit lijkt ook terecht, want hoe hoger de mate van gokverslaving, hoe groter de behoefte aan een behandeling.

Het grootste gedeelte van de risico- en probleemgokkers bevond zich in de Contemplatie fase wat inhoudt dat zij van plan waren om het gokgedrag binnen zes maanden te veranderen. Een kwart van de risico- en probleemgokkers bevond zich in de Actie fase, wat inhoudt dat zij hun gokgedrag in de voorgaande zes maanden hebben aangepast. Of zij hier succesvol in zijn geweest is niet onderzocht en kan daarom ook niet worden geconcludeerd.

Uit de resultaten kan worden geconcludeerd dat de respondenten graag zelf de plaats, tijd en het tempo van de behandeling willen bepalen (de vorm), maar wel behoefte hebben aan structuur en sturing tijdens de behandeling (de inhoud). De problematische gokkers hechten hierbij meer belang aan de invloed op de organisatie van de behandeling en een beter overzicht, dus in dat opzicht lijkt een internetbehandeling geschikt te zijn voor de doelgroep, aangezien de cliënt bij een internetbehandeling meer invloed kan uitoefenen op de organisatie van de behandeling dan bij een face-to-face behandeling. Het gebrek aan face-to-face contact werd minder als een voordeel gezien wanneer respondenten hadden gedacht over het volgen van een behandeling. De mate van vrijheid, het gebrek aan motivatie om met anderen over het gokprobleem te praten buiten het internet om en het gebrek aan face-to-face contact bleken *belangrijke nadelen* te zijn voor de minder zware gokkers, terwijl de zwaardere gokkers dit juist *minder als nadelen* zagen, evenals de toegankelijkheid van de internetbehandeling en de veiligheid van de gegevens. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de zwaardere gokkers die nog niet bereid zijn om hun gedrag te veranderen (Precontemplatie of Contemplatie) zich proberen te verschuilen achter de anonimiteit. De mate van vrijheid leek namelijk meer als een nadeel te worden gezien door individuen met een grotere mate van veranderingsbereidheid (Actie). Daarnaast geldt dat de respondenten die meer bereid waren om hun gokgedrag te veranderen (Actie), minder bang waren om te falen in het volgen van een behandeling. De mate van zelfeffectiviteit zou dus wellicht van invloed kunnen zijn op de veranderingsbereidheid. Dit wordt onderstreept door

verschillende theorieën waaronder het 'Health Belief Model' waarin zelfeffectiviteit van invloed is op de intentie om ongezond gedrag te veranderen (Glanz, Marcus Lewis & Rimer, 1997).

Schaamte, angst voor de mening van anderen en de effectiviteit van een behandeling bleken belangrijke barrières te zijn voor het aanmelden voor een behandeling. De twijfels over de effectiviteit vormden hierbij voor de probleemgokker terecht een grotere barrière, omdat zij wellicht meer moeite moeten doen om hun gokgedrag onder controle te krijgen. Daarnaast was het verstrekken van persoonlijke gegevens aan een zorgverzekeraar voor ruim de helft van de respondenten een reden om zich niet aan te melden voor een behandeling. Dit impliceert dat veel respondenten bang zijn om hun anonimiteit te verliezen door het verstrekken van gegevens aan de zorgverzekeraar. De problematische gokkers zagen de internetbehandeling meer als een goede vervanging van de face-to-face behandeling. De barrières in de Contemplatie fase hadden betrekking op schaamte en onzekerheid over het eigen kunnen. Deze barrières gelden niet specifiek voor de internetbehandeling, maar voor behandelingen voor het gokgedrag in het algemeen.

7.1.6 Onderzoeksvraag 6

Wat is het effect van een bezoek aan www.gokkendebaas.nl op de adoptie of verwerping van deze website?

Deze onderzoeksvraag kan niet worden beantwoord als gevolg van het lage aantal respondenten dat bekend is met de website en de website heeft bezocht. Er kan slechts een uitspraak worden gedaan over de intentie onder de niet-bezoekers om de website GdB te bezoeken, namelijk ruim een kwart. Daarnaast bestond onder de problematische gokkers een grotere intentie om de website te bezoeken dan onder de recreatieve gokkers en risicogokkers.

7.1.7 Onderzoeksvraag 7

Wat is het effect van deelname aan de internetbehandeling van www.gokkendebaas.nl op de adoptie of verwerping van de behandeling?

66.7% van de cliënten gaven aan dat zij de internetbehandeling zeker wel zouden aanraden aan anderen die overmatig gokken. 16.7% antwoordt dit waarschijnlijk wel te doen en 16.7% zegt dit misschien te doen. Hieruit kan slechts worden geconcludeerd dat de intentie voor het aanraden van de internetbehandeling een indicator is voor positieve waardering van de behandeling. Dit zou een voorspeller van adoptie kunnen zijn. Uit de gegevens van de cliëntenpopulatie is echter gebleken dat het drop-out percentage van de cliënten in behandeling hoog is (60.9%). Aan de hand van dit gegeven kan echter niet zonder meer worden geconcludeerd dat deelname aan de internetbehandeling leidt tot verwerping van de internetbehandeling. Wel is gebleken dat het drop-out percentage in deel 1 (46.3%) van de internetbehandeling veel hoger is dan in deel 2 (14.6%). Er lijkt dus sprake te zijn van een latere adoptie.

7.2 Praktische en wetenschappelijke meerwaarde van het onderzoek

Het beantwoorden van de onderzoeksvragen is in de eerste plaats van belang voor de opdrachtgever Tactus Verslavingszorg. Met de resultaten uit het onderzoek en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen, kan Tactus Verslavingszorg de doelgroep beter in kaart brengen en motiveren voor het aanmelden voor de internetbehandeling en heeft zij meer inzicht in de manieren om de doelgroep te bereiken en de bekendheid van de website en de internetbehandeling te vergroten. Er zijn vele onderzoeken uitgevoerd om de problematische gokker en zijn/haar redenen om geen professionele hulp te zoeken in kaart te brengen. Het grootste gedeelte van deze onderzoeken is echter in het buitenland uitgevoerd en daarom niet zonder meer toe te passen op de Nederlandse situatie. De beantwoording van de vraagstelling is daarom in de tweede plaats ook van belang voor de wetenschap omtrent gokverslaving. Het meest recente Nederlandse onderzoek omtrent gokverslaving dateert uit 2005 (de Bruin et al., 2005) en dit is, mede door de dynamische ontwikkeling van online gokken, reeds achterhaald. De resultaten die uit het huidige onderzoek naar voren zijn gekomen, kunnen leiden tot nieuwe inzichten en zodoende een bijdrage leveren aan de wetenschap op dit gebied. Dit is onder andere gebleken door aan te tonen dat problematische gokkers over het algemeen een lager dan gemiddelde opleiding hebben afgerond. Daarnaast levert de combinatie van theorieën uit de psychologie en communicatiewetenschap een ander perspectief op waarin de beide wetenschappen elkaar kunnen versterken en aanvullen. Zo kunnen de inzichten in de gedragsdeterminanten leiden tot een beter bereik van de doelgroep. Ook de wijze waarop risico- en probleemgokkers kunnen worden bereikt kan belangrijke input leveren voor de wetenschap over het benaderen van moeilijk bereikbare groepen. Zo lijkt de RDS-methode bijvoorbeeld ongeschikt voor het bereiken van risico- en probleemgokkers, omdat het geen resultaten heeft opgeleverd. Daarnaast is gebleken dat het internet een belangrijk medium is bij het bereiken van de doelgroep.

7.3 Toelichting van het ingevulde onderzoeksmodel

Aan de hand van de resultaten is het onderzoeksmodel aangepast en gesplitst in twee onderzoeksmodellen, één voor de website GdB en één voor de IB. Deze zijn weergegeven in bijlage 18 en 19. Zoals blijkt uit de onderzoeksmodellen kunnen de motieven om de website GdB te bezoeken en zich aan te melden voor de IB worden geïdentificeerd om een beter inzicht te krijgen in de kenmerken van de ontvanger, het sociale systeem en de innovatie. De kenmerken van de ontvanger kwamen overeen wat betreft geslacht en leeftijd en uit het onderzoek kwam ook naar voren dat de risico- en probleemgokkers over het algemeen lager opgeleid zijn. Daarnaast was het opvallend dat maar liefst 97% van de risico- en probleemgokkers niet bekend was met de website. De kenmerken van het sociale systeem bestaan uit de stigmavorming, onvoldoende steun aan risico- en probleemgokkers en de behoefte aan lotgenotencontact. De grote mate van controle over de locatie en tijd van de behandeling, het gemak en de anonimiteit

waren positieve kenmerken van de innovatie, maar onvoldoende structuur en sturing werden als nadelen gezien.

De combinatie van de verschillende kenmerken die samen de motieven vormen voor het bezoeken van GdB, leiden samen met de maatschappij en media-inhoud tot het al dan niet bezoeken van de website. Deze leiden vervolgens tot de adoptie of verwerping van de website GdB. Hierbij kan de continue adoptie worden bevordert door de bekendheid van GdB te vergroten, de heersende stigma te verminderen, voldoen aan de behoefte aan lotgenotencontact en de redenen voor ander gedrag te identificeren en weg te nemen.

Het onderzoekmodel voor de internetbehandeling is gecompliceerder. Zo is uit het onderzoek gebleken dat de risico- en probleemgokkers zich in de Contemplatie of Actie fase bevinden en dus enigszins of helemaal bereid zijn om hun gokgedrag te veranderen. De mate van veranderingsbereidheid was echter geen goede verklarende variabele van de intentie voor het aanmelden voor een behandeling voor het gokgedrag, maar zelfeffectiviteit en de mate van gokverslaving leken wel een rol te spelen. Het volgen van de IB leidt vervolgens tot ontvangen gratificaties, die over het algemeen goed zijn. De IB zag er goed uit en werd overzichtelijk, betrouwbaar en geloofwaardig gevonden. Daarnaast bood het de mogelijkheden om het gokgedrag te veranderen. De IB werd door de cliënten beoordeeld met een 7.7. De ontvangen gratificaties leiden vervolgens tot de adoptie of verwerping van de IB. Ondanks de gemiddeld goede beoordeling van de internetbehandeling, gaan veel cliënten niet over tot continue adoptie, omdat zij na aanmelding niet aan de behandeling beginnen of voortijdig afhaken. Hiervoor zijn verklaringen gegeven in § 8.2.1. Deze tegenstrijdige resultaten kunnen worden verklaard doordat de steekproef van cliënten niet representatief is voor de gehele populatie cliënten. Om uitspraken te kunnen doen over het uitblijven van continue adoptie zijn meer gegevens over de reden van drop-out gewenst. Het percentage cliënten dat uitvalt in deel 2 van de behandeling is kleiner dan in deel 1. Wellicht kan worden geconcludeerd dat de IB tot latere adoptie leidt. Misschien moet er na nader onderzoek geconcludeerd worden dat een internetbehandeling voor risico- en probleemgokkers een minder geschikte methode is dan een face-to-face behandeling waarbij er minder vrijheid mogelijk is.

Uit de citaten van de respondenten bleek dat anonimiteit een grote rol speelt bij het aanmelden voor een behandeling voor het gokgedrag. De respondenten willen hun problemen graag verborgen houden voor de buitenwereld. Gezien de barrières die genoemd zijn, lijkt dit te maken te hebben met schaamte en angst om te falen. Ook uit de literatuur is gebleken dat schaamte en angst om te falen een belangrijke rol spelen als barrières bij het zoeken naar hulp (Clarke et al., 2007; Rockloff & Schofield, 2004; Pulford 2009a). Daarnaast noemen verschillende onderzoeken ook het bestaande stigma in de maatschappij over gokverslaving en de onzekerheid van de probleemgokkers (Clarke et al., 2007; Rockloff & Schofield, 2004; Pulford 2009a). Deze barrières kunnen een versterkende invloed hebben op het gevoel van schaamte en de angst om te falen. Zoals eerder al is genoemd lijkt het daarom van belang om meer aandacht

te besteden aan de zelfeffectiviteit van de probleemgokkers ten aanzien van sociale steun bij hun verslaving. Volgens Clarke et al. (2007) kunnen deze barrières worden weggenomen door meer steun vanuit het sociale netwerk, zoals partners en werknemerondersteuning, met als gevolg dat de probleemgokkers gemotiveerder zijn om hulp te zoeken en zich minder schamen voor hun probleem.

Aan de hand van de ingevulde onderzoeksmodellen kunnen een aantal kritische opmerkingen worden gemaakt. Ten eerste is uit de resultaten gebleken dat er behoefte bestaat aan sociale contacten. Enkele voorbeelden zijn de intentie om anderen te vertellen over GdB en lotgenotencontact via het forum om ondersteuning te bieden en te ontvangen. In het onderzoeksmodel is er echter niet genoeg ruimte om deze sociale factor goed tot zijn recht te laten komen. Wellicht is dit het gevolg van de keuze van theorieën waarop het onderzoeksmodel is gebaseerd. Het TTM model is bijvoorbeeld intern en gericht op het individu. Het houdt geen rekening met de dynamische maatschappij waarin individuen leven en die van invloed kunnen zijn op de veranderingsbereidheid. Ook de U&G benadering is gericht op het individu en neemt de sociale factor daardoor ook niet in overweging. De Diffusion of Innovations Theory bevat wel een sociale factor, namelijk de kenmerken van het sociale systeem waar het individu zich in bevindt. In vervolgonderzoek dient deze variabele meer aandacht te krijgen in het onderzoeksmodel als geheel.

Een ander kritisch punt van het onderzoek(model) is dat de adoptie van de website GdB en de adoptie van de IB door de omvang van het onderzoek niet uitgebreid genoeg zijn onderzocht. De intentie om anderen te vertellen over GdB valt niet onder de adoptie van de website, maar past beter bij de sociale omgeving van het individu. Als gevolg van deze verschuiving kunnen er echter geen uitspraken worden gedaan over de adoptie van GdB door de doelgroep. De gegevens van Google Analytics geven echter wel een indicatie weer. Uiteindelijk kunnen er met de verzamelde gegevens alleen aanbevelingen worden gedaan om de continue adoptie van de website GdB te vergroten. Om de adoptie van de website en de internetbehandeling uitgebreider te onderzoeken, dient er meer aandacht te worden besteed aan de factoren van Rogers (1995) en Cain & Mittman (2002) die de adoptie van een innovatie bepalen. Deze factoren zijn: het relatieve voordeel, verenigbaarheid, complexiteit, testbaarheid, observeerbaarheid, communicatiekanalen, homogene groepen, de stabiliteit van de innovatie, opinieleiders en de infrastructuur (zie § 2.6). Het relatieve voordeel is in beperkte mate meegenomen in het onderzoek door te vragen naar de voor- en nadelen van de internetbehandeling (innovatie) in vergelijking met face-to-face behandelingen (het bestaande idee). Het communicatiekanaal lijkt met name het internet te zijn, aangezien dit de belangrijkste bron van informatie over GdB bleek te zijn. Daarnaast kan ook worden gesteld dat er sprake is van homogene groepen, omdat de doelgroep relatief afgebakend is. Ten slotte zijn de resultaten van de internetbehandeling in zekere mate observeerbaar door de zichtbaarheid van de voortgang binnen de behandeling. De

overige bovengenoemde factoren dienen in een aangepaste versie van het onderzoeksmodel beter te worden belicht.

7.4 Bediscussiëring van de resultaten

Zoals elk wetenschappelijk onderzoek, heeft ook dit onderzoek enkele zwakke punten. In deze paragraaf worden deze punten besproken met betrekking tot de resultaten. Tevens wordt getracht er een verklaring voor te vinden.

7.4.1 Beperkingen van het onderzoek

Een zwak punt in het onderzoek is het relatief lage respondentenaantal en de hoge non-respons. Slechts 89 respondenten vulden de vragenlijst voor websitebezoekers en niet-bezoekers volledig in, hoewel 210 respondenten de vragenlijst zijn gestart. Slechts 6 van de 20 benaderde cliënten in behandeling vulden de vragenlijst volledig in. Hiervoor is een aantal mogelijke verklaringen te geven:

- De lengte van de vragenlijsten (cliënten, websitebezoekers, niet-bezoekers).
- Het hoge aantal recreatieve gokkers waarvoor de vragenlijst geen directe relevantie had (websitebezoekers, niet-bezoekers).
- Het relatief lage aantal risico- en probleemgokkers in Nederland in vergelijking met andere verslavingen zoals alcohol (cliënten, websitebezoekers, niet-bezoekers).
- Het hoge percentage cliënten in behandeling dat nooit is gestart, voortijdig is afgehaakt of onregelmatig inloggen in hun dossier (cliënten).
- Impulsief gedrag van risico- en probleemgokkers (cliënten, websitebezoekers, niet-bezoekers).
- Moeilijk te bereiken doelgroep (websitebezoekers, niet-bezoekers).
- Taalbarrières, door leden van de doelgroep van Duitse of Aziatische afkomst (niet-bezoekers).

Voor beide vragenlijsten geldt dat het invullen ervan wellicht teveel tijd in beslag nam. De vragenlijst voor de cliënten in behandeling bestond uit 51 vragen en was langer dan die voor de websitebezoekers en niet-bezoekers, die uit 45 vragen bestond. Het percentage onvolledig ingevulde vragenlijsten was echter relatief veel hoger bij de websitebezoekers en niet-bezoekers (57.6%) dan bij de cliënten in behandeling (14.3%). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de cliënten in behandeling een grotere belangstelling hebben voor de vragenlijst en zich meer betrokken voelen bij het onderzoek dan de websitebezoekers en niet-bezoekers. Onder deze laatste groep was het aantal recreatieve gokkers daarnaast relatief hoog (52.1%) en daardoor de betrokkenheid mogelijk lager. Het hoge percentage recreatieve gokkers kan voor vertekening van de resultaten hebben gezorgd. Gebleken is namelijk dat 68.6% van de risico- en probleemgokkers de vragenlijst helemaal hadden ingevuld en bij de recreatieve gokkers was dit

58.9%. De recreatieve gokkers zijn dus vooral verantwoordelijk voor het hoge percentage respondenten dat is afgehaakt.

Het aantal respondenten voor het huidige onderzoek moet daarnaast in een breder kader worden gezien. Zo blijkt dat de totale populatie van gokverslaafden in Nederland aanzienlijk lager is dan bijvoorbeeld het aantal personen met problematisch alcoholgebruik, namelijk 40.000 ten opzichte van 1.200.000 (LADIS, 2009). Een logisch gevolg hiervan is dat het verwachte aantal respondenten ook lager zal zijn. Het lage aantal respondenten voor de vragenlijst voor cliënten in behandeling is te verklaren door het hoge percentage cliënten dat nooit is gestart met de behandeling of voortijdig is afgehaakt (60.9%) en dus niet meer inloggen in de portal. Daarnaast was ook het aantal beschikbare cliënten relatief laag (N=20).

Uit de literatuur is gebleken dat risico- en probleemgokkers over het algemeen hoger scoren op impulsiviteitschalen dan controlegroepen. Zo vonden Wohl, Matheson, Young & Anisman (2007) een verhoogde mate van impulsiviteit bij zowel probleemgokkers als pathologische gokkers. Verdejo-García, Lawrence & Clarke (2007) hebben daarnaast gemeten of impulsiviteit een vooraf voorspellende variabele is voor het ontwikkelen van substantie gebruik stoornissen (substance use disorders). Zij hebben dit gemeten op verschillende manieren, waaronder onderzoeken onder probleemgokkers met betrekking tot de impulsiviteit. Hier vonden zij een verhoogde impulsiviteit onder probleemgokkers. De probleemgokkers werden onderzocht omdat er bij deze groep sprake is van een verslaving, maar niet van de inname van substanties zoals alcohol of drugs die de hersenstructuren kunnen beïnvloeden. Hierbij werd wel de kanttekening gemaakt dat de hersenstructuren ook kunnen worden beïnvloed door psychologische processen, zoals bij een gokverslaving. Uit onderzoek van Lightsey & Hulse (2002) bleek dat impulsiviteit een significante, verklarende variabele was voor de variantie in gokken. Ook Rugle & Melamed (1993) vonden bewijzen voor verhoogde impulsiviteit in de geschiedenis van individuen die pathologisch gokgedrag hadden ontwikkeld. Nower, Derevensky & Gupta (2004) toonden in hun onderzoek aan dat substantiegebruik, omgaan met situaties door middel van afleiding en impulsiviteit voorspellende variabelen waren voor gokstoornissen bij mannen. Ledgerwood, Alessi, Phoenix & Petry (2009) vonden daarnaast dat probleemgokkers handelden naar het moment, moeite hadden met plannen en zorgvuldig nadenken en meer problemen hadden om zich te concentreren in vergelijking met een controlegroep. Ten slotte vond Clarke (2006) dat impulsiviteit functioneerde als een volledige mediërende variabele tussen depressie en probleemgokken. De verhoogde impulsiviteit is een mogelijke verklaring voor het relatief hoge aantal respondenten dat de vragenlijst niet of onvolledig heeft ingevuld en wellicht ook voor het aanzienlijke percentage cliënten dat nooit is begonnen met de behandeling of voortijdig is afgehaakt, omdat hun beslissingen wellicht zijn gebaseerd op impulsiviteit. Daarnaast kenmerken de cliënten in behandeling zich door het onregelmatig inloggen en voltooiën van de opdrachten.

Hoewel het huidige onderzoek de vraag trachtte te beantwoorden hoe de risico- en probleemgokkers kunnen worden bereikt, was dit tegelijkertijd een valkuil voor het onderzoek.

Daarom heeft het onderzoek uiteindelijk ook gediend als een manier om verschillende methoden van werving te toetsen. Hoewel het niet met zekerheid kan worden vastgesteld, lijken het werven via een link op gokgerelateerde websites en de samenwerking met het Holland Casino effectieve methoden te zijn om de doelgroep te bereiken. Via het Holland Casino zijn, met de in dit onderzoek toegepaste wervingsmethoden, alleen recreatieve gokkers geworven. Met een andere wervingsmethode, zoals het bijwonen van gesprekken met bezoekers die risicogedrag vertonen, zou het Holland Casino echter een zeer geschikte plek kunnen zijn om de doelgroep te bereiken.

Ten slotte zijn eventuele taalbarrières een mogelijke verklaring voor het relatief lage aantal respondenten. Naar aanleiding van de bezoeken aan het Holland Casino tijdens de wervingsperiode kon door middel van observatie en het persoonlijk aanspreken van de bezoekers van het Holland Casino worden opgemaakt dat een groot aantal de Nederlandse taal niet machtig is. Hierbij viel op dat deze groep bezoekers met name bestond uit mensen van Duitse en Aziatische afkomst.

7.4.2 Resultaten in het licht van de literatuur

Allereerst valt op dat de DSM-IV gokschaal niet uit één factor bestond, zoals uit eerder onderzoek is gebleken (Stinchfield et al., 2005), maar uit twee factoren (item 1 t/m 7 en item 8, 9 en 10). Er werd echter geen duidelijk onderscheid tussen de twee factoren gevonden. Zo leek er een onderscheid te bestaan tussen de 1^e factor en de 2^e factor met betrekking tot de gokker zelf (1^e factor) en de omgeving van de gokker (2^e factor) of met betrekking tot de ernst van de items waarbij item 1 t/m 7 als minder ernstig werd gezien en item 8, 9 en 10 als ernstiger. Voor beide mogelijkheden geldt echter dat het 7^e item ('heb je tegen familieleden, vrienden of anderen gelogen om je gokken voor hen te verbergen?') beter zou passen bij factor 2 dan bij factor 1, maar alleen laadt op factor 1. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de respondenten het liegen tegen familie, vrienden of anderen op zichzelf betrekken of zien als een minder ernstig item. Dit lijkt echter niet erg plausibel en daarom kan er op dit moment geen duidelijke verklaring worden gegeven voor de twee gevonden factoren.

Een tekortkoming van het onderzoek is de enigszins lage betrouwbaarheid van de Precontemplatie subschaal uit de RCQ-D schaal ($\alpha = .60$) in tegenstelling tot de alpha gemeten in ander onderzoek ($\alpha = 0.83$) (De Fuentes-Merillas et al. 2002). Dit heeft wellicht te maken met het feit dat slechts één respondent zich in de Precontemplatie fase bevond en de spreiding daardoor te scheef was. Hierdoor was de Precontemplatie subschaal wellicht niet te meten.

Opvallend is daarnaast dat problematische gokkers een beter overzicht over de behandeling, de mate van vrijheid en het gebrek aan face-to-face contact meer als een voordeel zien voor deelname aan de online behandeling, terwijl er bij de intentie tot het volgen van een behandeling de mate van vrijheid en het gebrek aan face-to-face contact minder als een voordeel werd gezien. Er lijkt hier op het eerste gezicht sprake te zijn van een tegenstelling, maar dit is niet het geval. Een mogelijke verklaring voor de bovenstaande verbanden is namelijk dat de zwaardere

gokkers die *nog niet bereid zijn om te veranderen* de mate van vrijheid en het gebrek aan face-to-face contact meer als voordelen zien, omdat zij zich nog verschuilen achter de anonimiteit en hun gokgedrag eigenlijk nog niet aan willen passen. De zwaardere gokkers die *wel bereid zijn hun gedrag te veranderen* denken wellicht dat een grotere mate van vrijheid en het gebrek aan face-to-face contact hen niet zal helpen bij het veranderen van hun gokgedrag, doordat er wellicht te weinig druk achter zit. In de Actie fase werd de grotere mate van vrijheid om te zeggen wat men wil namelijk minder als een voordeel gezien dan in de Contemplatie fase.

Vervolgens valt het op dat het gokprobleem vaker werd ontkend in de Actie fase, terwijl zou worden verwacht dat een grotere veranderingsbereidheid juist samenhangt met een minder frequente ontkenning van het gokprobleem. Een mogelijke verklaring is dat individuen in de Actie fase denken dat de mate van hun gokverslaving geen probleem meer vormt, omdat zij hun gokgedrag op dit moment aanpassen of hun gokproblemen al hebben overwonnen.

Daarnaast is het typisch dat de bereidheid tot verandering slechts 0.6% van de verklaarde variantie bepaalde van de intentie voor het volgen van een behandeling voor het gokgedrag. Verwacht wordt namelijk dat de gokkers een hogere intentie hebben om een behandeling voor hun gokgedrag te volgen, naarmate zij meer bereid zijn om hun gokgedrag te veranderen. De verklaarde variantie is echter niet significant en daardoor niet betrouwbaar. Een mogelijke verklaring wordt gegeven door Ajzen, Albarracín & Hornik (2007) die stellen dat de intentie alleen een goede voorspeller is van het gedrag wanneer het individu *totale controle* heeft over de te maken beslissing of het gedrag. Wanneer het gedrag geen beslissing is als gevolg van gebrek aan controle over het gedrag, dan is de intentie (attitude en subjectieve norm) niet voldoende om het gedrag te kunnen voorspellen. Aangezien de risico- en probleemgokkers uit dit onderzoek te maken hebben met een gedragsstoornis en specifiek met een controlestoornis, lijkt het aannemelijk om te veronderstellen dat zij geen totale controle hebben over hun gedrag in relatie met gokken.

Uit de citaten van de respondenten bleek dat anonimiteit een grote rol speelt bij het aanmelden voor een behandeling voor het gokgedrag. De respondenten willen hun problemen graag verborgen houden voor de buitenwereld. Gezien de barrières die genoemd zijn, lijkt dit te maken te hebben met schaamte en angst om te falen. Ook uit de literatuur is gebleken dat schaamte en angst om te falen een belangrijke rol spelen als barrières bij het zoeken naar hulp (Clarke et al., 2007; Rockloff & Schofield, 2004; Pulford 2009a). Daarnaast noemen verschillende onderzoeken ook het bestaande stigma in de maatschappij over gokverslaving en de onzekerheid van de probleemgokkers (Clarke et al., 2007; Rockloff & Schofield, 2004; Pulford 2009a). Deze barrières kunnen een versterkende invloed hebben op het gevoel van schaamte en de angst om te falen. Zoals eerder al is genoemd lijkt het daarom van belang om meer aandacht te besteden aan de zelfeffectiviteit van de probleemgokkers ten aanzien van sociale steun bij hun verslaving. Volgens Clarke et al. (2007) kunnen deze barrières worden weggenomen door meer steun vanuit het sociale netwerk, zoals partners en werknemerondersteuning, met als gevolg dat

de probleemgokkers gemotiveerder zijn om hulp te zoeken en zich minder schamen voor hun probleem. Ook Eysenbach (2008) noemt het belang van sociale netwerken.

Het is realistisch dat naarmate de gokverslaving ernstiger werd, er meer onzekerheid bestond over de effectiviteit van een behandeling. Zwaardere gokkers hebben dus meer behoefte aan feiten over de effectiviteit van een behandeling om de stap naar het aanmelden te durven zetten. De grotere behoefte aan feiten over de effectiviteit kan echter ook Daarnaast geldt ook dat naarmate de veranderingbereidheid groter was, er minder sprake was van onzekerheid, angst om te falen en schaamte. De zelfeffectiviteit van problematische gokkers ten aanzien van het volgen van een (internet)behandeling lijkt dus een rol te spelen bij de intentie voor het volgen van een behandeling voor het gokgedrag. Daarnaast valt het op dat de cliënten in behandeling aangeven niet te hebben getwijfeld vóór zij zich aanmeldde voor de internetbehandeling. Dit heeft wellicht te maken met de hierboven genoemde zelfeffectiviteit, maar de eerder genoemde verhoogde impulsiviteit onder risico- en probleemgokkers zou hier ook een rol kunnen spelen.

7.5 Bediscussiëring van de methoden

Een sterk punt van het onderzoek is dat er verschillende onderzoeksmethoden zijn gecombineerd, waardoor verschillende databronnen zijn aangeboord en dit heeft geleid tot inzichten vanuit verschillende standpunten.

Er is gebruik gemaakt van twee soorten meetinstrumenten, namelijk de vragenlijsten en de interviews. De vragenlijst bleek een goed instrument te zijn voor het bevragen van een groot aantal verschillende onderwerpen, zoals de intentie voor het volgen van een behandeling en de manieren om problematische gokkers te bereiken. De informatie verkregen uit de vragenlijsten bleek voor sommige constructen echter te oppervlakkig te zijn, zoals de usability van de internetbehandeling. De resultaten geven een indicatie van zwakke en sterke punten in de internetbehandeling, maar het werd niet altijd duidelijk waarom de respondenten de onderdelen uit de behandeling als goed of niet goed beoordeelden. Een gebruikerstest, waarbij de respondent een aantal taken hardopdenkend moet uitvoeren aan de hand van de website, zou geschikter zijn om de usability van de internetbehandeling te kunnen testen, omdat deze methode meer mogelijkheden voor diepgang biedt. Het telefonische interview bleek een geschikt instrument om de relatief oppervlakkige informatie uit de vragenlijsten verder te bevragen en zo meer diepgang te creëren. Zo hebben de interviews bruikbare informatie opgeleverd voor de verbetering van de internetbehandeling m.b.t. de usability en de voor- en nadelen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling, zodat er concretere aanbevelingen konden worden geformuleerd. Doordat er slechts twee interviews zijn afgenomen heeft deze methode echter niet tot de verdieping geleid zoals deze van tevoren bedoeld was. Als gevolg hiervan komt de toegevoegde waarde van het internet als medium, in vergelijking met de face-to-face behandeling, minder duidelijk naar voren. De interviews hadden daarom uiteindelijk

meer een aanvullende functie op de informatie verkregen uit de vragenlijsten, in plaats van een verdiepende functie.

Een tekortkoming van het onderzoek was dat de vraagstelling van sommige items uit de vragenlijsten het moeilijker maakte om conclusies te kunnen trekken. Voorbeelden hiervan uit de vragenlijst voor cliënten in behandeling zijn: 'ik vind dat de internetbehandeling er over het algemeen goed uitziet', 'ik vind dat de internetbehandeling mij de mogelijkheden biedt om mijn gokgedrag te veranderen' en de vraag of de cliënten de internetbehandeling zouden aanbevelen aan anderen die overmatig gokken. Doordat de internetbehandeling als dusdanig is geformuleerd werd het niet duidelijk of de respondenten antwoordden op de inhoud van de behandeling of op het internet als medium. Ook de rol van het internet kwam hierdoor niet duidelijk naar voren. Het zou daarom beter zijn geweest om een duidelijker onderscheid te maken tussen de inhoud van de behandeling en de rol van het internet als medium. Daarnaast bleek ook dat het volgende item niet voldoende duidelijk maakte wat er werd gemeten: 'ik vind het geen goede vervanging van de face-to-face behandeling'. Uit de formulering van het item werd niet duidelijk dat hier de algemene attitude werd gemeten in plaats van de mening over de effectiviteit van de internetbehandeling ten opzichte van een face-to-face behandeling. De stelling 'ik ben niet gemotiveerd om er met anderen over te praten buiten het internet om' had beter kunnen worden geformuleerd als: 'ik *word* niet gemotiveerd om er met anderen te praten buiten het internet om'. Ten slotte is niet duidelijk naar voren gekomen welke barrières voor het aanmelden voor een behandeling specifiek gelden voor de internetbehandeling, omdat de barrières zowel van toepassingen zijn op internetbehandelingen als op face-to-face behandelingen.

Voor de respondentenwerving is gebruik gemaakt van de RDS-methode. Deze methode heeft echter tot niets geleid. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de risico- en probleemgokkers geen geschikte doelgroep zijn. Wejnert & Heckathorn (2007) stelden namelijk een aantal voorwaarden om de wervingssnelheid te vergroten. Ten eerste moeten de respondenten divers zijn met betrekking tot demografische factoren zoals geslacht, etniciteit, religie, sociale status, leeftijd en geografische spreiding, met het idee dat de meeste sociale banden worden gevormd op basis van geografische nabijheid. Aangezien schaamte en angst voor de mening van anderen zowel in de literatuur als in dit onderzoek belangrijke barrières zijn gebleken bij het zoeken naar hulp, lijkt het onwaarschijnlijk dat er sociale banden zullen ontstaan tussen risico- en probleemgokkers. Daarnaast gokken veel problematische gokkers via het internet en dit is geen sociale bezigheid, maar kenmerkt zich door een hoge individualiteit en anonimiteit en dit belemmert het leggen van sociale contacten tussen de leden van de doelgroep. Onder de cliënten in behandeling is echter wel een behoefte aan lotgenotencontact gebleken. Wellicht geldt hier dat probleemgokkers die *bereid zijn te veranderen* behoefte hebben om hun gedachten en gevoel te delen met anderen, terwijl probleemgokkers die *(nog) niet bereid zijn te veranderen* nog teveel worden tegengehouden door schaamte en angst. Bij de selectie van de informanten voor de RDS-methode in dit onderzoek is geen rekening gehouden met

demografische variabelen, omdat een dergelijke selectie het aantal respondenten teveel zou verkleinen en de kans van slagen van deze methode zou verlagen.

7.6 Suggesties voor vervolgonderzoek

Naar aanleiding van de resultaten en de zwakke punten uit het onderzoek worden er in deze paragraaf enkele suggesties gedaan voor vervolgonderzoek. Het gaat hierbij met name om verwachtingen en interessante onderwerpen voor vervolgonderzoek.

Ten eerste zou de usability van de internetbehandeling beter moeten worden onderzocht door middel van gebruikerstesten, zodat het duidelijker wordt waarom enkele onderdelen van de internetbehandeling, zoals het gokschrift, minder goed worden beoordeeld en hoe deze verbeterd zouden kunnen worden om het gebruik te verbeteren en het aantal drop-outs te verlagen. Enkele voorbeelden van items uit de vragenlijst die minder goed werden beoordeeld en waarop een gebruikerstest zich zou kunnen richten zijn:

- 'Ik vind dat de titels van de klikbare elementen duidelijk maken welke informatie ik er kan vinden.'
- 'Ik vind de manier waarop het gokschrift ingevuld moet worden duidelijk.'
- 'Ik vind het invullen van het gokschrift via internet lastig.'
- 'Ik vind de invulmethode van het gokschrift prettig om te gebruiken.'
- 'Ik vind het gemakkelijk om de ontvangen berichten te beantwoorden.'

Daarnaast is het interessant om de impulsiviteit van de cliënten in behandeling mee te nemen in een volgend onderzoek. Op dit moment zijn hierover geen gegevens bekend en daarom kunnen er, met behulp van de literatuur, alleen veronderstellingen worden gedaan over de invloed van impulsiviteit op de intentie voor het aanmelden voor een behandeling en de hoge drop-out percentages in de internetbehandeling.

Vervolgens is het ook interessant om de zelfeffectiviteit van de cliënten in behandeling, maar ook de zelfeffectiviteit van de risico- en probleemgokkers die nog niet in behandeling zijn te onderzoeken ten opzichte van het volgen van een (internet)behandeling. In dit onderzoek is dit construct echter buiten beschouwing gelaten, omdat vanwege de omvang van het onderzoek niet alles kon worden meegenomen en omdat de mate van zelfeffectiviteit in de eerste instantie niet leek te passen bij de theorieën. Uit het onderzoek is echter gebleken dat de zelfeffectiviteit een rol lijkt te spelen bij de intentie voor het aanmelden voor een behandeling, wat mee had kunnen worden genomen onder de ontvanger kenmerken van de 'Diffusion of Innovations' theorie.

Uit de literatuur is gebleken dat genetische aanleg van invloed is op de ontwikkeling van problematisch gokgedrag (Ibáñez et al., 2003; Lobo & Kennedy, 2009; Winters & Rich, 1998). Aangezien de mate van gokverslaving samenhangt met de intentie voor het volgen van een behandeling is het interessant om te onderzoeken of er wellicht een indirecte relatie bestaat tussen de genetische aanleg en de intentie om een behandeling voor het gokgedrag te volgen.

In het vervolgonderzoek moet de sociale factor en de dynamische omgeving waarin een individu zich bevindt mee worden genomen in het onderzoeksmodel. Een model dat hiervoor als basis zou kunnen dienen is 'medicine 2.0', (Eysenbach, 2008). Hierin wordt het belang van sociale netwerken benadrukt bij het gebruik van webgebaseerde services voor gezondheidszorgconsumenten, zorgverleners, patiënten, gezondheidsprofessionals en biomedische onderzoekers, die de applicatie gebruiken om sociale netwerken, deelname, apomediatie (informatie inwinnen met behulp van mensen of toepassingen), samenwerking en openheid te bewerkstelligen en te faciliteren tussen en binnen deze gebruikersgroepen. Binnen dit model is er ruimte voor het modelleren van relaties tussen actoren.

Het aantal cliënten in behandeling in het eerste jaar na de lancering van www.alcoholdebaas.nl, een internetbehandeling voor individuen met een alcoholverslaving, bedroeg 515, terwijl dat er voor gokkendebaas.nl slechts 41 zijn (Tactus Verslavingszorg, 2007). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de internetbehandelingen die door Tactus Verslavingszorg worden aangeboden, allemaal zijn gebaseerd op hetzelfde concept. Dit kan voordelen hebben met betrekking tot consistentie en herkenbaarheid, maar één concept voor de behandeling van verschillende soorten verslavingen kan ook nadelen hebben. Doordat het aanbod van internetbehandelingen voor verschillende verslavingen steeds verder wordt uitgebreid, is er ook in toenemende mate sprake van verschillende doelgroepen. Niet iedere doelgroep is hetzelfde en daardoor is een andere aanpak voor de ene doelgroep wellicht geschikter dan voor de andere doelgroep, dit wordt 'tailoring' of 'targeting' genoemd. Dit is het proces waarin een specifieke, gedragsgerichte communicatie of interventie wordt ontwikkeld, gebaseerd op de karakteristieken van de doelgroep of individuen uit de doelgroep (Campbell & Quintiliani, 2006). Campbell & Quintiliani (2006) vonden in hun review van de literatuur een positief effect van tailoring op het onthouden van de boodschap, het grondiger lezen van de boodschap en de attitude over de relevantie van de boodschap in vergelijking met boodschappen die geen gebruik maakten van tailoring. Ook Noar, Benac & Harris (2007) vonden dat boodschappen die gebruik maken van tailoring een positiever effect hadden op het beïnvloeden van gezondheidsgedrag dan boodschappen die dat niet deden. Hierbij waren een aantal variabelen van belang: het type gezondheidsgedrag, de doelpopulatie, het aantal contactmomenten tijdens de interventie, de lengte van de follow-up, het aantal en type theoretische concepten en of de demografische kenmerken en/of gedrag gebruik maakten van tailoring. Halder, Tiro, Glassman, Rakowski, Fernandez, Perez et al. (2008) geven aan dat de tailoring gebaseerd moet zijn op een theoretisch kader en verfijnd moet worden door het testen in de doelpopulatie. Uit het huidige onderzoek is gebleken dat de problematische gokkers die bereid zijn hun gedrag te veranderen, het gebrek aan face-to-face contact en de mate van vrijheid, wat typische kenmerken zijn voor de internetbehandeling, meer als nadelen te zien. Een gokverslaving verschilt daarnaast van andere vormen van verslaving, zoals alcohol of cannabisverslaving, omdat er geen sprake is van middelenafhankelijkheid. Wellicht is het daarom

nodig om het concept waarop de internetbehandelingen zijn gebaseerd, meer toe te spitsen op de specifieke doelgroep waarvoor deze bedoeld is. Een onderzoek naar het 'concept internetbehandeling' voor verschillende doelgroepen lijkt daarom interessant en nuttig om meer aan te kunnen sluiten op de behoeften van de doelgroep.

8. AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen aan Tactus Verslavingszorg gedaan om risico- en probleemgokkers beter te bereiken, de internetbehandeling te verbeteren en de intentie van de doelgroep om zich aan te melden voor een behandeling te vergroten.

8.1 Aanbevelingen voor beter bereik van de doelgroep en grotere bekendheid

De aanbevelingen ten aanzien van de manieren waarop de doelgroep kan worden bereikt en de bekendheid van www.gokkendebaas.nl onder de doelgroep kan worden vergroot zijn:

1. De bekendheid van www.gokkendebaas.nl onder de doelgroep vergroten door middel van het internet omdat dit de belangrijkste bron van informatie is gebleken. Zoals is gebleken uit het onderzoek is de bekendheid met GdB onder de doelgroep erg laag. Enkele manieren om de bekendheid van GdB via het internet te vergroten zijn: door middel van banners of pop-ups op gokgerelateerde websites, zoals online casino's of fora of met behulp van Google Adwords.
2. De bekendheid van www.gokkendebaas.nl onder de doelgroep vergroten door meer reclame voor de website te maken via de televisie. In deze reclame moet de nadruk worden gelegd op de hulp bij het minderen of stoppen met gokken, de werkwijze en het doel van www.gokkendebaas.nl. Daarnaast moeten de anonieme en kostenloze behandeling, het zelf kunnen bepalen van plaats, tijd en tempo, de positieve gevolgen van de internetbehandeling en het waarschuwen van de doelgroep voor de verleiding van het gokken worden benadrukt.
3. De bekendheid van www.gokkendebaas.nl onder de doelgroep vergroten door een samenwerking aan te gaan met fysieke en virtuele gokgelegenheden, zoals het Holland Casino en online casino's. Bijvoorbeeld overeenkomsten voor het plaatsen van banners op goksites of het doorverwijzen van risico- en probleemgokkers naar www.gokkendebaas.nl.
4. De bekendheid van www.gokkendebaas.nl vergroten door meer aandacht te besteden aan het bereiken van de omgeving van de risico- en probleemgokkers, zoals partners, andere familieleden, vrienden en werkgevers en hen bewust te maken van het probleem en de kenmerken van een gokverslaving. Dit kan op alle plaatsen waar veel mensen komen zoals scholen en buurthuizen of op straat door middel van billboards en posters.
5. De nu nog 'onzichtbare' groep risico- en probleemgokkers bereiken via het Holland Casino, amusementscentra zoals gok- en speelhallen, via goksites op het internet en via folders of posters in de wachtkamer van de huisarts of andere relevante zorginstellingen (ziekenhuizen of verslavingsklinieken).
6. De nu nog 'onzichtbare' groep risico- en probleemgokkers bereiken via 'anonieme' media, waarbij de probleemgokker de boodschap onopvallend kan lezen. Voorbeelden specifiek aangegeven door probleemgokkers zijn: tijdschriften, e-mail, sms en post aan huis. Andere

7. Het forumgebruik stimuleren door een grotere bekendheid te genereren (zie bovenstaande mogelijkheden). Respondenten hebben aangegeven behoefte te hebben aan het lezen van ervaringen van cliënten op de website www.gokkendebaas.nl, zodat zij zich kunnen identificeren met de cliënten en overtuigd worden van de effectiviteit van de internetbehandeling. Het forum is hiervoor erg geschikt. Daarnaast zou het contact met lotgenoten ook gedeeltelijk het vrijblijvende karakter van de internetbehandeling kunnen compenseren, doordat er bij intensief forumgebruik banden kunnen ontstaan tussen de forumgebruikers wat kan leiden tot sociale controle. Peers of lotgenoten kunnen bovendien optreden als ervaringsdeskundigen, wellicht in de vorm van een chatsessie via de internetbehandeling.
8. Cliënten die de internetbehandeling volgen of hebben afgerond kunnen optreden als vertegenwoordigers van de internetbehandeling in de media, al dan niet met behoud van anonimiteit. Door het openbaar maken van cliëntenervaringen kunnen kan de doelgroep die nog twijfelt over de streep worden getrokken.

8.2 Aanbevelingen voor verbetering van de internetbehandeling

De aanbevelingen ten aanzien van de verbetering van de usability van de internetbehandeling zijn:

1. Een gebruikerstest (laten) uitvoeren naar de usability van met name het gokschrift en deze naar aanleiding hiervan herzien. De helft van de cliënten in behandeling ervaart de invulmethode van het gokschrift namelijk als lastig en onprettig.
2. De mogelijkheid bieden om een toelichting te geven in het gokschrift, ongeacht de behoefte aan gokken of daadwerkelijk gokken.
3. De mogelijkheid bieden om de tijden waarop er wordt gedacht aan gokken of daadwerkelijk gokken gedetailleerder aan te geven in het gokschrift.
4. Onderzoeken welke alternatieven er zijn voor het invullen van het gokschrift via de computer, bijvoorbeeld het invullen via mobiele telefonie, zodat de cliënt niet per se een computer nodig heeft voor het invullen van het gokschrift.
5. Evalueren of en waarom de klikbare elementen in de internetbehandeling niet altijd duidelijk aangeven welke informatie zij bevatten.
6. Op de website aangeven welke webbrowsers *niet* door de internetbehandeling worden ondersteund.
7. Het forumgebruik stimuleren door een grotere bekendheid te genereren (zie bovenstaande mogelijkheden). Cliënten hebben aangegeven behoefte te hebben aan het lezen van ervaringen van lotgenoten, zodat zij hier steun en motivatie uit kunnen putten.

8. Het activeren van de chat functie met de hulpverlener. Korte sessies van een half uur kunnen een goede aanvulling zijn op de huidige behandeling, doordat het kan bijdragen aan een snellere en wellicht persoonlijker communicatie.
9. Meer tussenopdrachten ontwikkelen of beschikbaar stellen voor cliënten die behoefte hebben aan een langere behandeling. Hiervoor moet eerst worden onderzocht of en welke onderdelen 'te snel' gaan. Dit kan voor iedere cliënt verschillende zijn.

8.3 Aanbevelingen om het aantal aanmeldingen te verhogen

De aanbevelingen ten aanzien van de intentie voor het volgen van een (internet)behandeling zijn:

1. Een alternatief zoeken voor het verstrekken van persoonlijke gegevens aan een zorgverzekeraar. Voor een meerderheid van de respondenten bleek dit namelijk een barrière te zijn voor het aanmelden voor een (internet)behandeling. Een andere mogelijkheid is door de potentiële cliënten ervan te overtuigen dat de gegevens vertrouwelijk worden behandeld door middel van het publiceren van cliëntervaringen op de website.
2. Om de ervaren barrières voor het aanmelden voor een (internet)behandeling voor het gokgedrag weg te nemen:
 - Moet er meer informatie beschikbaar worden gesteld op de website, met name over de werkwijze en de effectiviteit van de behandeling (bijvoorbeeld door middel van cijfers of cliëntervaringen).
 - Moet er worden onderzocht welke alternatieven er bestaan voor de verwijfsbrief van de huisarts, omdat dit voor enkele cliënten een reden tot twijfelen was om zich aan te melden voor de internetbehandeling.
 - Moet er praktische begeleiding, zoals financiële begeleiding, beschikbaar worden gesteld. Wanneer dit binnen het budget past, kan dit intern door Tactus Verslavingszorg worden verzorgd. Cliënten kunnen voor deze vorm van begeleiding ook worden doorverwezen naar andere professionele instanties.
 - Zouden enkele ervaringen van andere deelnemers openbaar gemaakt moeten worden, met behoud van anonimiteit.
 - Moet de omgeving van de cliënt worden gestimuleerd om de cliënt meer te steunen. Hierbij is het belangrijk om de noodzaak van steun vanuit de sociale omgeving van de risico- of probleemgokker te benadrukken.
3. Om de intentie voor aanmelding voor een (internet)behandeling voor het gokgedrag te stimuleren moet meer nadruk worden gelegd op de controle over de vorm van de internetbehandeling, zoals zelf de plaats, tijd en het tempo kunnen bepalen. Daarnaast moet de nadruk liggen op de grotere anonimiteit in vergelijking met een face-to-face behandeling.
4. Er moet speciaal aandacht worden besteed aan het verminderen van schaamte, omdat dit een belangrijke barrière is voor risico- en probleemgokkers in de Contemplatie fase bij het aanmelden voor een (internet)behandeling. Dit zou kunnen worden bewerkstelligd door

5. Stimuleren van forumgebruik door middel van het vergroten van de bekendheid op eerdergenoemde manieren.

LITERATUUR

- AGOG (2009). *Definitie van gokverslaving*. Retrieved from http://lw3.easy-site.nl/StichtingAGOG_C01/default.asp?modid=5&itemid=0&time=813 (23 maart 2009).
- Ajzen, I., Albarracín, D. & Hornik, R. (2007). *Prediction and change of health behavior*. Lawrence Erlbaum Associates Inc., New Jersey.
- Bruin, D. de, Leenders, F., Fris, M., Veeke, T. van der, Braam, R. & Wijngaart, G. van de (2001). *Vallen en opstaan, zelfhulp en terugval bij de AGOG*, Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek, Universiteit Utrecht.
- Bruin, D. de, Meijerman, C., Leenders, F. & Braam, R. (2005). *Verslingerd aan meer dan een spel*. Utrecht: WODC/CVO.
- Cain, M. & Mittman, R. (2002). *Diffusion of Innovation in Health Care*. California HealthCare Foundation.
- Campbell, M.K. & Quintiliani, L.M. (2006). Tailored interventions in public health: where does tailoring fit in interventions to reduce health disparities? *American Behavioral Scientist*, 49 (6), 775 – 793.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, 32, 751–764.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2008). *De digitale economie 2008*. Den Haag.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). *Beroepsbevolking; behaalde onderwijs naar herkomst geslacht en leeftijd*. Retrieved from: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?VW=T&DM=SLNL&PA=71822NED&D1=0-1&D2=0&D3=0&D4=0-4&D5=a&D6=0&D7=a&HD=090216-1501&HDR=T%2cG2%2cG1%2cG5%2cG6&STB=G4%2cG3> (25 oktober 2009.)
- Ciarrocchi, J & Richardson, R. (1989). Profile of compulsive gamblers in treatment: update and comparisons. *Journal of Gambling Behaviour*, 5 (1), 53-65.
- Clarke, D. (2006). Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Personality and Individual Differences*, 40, 5 – 15.
- Clarke, D., Abbot, M., DeSouza, R. & Bellringer, M. (2007). An overview of help seeking by problem gamblers and their families including barriers to and relevance of services. *International Journal Mental Health Addiction*, 5, 292 – 306.
- Cline, R.J.W. & Haynes, K.M. (2001). Consumer health information seeking on the internet: the state of the art. *Health Education Research*, 16 (6), 671 – 692.
- Costello, V. (2000). *Interactivity and the “Cyber-fan”: an exploration of audience involvement within the electronic fan culture of the internet*. Knoxville: University of Tennessee.
- Cunningham-Williams, R.M., Grucza, R.A., Cottler, L.B., Womack, S.B., Books, S.J., Przybeck,

- T.R., Spitznagel, E.L. & Cloninger, C.R. (2005). Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 377-390.
- De Fuentes-Merillas, L., Jong, C.A.J., and Schippers, G. M. (2002). Reliability and validity of the Dutch version of the Readiness to Change Questionnaire. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 93-99.
- Eighmey, J. & McCord, L. (1998). Adding Value in the Information Age: Uses and Gratifications of Sites on the World Wide Web. *Journal of Business Research*, 41 (3), 187-194.
- Elling, S.K. & Lentz, L.R. (2007). Website Evaluation Questionnaire: Development of a research-based tool for evaluating informational websites. In M.A. Wimmer & H.J. Scholl (Eds.), *Lecture Notes in Computer Science*, 293-304. Berlin: Springer.
- Evans, L. & Delfabbro, P.H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21 (2), 133-155.
- Eysenbach, G. & Jadad, A.J. (2001). Evidence-based patient choice and consumer health informatics in the internet age. *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2). Retrieved from <http://www.jmir.org/2001/2/e19/> (17 maart 2009).
- Eysenbach, G. & Köhler, C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *BMJ*, 324, 573-577. Retrieved from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7337/573?view=long&pmid=11884321> (17 maart 2009).
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation and openness. *Journal of Medical Internet Resources*, 10 (3), 1-10.
- Fotheringham, M.J., Owies, D., Leslie, E. & Owen, N. (2000). Interactive health communication in preventive medicine. *American Journal of Preventive Medicine*, 19 (2), 113-120.
- Fris, M. (1999). *Door het lot verbonden*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Glanz, K., Marcus Lewis, F. & Rimer, B.K. (1997). *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. National Institute of Health.
- Gray, N.J., Klein, J.D., Noyce, P.R., Sesselberg, T.S. & Cantrill, J.A. (2005). Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social Science & Medicine*, 60, 1467 – 1478.
- Griffiths, M. & Cooper, G. (2003). Online therapy: implications for problems gamblers and clinicians. *British Journal of Guidance & Counselling*, 31 (1), 113-135.
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P. & Thorogood, M. (2006). Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (2). Retrieved from <http://www.jmir.org/2006/2/e10/> (11 maart 2009).
- Halder, A.K., Tiro, J.A., Glassman, B., Rakowski, W., Fernandez, M.E., Perez, et. al. (2008).

- Lessons learned from developing a tailored print intervention: a guide for practitioners and researchers new to tailoring. *Health Promotion Practice*, 9 (3), 281 – 288.
- Heckathorn, D.D. (1997). Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, 44 (2), 174 – 199.
- Herzog, H. (1944). What do we really know about day-time serial listeners? *Radio Research 1942-1943*, Lazarsfeld, P.F. & Stanton, F.N., New York: Duel, Sloan and Pearce.
- Hing, N. & Breen, H. (2002). A profile of gaming machine players in clubs in Sydney, Australia. *Journal of Gambling Studies*, 18 (2), 185 – 205.
- Hodgins, D.C. (2001). Processes of changing gambling behavior. *Addictive behaviors*, 26, 121 – 128.
- Hwang, B. & He, Z. (1999). Media Uses and Acculturation among Chinese Immigrants in the USA-Uses and Gratifications Approach. *Gazette, International Journal of the Science of the Press*, 61 (1), 5-22.
- Ibáñez, A., Blanco, C., de Castro, I.P., Fernandez-Piqueras, J. & Sáiz-Ruiz, J. (2003). Genetics of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19 (1), 11 – 22.
- Jonge, J.M. de, Schaap, C.P. & Schippers, G.M. (2002). Motivatie voor verandering: een Nederlandse vertaling van de University of Rhode Island Change Assessment (URICA-NL). *Diagnostiekwijzer*, 5 (3), 114 – 122.
- Källmén, H., Andersson, P. & Andren, A. (2008). Are irrational beliefs and depressive mood more common among problem gamblers than non-gamblers? A survey study of Swedish problem gamblers and controls. *Journal of Gambling Studies*, 24, 441-450.
- Kaye, B.K. & Johnson, T.J. (2002). Online and in the Know: Uses and Gratifications of the Web for Political Information. *Journal of Broadcasting and Electronic Media* 46 (1), 54-71.
- Kessler, R.C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N.A., Winters, K.C. & Shaffer, H.J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the national comorbidity survey replication. *Psychological medicine*, 38, 1351-1360.
- Klapper, J.T. (1963). Mass Communication Research: an old road resurveyed. *Public Opinion Quarterly*, 27, 515-527.
- LADIS (2009). *Kerncijfers verslavingszorg 2007; tabellenboek*. Retrieved from <http://www.sivz.nl/content/execute.php?dir=152&taal=1> (9 maart 2009).
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Jean-Pierre V. van de, Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 901-909.
- LaPlante, D.A., Nelson, S.E., LaBrie, R.A. & Shaffer, H.J. (2006). Men & women playing games: gender and the gambling preferences of Iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies*, 22 (1), 65 – 80.
- Ledgerwood, D.M., Alessi, S.M., Phoenix, N. & Petry, M. (2009). Behavioral assessment of

- impulsivity in pathological gamblers with and without substance use disorder histories versus healthy controls. *Drug and Alcohol Dependence*, 105, 89 – 96.
- Leung, L. (2003). Impacts of Net-generation attributes, seductive properties of the Internet, and gratifications-obtained on Internet use. *Telematics and Informatics*, 20 (2), 107-129.
- Leavitt, M.O. & Shneiderman, B. (2006). *Research-based web design & usability guidelines*. In Background and Methodology. U.S. department of health and Human Services. Washington.
- Lightsey, O.R. & Hulse, C.D. (2002). Impulsivity, coping stress and problem gambling among University students. *Journal of Counseling Psychology*, 49 (2), 202 – 211.
- Lin, C.A. (2002). Perceived gratifications of online media service use among potential users. *Telematics and Informatics*, 19 (1), 3-19.
- Lobo, D.S.S. & Kennedy, J.K. (2009). Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. *Society for the Study of Addiction*, 104, 1454 – 1465.
- Mains, J. A., & Scogin, F. R. (2003). The effectiveness of self-administered treatments: A practice-friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 237-246.
- McBride, J. & Derevensky, J. (2008). Internet gambling behavior in a sample of online gamblers. *International Journal of Mental Health Addiction*, 7, 149-167.
- Mohr, D.C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W., et al. (1990). Identification of patients at risk for non-response and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 58, 622-628.
- Morahan-Martin, J. & Anderson, C.D. (2000). Information and misinformation online: recommendations for facilitating accurate mental health information retrieval and evaluation. *Cyber Psychology & Behavior*, 3 (5), 731-746.
- Nielsen, J. (1993). *Usability Engineering*, Morgan Kaufmann, San Francisco.
- Noar, S.M., Benac, C.N. & Harris, M.S. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133 (4), 673 – 693.
- Norris, C.E. & Colman, A.M. (1992). Context Effects on Recall and Recognition of Magazine Advertisements. *Journal of Advertising*, 21 (3), 37-46.
- Nower, L., Derevensky, J.L. & Gupta, R. (2004). The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (1), 49 – 55.
- Pantalon, M.V., Nich, C., Frankforter, T. & Carroll, K.M. (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behavior*, 16 (4), 299 – 307.
- Petry, N.M. (2005). Stages of change in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 312 – 322.

- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986). *The Elaboration Likelihood Model of persuasion*. New York: Academic Press..
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbot, M., Clarke, D., Hodgins, D. & Williams, J. (2009a). Barriers to help-seeking for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25, 33 – 48.
- Pulford, J., Bellringer, M., Abbot, M., Clarke, D., Hodgins, D. & Williams, J. (2009b). Reasons for seeking help for a gambling problem: the experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25, 19-32.
- Prochaska, J.O. & DiClemente C.C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Prochaska, J.O. (2008) Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Medical Decision Making*, 28, 845 – 849.
- Raylu, N., Oei, T.P.S. & Loo, J. (2008). The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. *Clinical Psychology Review*, 28, 1372 – 1385.
- Rubin, A. M. (1994). Media Uses and Effects: A Uses-and-Gratifications Perspective. *Media Effects: Advances in Theory and Research*, Jennings Bryant and Dolf Zillmann, eds., Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer J. & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health: high tech, high touch, high trust*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Robertson, T.S. (1973). *Consumentengedrag*. Antwerpen: Het Spectrum.
- Rockloff, M.J. & Schofield, G. (2004). Factor analysis of barriers to treatment for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20 (2), 121–126.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations (4th edition)*. The Free Press, New York.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. & Hall, W. (1992). Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87, 743 – 754.
- Rosengren, K. E. (1974). Uses and gratifications: A paradigm outlined. In Blumler, J. G., and Katz, E. (eds.), *The Uses of Mass Communications: Current Perspectives on Gratifications Research*. Sage, Beverly Hills, CA.
- Ruggiero, T.E. (2000). Uses and Gratifications in the 21st Century. *Mass Communication & Society*, 3 (1), 3-37.
- Scogin, F., Floyd, M., Jamison, C., Ackerson, J., Landreville, P., & Bissonnette, L. (1996). Negative outcomes: What is the evidence on self-administered treatments? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 1086–1089.
- Scott. S.D., Plotnikoff, R.C., Karunamuni, N, Bize, R. & Rodgers, W. (2008). Factors

- influencing the adoption of an innovation: an examination of the uptake of the Canadian Heart Health Kit (HHK). *Implementation Science*, 41 (3), 1 – 8.
- Shaffer, H.J., Hall, M.N. & Vander Bilt J. (1997). *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Meta-analysis*. Boston, Mass: President and Fellows of Harvard College.
- Starker, S. (1988). Psychologists and self-help books: attitudes and prescriptive practices of clinicians. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 448 – 455.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27 (1), 1 – 19.
- Stinchfield, R., Govoni, R., & Frisch, R. G. (2005). DSM-IV Diagnostic Criteria for Pathological Gambling: Reliability, Validity, and Classification Accuracy. *American Journal on Addictions*, 14, 73–82.
- Swanson, D.R. (1987). Online search for logically-related non-iterative medical literatures: a systematic trial-and-error strategy. *Journal of the American Society for Information Science*, 40 (5), 356-358.
- Tactive (2009). *www.gokkendebaas.nl*. Retrieved from <http://www.gokkendebaas.nl/default.aspx> (10 maart 2009).
- Tactus Verslavingszorg. (2007). *Ontwikkeling Alcoholdebaas.nl internetbehandeling*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Verdejo-García, A., Lawrence, A.J. & Clarke, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 777 – 810.
- Verheijden, M., Bakx, J. C., Akkermans, R., Van den Hoogen, H., Godwin, N. M., Rosser, W., et al. (2004). Web-based targeted nutrition counselling and social support for patients at increased cardiovascular risk in general practice: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), 1 – 11.
- Wejnert, C. & Heckathorn, D.D. (2007). Web-based network sampling: efficiency and efficacy of respondent-driven sampling for online research. *Sociological Methods Research*, 37(1), 105 – 134.
- Wiebe, J.M.D. & Cox, B.J. (2001). A profile of Canadian adults seeking treatment for gambling problems and comparisons with adults entering an alcohol treatment program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 418 – 421.
- Williams, F., Philips, A. F. & Lum, P (1987). Extensions of Gratification Theory. In Williams, F. (Ed.), *Technology and Communication Behavior*, Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Winters, K.C. & Rich, T. (1998). A twin study of adult gambling behaviour. *Journal of Gambling Behavior*, 14 (3), 213 – 225.

- Witmer, D.F. & Taweesuk, C. (1998). Why business people use the world wide web. An application of Uses and Gratifications Theory. *Proceedings Cultural Attitudes Towards Communication and Technology '98, University of Sydney, Australia*, 289-316.
- Wohl, M.J.A., Matheson, K., Young, M.M. & Anisman, H. (2008). Cortisol rise following awakening among problem gamblers: dissociation from comorbid symptoms of depression and impulsivity. *Journal of Gambling Studies*, 24, 79 – 90.
- www.dokterdokter.nl (2009). *Gokverslaving*. Retrieved from:
<http://www.dokterdokter.nl/medisch/begrippen/view/id/16836/gokverslaving> (23 maart 2009).
- www.gokhulpverlening.nl (2009). *Lichamelijke klachten. Psychische klachten*. Retrieved from:
<http://www.gokhulpverlening.nl/verslaving.html> (23 maart 2009).

BIJLAGEN

- Bijlage 1 Sitemap
- Bijlage 2 Vragenlijst voor cliënten in behandeling
- Bijlage 3 Vragenlijst voor websitebezoekers en niet-bezoekers GdB
- Bijlage 4 DSM-IV gokschaal
- Bijlage 5 Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D)
- Bijlage 6 Interviewopzet
- Bijlage 7 Overzicht van onderzoeksvragen, doelgroepen, methoden en respondentenwerving
- Bijlage 8 Correlatietabellen uit hoofdstuk 4
- Bijlage 9 Correlatietabellen uit hoofdstuk 5
- Bijlage 10 Correlatietabellen uit hoofdstuk 6
- Bijlage 11 De informatie (boodschap) voor problematische gokkers
- Bijlage 12 De beste manier is om GdB onder de aandacht van de doelgroep te brengen
- Bijlage 13 Usability van de internetbehandeling
- Bijlage 14 Figuren van het gokschrift en momentbeschrijvingen
- Bijlage 15 Antwoorden op de stellingen over voordelen
- Bijlage 16 Antwoorden op de stellingen over nadelen
- Bijlage 17 Antwoorden op de stellingen over barrières
- Bijlage 18 Onderzoeksmodel voor de website www.gokkendebaas.nl
- Bijlage 19 Onderzoeksmodel voor de internetbehandeling Gokkendebaas.nl

Bijlage 1 Sitemap

Internetbehandeling

- Info deelnemers
- Info professionals
- Demo behandeling

Stoppen, minderen?

- Hoeveel is veel?
- Afleren gewoonte
- Wat ga ik doen?
- Stoppen als...
- Zin in gokken
- Ontwenning
- Goktest

U en gokken

- Geld
- Schulden
- Psychisch
- Verslaafd
- Sociaal
- Lichamelijk

En zij dan?

- Ervaringen
- Anderen zeggen
- Forum
- Mensen om u heen
- Uw partner
- Uw kinderen

Forum

- Wat en voor wie?
- Spelregels
- Naar het forum
- Disclaimer

Feiten

- Wat zegt de wet?
- De gokkast
- Gokken op internet
- Spelletje?

- Geschiedenis
- Financieel gezond

Andere hulp

- Hulp en informatie
- Test uzelf
- Medicijnen als hulp
- Forum
- Leestips
- Links
- Techniek

Over ons

- In de media
- Kwaliteit behandeling
- Onderzoek
- Medewerkers
- Klachtenregeling
- Contact

Contact

Sitemap

Colofon

Disclaimer

Privacy beleid

Bijlage 2 Vragenlijst voor cliënten in behandeling

Beste deelnemer,

Tactus Verslavingszorg is voortdurend bezig om de diverse internetbehandelingen te evalueren en te verbeteren. In het kader van onderzoek in samenwerking met de Universiteit Twente wordt ook de internetbehandeling van Gokkendebaas.nl geëvalueerd. Deze vragenlijst is bedoeld voor de deelnemers aan de internetbehandeling Gokkendebaas.nl en bevat voornamelijk vragen over het gebruik van de behandeling via internet. Daarnaast worden enkele vragen gesteld over de website www.gokkendebaas.nl en het bereiken van mensen met een gokprobleem.

Het is tijdens het invullen van de vragenlijst van belang om een duidelijk onderscheid te maken tussen de website www.gokkendebaas.nl die voor iedereen toegankelijk is en de internetbehandeling Gokkendebaas.nl waar u met uw unieke gebruikersnaam en wachtwoord toegang toe heeft.

Het is de bedoeling dat u de vragen aandachtig leest en eerlijk beantwoordt. Het gaat hierbij alleen om uw eigen mening en dit betekent dat er geen foute antwoorden mogelijk zijn. U hoeft zich geen zorgen te maken over uw anonimiteit. In het rapport van dit onderzoek zullen geen gegevens worden geplaatst die naar u terug te leiden zijn. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 25 minuten.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Leonie Meijer

Tactus Verslavingszorg

Vraag	Onderzoeks-vraag	Item	Antwoordopties
1	2b	Op welke manier heeft u <u>voor het eerst</u> gehoord of gelezen over de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl ?	▪ Instelling voor verslavingzorg, namelijk... ▪ Televisie, namelijk... ▪ Radio, namelijk... ▪ Internet, namelijk... ▪ Artikel in krant/tijdschrift, namelijk... ▪ (Huis)arts/hulpverlener, namelijk... ▪ Vrienden of kennissen, namelijk... ▪ Familie, namelijk... ▪ Anders namelijk...
2	2c	Hoeveel tijd zat er tussen de eerste keer dat u hoorde of las over de <u>website</u> en de eerste keer dat u de <u>website</u> bezocht?	▪ Dit vond plaats op hetzelfde moment ▪ Minder dan 1 dag ▪ 1 à 2 dagen ▪ 3 à 4 dagen ▪ 5, 6 of 7 dagen ▪ Meer dan een week
3	2b	Wanneer heeft u voor het eerst gehoord of gelezen over de <u>internetbehandeling</u> van Gokkendebaas.nl?	▪ Vóór het bezoeken van de website www.gokkendebaas.nl ▪ Tijdens het bezoeken van de website www.gokkendebaas.nl ▪ Na het bezoeken van de website www.gokkendebaas.nl
4	2c	Hoeveel tijd zat er tussen de eerste keer dat u hoorde of las over de <u>internetbehandeling</u> en de keer dat u zich aanmeldde?	▪ Dit vond plaats op hetzelfde moment ▪ Minder dan 1 dag ▪ 1 à 7 dagen ▪ 1 à 2 weken ▪ 3 à 4 weken ▪ 1 à 2 maanden ▪ 3 à 6 maanden ▪ Meer dan 6 maanden
5		Heeft u de <u>internetbehandeling</u> afgerond?	▪ Ja ▪ Nee, ik ben nog bezig met de behandeling (naar vraag 7) ▪ Nee, ik ben voortijdig gestopt (naar vraag 8)
6		Wanneer heeft u de <u>internetbehandeling</u> afgerond?	▪ Minder dan een week geleden (naar vraag 9) ▪ 1 à 2 weken geleden (naar vraag 9) ▪ 3 à 4 weken geleden (naar vraag 9) ▪ 1 à 2 maanden geleden (naar vraag 9) ▪ Meer dan 2 maanden geleden (naar vraag 9)
7		Welk onderdeel heeft u als laatste afgerond?	▪ Intake

			▪ Lijst SOGS ▪ Voordelen, nadelen ▪ Gokschrift bijhouden ▪ Speel Wijzer ▪ Meten en weten ▪ Doel stellen ▪ Gewoontes doorbreken ▪ Anders denken ▪ Anders doen ▪ Beslissingen ▪ Actieplan ▪ Afsluiting ▪ Nazorg
8		Kunt u kort aangeven wat de reden is dat u voortijdig met de behandeling bent gestopt?	Open vraag
		In de volgende vragen wordt gesproken over een <u>face-to-face behandeling</u> . Hiermee wordt een offline behandeling bedoeld waarbij persoonlijk contact is met een hulpverlener en waarbij hulpverlener en cliënt tegenover elkaar zitten en elkaar kunnen zien.	
9	5a	Wat zijn volgens u de <u>voordelen</u> van het volgen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling? Ik bespaar tijd Ik hoef minder moeite te doen Ik heb een beter overzicht over de behandeling Ik vind de internetbehandeling beter bereikbaar Ik hoef geen afspraak te maken Ik hoef geen instelling te bezoeken Ik heb meer controle over de behandeling Ik krijg meer vrijheid	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens

		Ik blijf anoniemer Ik heb minder last van schaamte Ik voel me minder snel beledigd door een hulpverlener Ik heb meer vrijheid om te zeggen wat ik wil Ik krijg sneller een reactie en advies Ik vind het interessanter omdat het nieuw is Ik ben al bekend met het gebruik van internet Ik heb geen face-to-face contact met een hulpverlener Ik kan de behandeling in mijn eigen tempo volgen Ik kan de behandeling in mijn eigen tijd volgen Ik kan zelf bepalen wanneer ik de berichten lees Ik kan alles nog eens nalezen Ik kan de behandeling vanuit huis volgen Anders, namelijk... (Griffiths et al. 2006; Riper et al. 2008; Fotheringham et al. 2000; Lange et al. 2003; Verheijden et al. 2004; Carlbring 2001)	Open vraag
10	5a	Wat zijn volgens u de <u>nadelen</u> van het volgen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling? Ik krijg teveel vrijheid Ik vind het programma lastig om te gebruiken	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens

		Ik heb geen face-to-face contact met een hulpverlener Ik ben niet gemotiveerd om er met anderen over te praten buiten het internet om Ik vind het geen goede vervanging van de face-to-face behandeling Ik vind dat de internetbehandeling niet voor iedereen toegankelijk is (door gebrek aan beheersing van de taal) Ik denk dat mijn gegevens niet veilig zijn Anders, namelijk... (Fotheringham et al. 2000; Griffiths et al. 2006)	Open vraag
11		Heeft u al eens een <u>face-to-face behandeling</u> voor uw gokgedrag gevolgd?	▪ Nee ▪ Ja, één keer (naar vraag 13) ▪ Ja, vaker dan één keer (naar vraag 13)
12		Heeft u voorafgaand aan de <u>internetbehandeling</u> er ooit over gedacht om een <u>face-to-face behandeling</u> te volgen?	▪ Nee (naar vraag 17) ▪ Ja (naar vraag 16)
13		<u>Waar</u> heeft u deze behandeling gevolgd? (Voorbeeld: Tactus Verslavingszorg)	Open vraag
14		Welk <u>type</u> behandeling heeft u gevolgd? (meerdere antwoorden mogelijk)	▪ Groepsbehandeling ▪ Individuele behandeling
15		<u>Hoe</u> heeft u deze behandeling <u>ervaren</u> ?	Open vraag (naar vraag 17)
16		Wat was de reden van uw besluit om geen <u>face-to-face</u> behandeling te volgen?	Open vraag
17		Heeft u <u>tijdens</u> de <u>internetbehandeling</u> wel eens gedacht om een <u>face-to-face behandeling</u> te gaan volgen in plaats van de internetbehandeling?	▪ Nee (naar vraag 19) ▪ Ja
18		Waarom heeft u dit overwogen?	Open vraag
19	5a	Wat waren voor u de drie belangrijkste redenen om voor een internetbehandeling te kiezen?	Open vraag (drie redenen geven)
20	5b	Heeft u getwijfeld vóór u zich aanmeldde voor de <u>internetbehandeling</u> ?	▪ Nee (naar vraag 26) ▪ Ja

21	5b	Waarom of waarover twijfelde u? Ik wist niet of de behandeling beschikbaar was Ik wist niet of de behandeling effectief was Ik vond de behandeling te duur Ik had geen vertrouwen in de professionele hulpverlening Ik was bang om beledigd te worden door de hulpverlener Ik wilde niet behandeld worden als een verslaafde Ik was bang om zwak gevonden te worden Ik was bang om te falen Ik schaamde me Ik was te trots om hulp te zoeken Ik dacht dat ik het zelf wel op kon lossen Ik had niet genoeg motivatie Ik was bang voor de reactie van mijn omgeving Ik was onzeker Ik ontkende mijn probleem Ik was te overweldigd door mijn problemen Ik wilde mijn gegevens niet geven voor de zorgverzekeraar Ik werd afgeschrikt door de benodigde verwijsbrief van de huisarts	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens
----	----	---	--

		Ik twijfelde aan de veiligheid van mijn gegevens Anders, namelijk (Rockloff, & Schofield, 2004; Pulford et al., 2009a; Clarke, et al., 2007)	
22	5b	Heeft u deze twijfels nog steeds?	Open vraag ▪ Nee, deze twijfels zijn weg (naar vraag 24) ▪ Ja, ik heb nog steeds twijfels
23	5b	Waarom twijfelt u nog steeds?	Open vraag
24	5c	Hadden uw twijfels over de <u>internetbehandeling</u> voorafgaand aan de aanmelding voorkomen kunnen worden? (indien 'ja', meerdere antwoorden mogelijk)	▪ Nee (naar vraag 26) ▪ Ja, door meet steun van familie ▪ Ja, door meer steun van vrienden ▪ Ja, door meer beschikbare informatie ▪ Ja, door te lezen over of te luisteren naar ervaringen van andere deelnemers ▪ Anders, namelijk door...
25	5c	Had Tactus Verslavingszorg wat kunnen doen om de twijfels die u voorafgaand aan de aanmelding had weg te nemen?	▪ Nee ▪ Ja, namelijk...
26		Heeft u <u>tijdens de internetbehandeling</u> behoefte gehad aan face-to-face contact?	▪ Nee (naar vraag 28) ▪ Ja
27		Wat was hier de reden van? (meerdere antwoorden mogelijk)	▪ Het contact via internet was niet persoonlijk genoeg ▪ Het contact via internet gaf mij teveel vrijheid ▪ Het contact via internet bood niet genoeg motivatie ▪ Er deden zich misverstanden voor die opgehelderd moesten worden ▪ Anders, namelijk...
28	7	Zou u de <u>internetbehandeling</u> aanraden aan anderen die overmatig gokken?	▪ Zeker wel ▪ Waarschijnlijk wel ▪ Misschien ▪ Waarschijnlijk niet ▪ Zeker niet
		Nu volgen er een aantal stellingen over het gebruik van de internetbehandeling. De volgende stellingen gaan over de internetbehandeling <u>IN HET ALGEMEEN</u>	▪
29	4	Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen: Ik vind dat de internetbehandeling er over het algemeen	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens

		goed uitziet Ik vind de internetbehandeling overzichtelijk Ik vind de internetbehandeling betrouwbaar Ik vind de internetbehandeling geloofwaardig Ik vind dat de internetbehandeling mij de mogelijkheden biedt om mijn gokgedrag te veranderen	▪ Helemaal mee eens
		De volgende stellingen gaan over de <u>INHOUD</u> van de internetbehandeling	▪
30	4a	Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen: Ik vind de aanmeldprocedure voor de internetbehandeling duidelijk (Elling et. al, 2007) Ik vind de uitleg over het gebruik van de internetbehandeling duidelijk (Nielsen, 1993) Ik vind de informatie die de internetbehandeling biedt nuttig (Elling et. al, 2007) Ik vind de teksten in de internetbehandeling begrijpelijk (Elling et. al, 2007) Ik vind het taalgebruik tijdens de internetbehandeling duidelijk (Elling et. al, 2007) Ik vind dat de internetbehandeling voldoende mogelijkheid biedt om hulp te vragen in geval van onduidelijkheid (Nielsen et al. 1993)	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens
		De volgende stellingen gaan over de <u>TECHNISCHE APECTEN</u> van de internetbehandeling. Met het dossier wordt het gedeelte van de internetbehandeling bedoeld waar uw voortgang en berichten zijn opgeslagen.	▪
31	4b	Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen:	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens

		Ik vind het gemakkelijk om in te loggen in mijn dossier (Elling et. al, 2007) Ik vind het duidelijk waar ik me in de internetbehandeling bevind (Elling et. al, 2007) Ik vind het gemakkelijk om binnen de internetbehandeling te vinden wat ik zoek (bijv. gokschrift) (Elling et. al, 2007) Ik vind het duidelijk wat ik voor een bepaalde actie moet doen (bijv. invullen gokschrift) (Elling et. al, 2007) Ik vind het prettig dat ik vanuit het berichtenscherf rechtstreeks naar het gokschrift kan gaan (Elling et. al, 2007) Ik vind dat het laden van de pagina's te langzaam gaat (Elling et. al, 2007)	▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens
		De volgende stellingen gaan over de <u>VORMGEVING</u> van de internetbehandeling. Met onderdelen worden het dossier, het gokschrift, de berichten en het forum bedoeld.	▪
32	4c	Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen: Ik vind de verschillende onderdelen van de internetbehandeling goed zichtbaar Ik vind dat de onderdelen van de internetbehandeling logisch verspreid zijn over de pagina's Ik vind dat de internetbehandeling te weinig icoontjes bevat (zoals envelop bij berichten) (Elling et al., 2007) Ik vind het kleurgebruik van de internetbehandeling prettig om naar te kijken (Elling et al., 2007) Ik vind het kleurgebruik goed passen bij deze internetbehandeling	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens

		Ik vind het lettertype in de internetbehandeling duidelijk leesbaar (Elling et al., 2007)	
		Ik vind het lettertype in de internetbehandeling te zakelijk	
		Ik vind de lettergrootte van de teksten in de internetbehandeling goed leesbaar (Elling et al., 2007)	
		De volgende stellingen gaan over de <u>KLIKBARE ELEMENTEN</u> in de internetbehandeling. Hieronder wordt alles verstaan waar u op kunt klikken zoals knoppen en links.	▪
33	4	Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen: Ik vind dat de titels van de klikbare elementen duidelijke maken welke informatie ik er kan vinden (Leavitt & Shneiderman, 2006) Ik vind de klikbare elementen in de internetbehandeling goed zichtbaar (Leavitt & Shneiderman, 2006)	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens
		De volgende stellingen gaan over het <u>GOKSCHRIFT</u> .	▪
34	4	Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen: Ik vind het prettig om een overzicht van mijn geregistreerde gokgedrag te kunnen bekijken Ik vind de manier waarop het gokschrift ingevuld moet worden duidelijk (Elling et al., 2007) vind het invullen van het gokschrift via internet lastig (Elling et al., 2007) Ik vind de invulmethode van het gokschrift prettig om te gebruiken (Leavitt & Shneiderman, 2006) Ik vind dat er op het juiste moment uitleg wordt gegeven over het invullen van het gokschrift	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens
		De volgende stellingen gaan over de <u>ONTVANGEN BERICHTEN</u> .	▪

35	4	Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen: Ik vind de informatie in de ontvangen berichten duidelijk Ik vind de kopjes in de ontvangen berichten duidelijk (Leavitt & Shneiderman, 2006) Ik vind het duidelijk wat de hulpverlener van mij verwacht (Leavitt & Shneiderman, 2006) Ik vind het gemakkelijk om de ontvangen berichten te beantwoorden (Leavitt & Shneiderman, 2006) Ik vind dat de ontvangen berichten een goede hoeveelheid tekst bevatten	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens
		De volgende stellingen gaan over <u>TECHNISCHE PROBLEMEN</u> . Voorbeelden hiervan zijn wanneer de internetbehandeling zonder reden offline gaat, of wanneer uw berichten tijdens het typen plotseling zoekraken.	▪
36	4b	Heeft u ooit technische problemen ondervonden tijdens de behandeling?	▪ Nee (naar vraag 42) ▪ Ja, één keer ▪ Ja, vaker dan één keer
37	4b	Hoe heeft u deze technische problemen opgelost?	▪ Ik heb op de website www.gokkendebaas.nl informatie gevonden over het probleem ▪ Ik heb elders op internet informatie gevonden over het probleem ▪ Ik heb contact opgenomen met mijn hulpverlener ▪ Ik heb contact opgenomen met Tactus Verslavingszorg ▪ Ik heb vrienden/familie om hulp gevraagd ▪ Mijn probleem is (nog) niet opgelost (vraag 39) ▪ Anders, namelijk...
38	4b	Hoe lang duurde het voor het technische probleem was opgelost?	▪ Minder dan 1 uur ▪ Tussen 1 en 24 uur ▪ Tussen 1 en 2 dagen ▪ Tussen 2 en 5 dagen ▪ Langer dan 5 dagen
39	4b	Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: Ik ben tevreden over de snelheid waarmee de	▪ Helemaal mee eens ▪ Mee eens

		technische problemen werden opgelost	▪ Neutraal ▪ Mee oneens ▪ Helemaal mee oneens
40	4b	Vindt u dat de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl genoeg informatie bevat om technische problemen op te kunnen lossen?	▪ Ja (naar vraag 42) ▪ Nee
41	4b	Welke informatie mist u?	Open vraag
42	4	In de volgende vier vragen wordt u gevraagd verschillende onderdelen van de online behandeling in het algemeen te beoordelen met een cijfer van 1 t/m 10 Met welk cijfer beoordeelt u de <u>internetbehandeling</u> in het algemeen? Met welk cijfer beoordeelt u het <u>gokschrift</u>? Met welk cijfer beoordeelt u de <u>ontvangen berichten</u>? Met welk cijfer beoordeelt u het <u>versturen van berichten</u>? Met welk cijfer beoordeelt u de <u>zichtbaarheid van de voortgang</u> in de internetbehandeling?	Cijfer van 1 t/m 10
43	4d	Wat kan er volgens u worden verbeterd aan de internetbehandeling om het gebruik van de behandeling te vergemakkelijken? Bijvoorbeeld het invullen van het gokschrift of het versturen van berichten.	Open vraag
44		Nu volgen er 10 vragen die gaan over uw gokgedrag gedurende het afgelopen jaar (12 maanden).	
	5d	Zijn er het afgelopen jaar periodes geweest waarbij je veel tijd hebt besteed aan het denken over gokervaringen in het verleden, het denken over toekomstig gokken of het denken over manieren om geld te krijgen waarmee je kunt gokken?	▪ Ja ▪ Nee
		Had je, tijdens het afgelopen jaar, de behoefte om te gokken met grotere hoeveelheden geld of met grotere weddenschappen om het zelfde gevoel van opwindning te verkrijgen?	▪ Ja ▪ Nee
		Heb je in het verleden meerdere keren geprobeerd je gokken te verminderen of te stoppen, zonder succesvol te zijn?	▪ Ja ▪ Nee

		Voelde je je nogal rusteloos of prikkelbaar nadat je probeerde het gokken te verminderen of te stoppen? over je gokken? (Ook al vind je misschien dat ze geen gelijk hadden)	▪ Ja ▪ Nee
		Heb je het gevoel dat je gokt op een manier om persoonlijke problemen te ontvluchten of om ongemakkelijke gevoelens te verlichten, zoals nervositeit of verdriet?	▪ Ja ▪ Nee
		Nadat je geld verspeelt bij het gokken, ga je dan vaak een andere dag terug om te proberen je verliezen terug te winnen?	▪ Ja ▪ Nee
		Heb je tegen familieleden, vrienden of anderen gelogen om je gokken voor hen te verbergen?	▪ Ja ▪ Nee
		Heb je onwettige handelingen begaan (zoals diefstal, vervalsing, verduistering of fraude) om je gokken te kunnen betalen?	▪ Ja ▪ Nee
		Heb je vanwege het gokken belangrijke relaties, werk of onderwijs- of carrièremogelijkheden op het spel gezet of ben je deze kwijtgeraakt?	▪ Ja ▪ Nee
		Heb je op anderen een beroep gedaan om garant voor je te staan en je gokschulden te betalen of je rekeningen te betalen als je financiële problemen had die door het gokken werden veroorzaakt?	▪ Ja ▪ Nee
		Nu volgen er nog vier vragen over het bereiken van problematische gokkers. Met problematische gokkers worden personen bedoeld die hun gokgedrag niet (meer) onder controle hebben en hier hinder van ondervinden op financieel, sociaal, lichamelijk en/of emotioneel gebied. Wij vragen u om met ons mee te denken over goede manieren en plekken om problematische gokkers te bereiken.	
45	2e	Wat zijn een goede plekken om problematische gokkers te bereiken? (meerdere antwoorden mogelijk) (De Bruijn et al. 2006)	▪ Goksites ▪ Internetfora ▪ Het Holland Casino ▪ Amusementscentra zoals gok/speelhallen ▪ Snackbar ▪ Buurthuis ▪ Sportkantine ▪ Café

			▪ Restaurant ▪ Huisartsenpraktijk ▪ Werkplek (bijvoorbeeld kantine) ▪ Thuis ▪ Anders, namelijk...
46	2f	Wat zijn goede manieren om problematische gokkers te bereiken? (meerdere antwoorden mogelijk)	▪ E-mail ▪ Post aan huis ▪ Televisie ▪ Radio ▪ Kranten ▪ Tijdschriften ▪ Sms ▪ Posters ▪ Websites (bijv. een banner of pop-up) ▪ Familie/vrienden ▪ Werkgever ▪ Huisarts ▪ Anders, namelijk...
47	2d	Welke informatie (boodschap) zou Tactus Verslavingszorg problematische gokkers moeten aanbieden?	Open vraag
48	2d	Wat is de beste manier om gokkendebaas.nl onder de aandacht van de doelgroep te brengen?	Open vraag
49		Heeft u verder nog op- of aanmerkingen over het gebruik van de internetbehandeling?	Open vraag

Dit was de laatste vraag. Hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst. Uw mening is van groot belang voor het evalueren en verbeteren van de internetbehandeling en daarom vragen we graag uw aandacht voor het volgende:

Volgend op deze vragenlijst worden een aantal telefonische interviews afgenomen onder de deelnemers in behandeling of deelnemers die de behandeling inmiddels hebben afgerond. Op deze manier kan meer inhoudelijke informatie worden verkregen over uw ervaringen. In deze interviews wordt kort ingegaan op uw antwoorden uit deze vragenlijst. U blijft uiteraard anoniem, nergens worden gegevens genoteerd die naar u terug te leiden zijn. Wanneer u bereid bent om mee te werken aan een telefonisch interview, kunt u hieronder uw telefoonnummer noteren. U wordt dan binnen enkele weken gebeld.

Vul hier uw telefoonnummer in:

Voor het onderzoek zijn we ook nog op zoek naar mensen met een gokprobleem die onze behandeling en/of website nog niet kennen. Voor een buitenstaander is het echter erg moeilijk om in contact te komen met (problematische) gokkers en daarom hebben we uw hulp nodig om met mensen met een gokprobleem in contact te kunnen komen.

Wanneer u wilt helpen krijgt u via uw email drie unieke codes toegestuurd. Deze codes stuurt u vervolgens door aan mensen in uw omgeving waarvan u denkt dat zij veel gokken. Wij sturen hen vervolgens ook een vragenlijst. Onder iedereen die de vragenlijst uiteindelijk heeft ingevuld, worden cadeaubonnen ter waarde van 25 euro verloot. Wanneer de winnende respondent de vragenlijst via u heeft gekregen, krijgt u ook een cadeaubon ter waarde van 25 euro. Wij hopen dat u bereid bent ons op deze manier nogmaals te helpen. In dat geval kunt u hieronder uw e-mailadres invullen. Wij zullen dan via e-mail contact met u opnemen.

Vul hier uw e-mailadres in:

Bijlage 3 Vragenlijst voor websitebezoekers en niet-bezoekers GdB

Geachte heer/mevrouw,

Tactus Verslavingszorg is voortdurend bezig om de verschillende websites en internetbehandelingen te evalueren en te verbeteren. In het kader van een onderzoek in samenwerking met de Universiteit Twente worden ook de website en internetbehandeling van gokkendebaas.nl geëvalueerd. Deze vragenlijst bevat voornamelijk vragen over het bereiken van mensen met een gokprobleem en over de factoren die mensen tegenhouden om zich aan te melden voor een behandeling. Daarnaast worden er enkele vragen gesteld die ingaan op uw eigen gokgedrag.

Tijdens het invullen van de vragenlijst is het van belang om een duidelijk onderscheid te maken tussen de website www.gokkendebaas.nl die voor iedereen toegankelijk is en de internetbehandeling Gokkendebaas.nl waar cliënten met hun unieke gebruikersnaam en wachtwoord toegang tot hebben.

Het is de bedoeling dat u de vragen aandachtig leest en eerlijk beantwoordt. Het gaat hierbij alleen om uw eigen mening en dit betekent dat er geen foute antwoorden mogelijk zijn. U hoeft zich geen zorgen te maken over uw anonimiteit. In het rapport van dit onderzoek zullen geen gegevens worden geplaatst die naar u terug te leiden zijn. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,
Leonie Meijer
Student onderzoeker

Vraag	Onderzoeks-vraag	Item	Antwoordopties
1		Wanneer u via uw e-mail een code heeft gekregen voor het invullen van deze vragenlijst dan kunt u deze hier invullen. Zo niet, dan kunt u doorgaan naar de volgende vraag.	Vul hier uw code in (open invulveld)
2	2a	Bent u bekend met de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl ?	▪ Ja (naar vraag 3) ▪ Nee
		www.gokkendebaas.nl is een informatieve website voor mensen die zich zorgen maken over hun gokgewoonte of meer over gokproblemen willen lezen. Op de website vindt u feiten, tips en informatie over gokken. Naast uitgebreide informatie biedt de website ook een online behandeling voor gokproblemen. Tijdens deze behandeling leert de deelnemer hoe hij zijn gokgewoonte kan veranderen. Hierbij wordt persoonlijke begeleiding geboden en de behandeling wordt uitgevoerd door professionele en ervaren hulpverleners, die werkzaam zijn bij Tactus Verslavingszorg. De communicatie met de hulpverlener verloopt via de website en niet via e-mail. De deelnemer moet dus steeds zelf inloggen om contact te krijgen.	(Naar vraag 8)
3	2b	Op welke manier heeft u <u>voor het eerst</u> gehoord of gelezen over de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl ?	▪ Instelling voor verslavingzorg, namelijk... ▪ Televisie, namelijk... ▪ Radio, namelijk... ▪ Internet, namelijk... ▪ Artikel in krant/tijdschrift, namelijk... ▪ (Huis)arts/hulpverlener, namelijk... ▪ Vrienden of kennissen, namelijk... ▪ Familie, namelijk... ▪ Anders namelijk...
4		Hoe vaak heeft u de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl bezocht?	▪ Nooit (naar vraag 7) ▪ 1 keer ▪ 2- 5 keer ▪ 6 – 10 keer ▪ Meer dan 10 keer
5	2c	Hoeveel tijd zat er tussen de eerste keer dat u hoorde of las over de <u>website</u> en de eerste keer dat u de <u>website</u> bezocht?	▪ Dit vond plaats op hetzelfde moment ▪ Minder dan 1 dag ▪ 1 à 2 dagen

			▪ 3 à 4 dagen ▪ 5, 6 of 7 dagen ▪ Meer dan een week
6		Wat was de reden voor uw bezoek aan de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl ?	▪ Nieuwsgierig (naar vraag 9) ▪ Op zoek naar informatie voor mezelf (naar vraag 9) ▪ Op zoek naar informatie voor anderen (naar vraag 9) ▪ Op zoek naar een behandeling voor mezelf (naar vraag 9) ▪ Op zoek naar een behandeling voor anderen (naar vraag 9) ▪ Anders, namelijk... (naar vraag 9)
7		Waarom heeft u de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl (nog) niet bezocht?	▪ Ik heb geen eigen internetverbinding ▪ Ik heb geen tijd ▪ Ik heb geen interesse ▪ Ik ben vergeten om de website te bezoeken ▪ De informatie die ik zocht heb ik elders gevonden ▪ Anders, namelijk...
8	6	Bent u van plan om de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl alsnog te bezoeken?	▪ Zeker wel ▪ Waarschijnlijk wel ▪ Misschien ▪ Waarschijnlijk niet ▪ Zeker niet
9		De volgende 10 vragen gaan over uw gokgedrag. Het tijdsbestek voor al deze vragen is het afgelopen jaar (12 maanden).	
	5d	Zijn er het afgelopen jaar periodes geweest waarbij je veel tijd hebt besteed aan het denken over gokervaringen in het verleden, het denken over toekomstig gokken of het denken over manieren om geld te krijgen waarmee je kunt gokken? Had je, tijdens het afgelopen jaar, de behoefte om te gokken met grotere hoeveelheden geld of met grotere weddenschappen om het zelfde gevoel van opwindning te verkrijgen? Heb je in het verleden meerdere keren geprobeerd je gokken te verminderen of te stoppen, zonder succesvol te zijn? Voelde je je nogal rusteloos of prikkelbaar nadat je probeerde het gokken te verminderen of te stoppen? over je gokken? (Ook al vind je misschien dat ze geen gelijk	▪ Ja ▪ Nee

		hadden) Heb je het gevoel dat je gokt op een manier om persoonlijke problemen te ontvluchten of om ongemakkelijke gevoelens te verlichten, zoals nervositeit of verdriet? Nadat je geld verspeelt bij het gokken, ga je dan vaak een andere dag terug om te proberen je verliezen terug te winnen? Heb je tegen familieleden, vrienden of anderen gelogen om je gokken voor hen te verbergen? Heb je onwettige handelingen begaan (zoals diefstal, vervalsing, verduistering of fraude) om je gokken te kunnen betalen? Heb je vanwege het gokken belangrijke relaties, werk of onderwijs- of carrièremogelijkheden op het spel gezet of ben je deze kwijtgeraakt? Heb je op anderen een beroep gedaan om garant voor je te staan en je gokschulden te betalen of je rekeningen te betalen als je financiële problemen had die door het gokken werden veroorzaakt? (Stinchfield, Govoni & Frisch, 2005)	
10		Hoe vaak heeft u met <u>JA</u> geantwoord op de vorige vraag?	▪ 0, 1 of 2 keer (naar vraag 27) ▪ 3 of 4 keer ▪ 5 keer of vaker
11	5d, 5e, 5f, 5g	Geef aan in hoeverre u met de volgende stellingen eens bent: Ik probeer nu minder te gokken dan ik gewend ben ('minder' kan zijn 'niet': ik probeer niet meer te gokken. Ik geniet van gokken maar soms gok ik teveel. Soms denk ik dat ik minder zou moeten gokken ('minder' kan ook zijn 'niet': soms denk ik dat ik niet zou moeten gokken).	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens

		Nadenken over mijn gokken is tijdverspilling. Ik heb sinds kort mijn gokgewoonten veranderd. Iedereen kan makkelijk zeggen iets aan hun gokgewoonten te doen, maar ik doe er echt iets aan. Ik ben in de fase waarin ik zou moeten nadenken over minder gokken ('minder' kan ook zijn 'niet': Ik ben in de fase waarin ik zou moeten nadenken over niet gokken). Mijn gokgewoonten zijn soms problematisch. Ik ben op dit moment bezig mijn gokgewoonten te veranderen. Ik vind dat ik teveel gok. Het is voor mij nodig na te denken over het veranderen van mijn gokgewoonten. Minder gokken heeft voor mij geen zin ('minder' kan ook zijn 'niet': Niet gokken heeft voor mij geen zin). (De Fuentes-Merillas, Jong & Schippers, 2002)	
		In de volgende vragen wordt gesproken over een <u>face-to-face</u> behandeling. Hiermee wordt een offline behandeling bedoeld waarbij een hulpverlener en cliënt tegenover elkaar zitten en elkaar kunnen zien.	
12		Heeft u al eens een <u>behandeling</u> voor uw gokgedrag gevolgd?	▪ Nee ▪ Ja, één keer een face-to-face behandeling (naar vraag 14) ▪ Ja, vaker dan één keer een face-to-face behandeling (naar vraag 14) ▪ Ja, één keer een internetbehandeling (naar vraag 14) ▪ Ja, vaker dan één keer een internetbehandeling (naar vraag 14) ▪ Ja, face-to-face behandeling EN internetbehandeling (naar vraag 14)
13	5d	Heeft u er al eens over <u>gedacht</u> om een <u>behandeling</u> te	▪ Nee (naar vraag 20)

		volgen voor uw gokgedrag?	Ja (naar vraag 17)
14		<u>Waar</u> heeft u deze behandeling(en) gevolgd? Voorbeeld: Tactus Verslavingszorg	Open vraag
15		Welk <u>type</u> behandeling(en) heeft u gevolgd? (meerdere antwoorden mogelijk)	- Groepsbehandeling - Individuele behandeling
16		<u>Hoe</u> heeft u deze behandeling(en) <u>ervaren</u> ?	Open vraag (naar vraag 20)
17	5b	Wat heeft u tegengehouden bij het aanmelden voor een <u>behandeling</u>? Ik weet niet of de behandeling voor mij beschikbaar is Ik weet niet of de behandeling effectief is Ik vind de behandeling te duur Ik heb niet genoeg in de professionele hulpverlening Ik ben bang om beledigd te worden door een hulpverlener Ik wil niet behandeld worden als een verslaafde Ik ben bang dat mijn omgeving mij zwak vindt Ik ben bang om te falen Ik schaam me Ik ben te trots om hulp te zoeken Ik denk dat ik het zelf wel op kan lossen Ik heb geen motivatie Ik ben bang voor de mening van de maatschappij Ik voel me onzeker Ik heb geen gokprobleem Ik ben te overweldigd door mijn problemen	- Helemaal mee oneens - Mee oneens - Neutraal - Mee eens - Helemaal mee eens

		Anders, namelijk... (Rockloff, & Schofield, 2004; Pulford et al., 2009a; Clarke, et al., 2007)	Open vraag
18	5c	Kunnen uw bezwaren of twijfels nog weg worden genomen? (indien 'ja', meerdere antwoorden mogelijk)	▪ Nee (naar vraag 20) ▪ Ja, door meet steun van familie ▪ Ja, door meer steun van vrienden ▪ Ja, door meer begrip vanuit de maatschappij ▪ Ja, door meer beschikbare informatie ▪ Ja, door te lezen over of te luisteren naar ervaringen van andere deelnemers ▪ Ja, door praktische begeleiding, zoals financiële begeleiding ▪ Ja, door meer aandacht bij de professionele hulpverlening voor culturele verschillen ▪ Ja, door het vermijden van vaktermen binnen de hulpverlening ▪ Anders, namelijk door...
19	5c	Kan Tactus Verslavingszorg de twijfels over/ bezwaren tegen het aanmelden voor een behandeling wegnemen?	▪ Nee ▪ Ja, namelijk door...
20		Heeft u al eens een <u>behandeling</u> voor een <u>ander probleem</u> gevolgd?	▪ Nee ▪ Ja, één keer een face-to-face behandeling (naar vraag 23) ▪ Ja, vaker dan één keer een face-to-face behandeling (naar vraag 23) ▪ Ja, één keer een internetbehandeling (naar vraag 23) ▪ Ja, vaker dan één keer een internetbehandeling (naar vraag 23) ▪ Ja, face-to-face behandeling EN internetbehandeling (naar vraag 23)
21	5d	Heeft u er al eens over <u>gedacht</u> om een <u>behandeling</u> te volgen voor een <u>ander probleem</u> ? Voorbeeld: psychische of emotionele problemen.	▪ Nee (naar vraag 27) ▪ Ja
22	5b	Wat heeft u tegen gehouden bij het aanmelden voor een behandeling?	Open vraag
23		Voor <u>welk probleem</u> heeft u deze behandeling(en) gevolgd?	Open vraag
24		Welk <u>type</u> behandeling(en) heeft u gevolgd? (meerdere antwoorden mogelijk)	▪ Groepsbehandeling ▪ Individuele behandeling
25		<u>Waar</u> heeft u deze behandeling(en) gevolgd? Voorbeeld: Tactus Verslavingszorg	Open vraag
26		<u>Hoe</u> heeft u deze behandeling <u>ervaren</u> ?	Open vraag

27	6	Heeft u anderen verteld over de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl ?	▪ Nee ▪ Ja, namelijk...(naar vraag 31)
28	6	Bent u nog van plan om anderen te vertellen over de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl ?	▪ Zeker wel ▪ Waarschijnlijk wel ▪ Misschien ▪ Waarschijnlijk niet (naar vraag 31) ▪ Zeker niet (naar vraag 31)
29	6	Wie bent u van plan te vertellen over de <u>website</u> www.gokkendebaas.nl ? (meerdere antwoorden mogelijk)	▪ Familie ▪ Vrienden/kennissen ▪ Collega's ▪ (huis)Arts/hulpverlener ▪ Anders, namelijk...
30	6	Waarom bent u dit van plan?	Open vraag
31		Stelt u zich voor dat u een internetbehandeling voor uw gokgedrag zou willen volgen. Zou u er dan bezwaar tegen hebben als u hiervoor uw gegevens aan een zorgverzekeraar beschikbaar moet stellen en dus niet geheel anoniem bent?	▪ Ja, daar zou ik bezwaar tegen hebben en daarom zou ik me niet aanmelden ▪ Ik vind dit niet prettig, maar ik zou me wel aanmelden ▪ Nee, ik zou daar geen bezwaar tegen hebben
		In de volgende vragen wordt gesproken over een <u>face-to-face</u> behandeling. Hiermee wordt een offline behandeling bedoeld waarbij persoonlijk contact is met een hulpverlener en waarbij hulpverlener en cliënt tegenover elkaar zitten en elkaar kunnen zien.	
32	5a	Het volgen van een internetbehandeling kan voordelen hebben in vergelijking met een face-to-face behandeling, welke <u>voordelen</u> verwacht u? Ik bespaar tijd Ik hoef minder moeite te doen Ik heb een beter overzicht over de behandeling Ik vind de internetbehandeling beter bereikbaar Ik hoef geen afspraak te maken Ik hoef geen instelling te bezoeken	▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens ▪ Helemaal mee eens

		Ik heb meer controle over de behandeling Ik krijg meer vrijheid Ik blijf anoniemer Ik heb minder last van schaamte Ik voel me minder snel beledigd door een hulpverlener Ik heb meer vrijheid om te zeggen wat ik wil Ik krijg sneller een reactie en advies Ik vind het interessanter omdat het nieuw is Ik ben al bekend met het gebruik van internet Ik heb geen face-to-face contact met een hulpverlener Ik kan de behandeling in mijn eigen tempo volgen Ik kan de behandeling in mijn eigen tijd volgen Ik kan zelf bepalen wanneer ik de berichten lees Ik kan alles nog eens nalezen Ik kan de behandeling vanuit huis volgen Anders, namelijk... (Griffiths et al. 2006; Riper et al. 2008; Fotheringham et al. 2000; Lange et al. 2003; Verheijden et al. 2004; Carlbring 2001)	
33	5a	Het volgen van een internetbehandeling kan ook nadelen hebben in vergelijking met een face-to-face behandeling, welke <u>nadelen</u> verwacht u?	Open vraag ▪ Helemaal mee oneens ▪ Mee oneens ▪ Neutraal ▪ Mee eens

		Ik krijg teveel vrijheid Ik vind het programma lastig om te gebruiken Ik heb geen face-to-face contact met een hulpverlener Ik ben niet gemotiveerd om er met anderen over te praten buiten het internet om Ik vind het geen goede vervanging van de face-to-face behandeling Ik vind dat de internetbehandeling niet voor iedereen toegankelijk is (gebrek aan internettoegang of beheersing van de taal) Ik denk dat mijn gegevens niet veilig zijn Anders, namelijk... (Fotheringham et al. 2000; Griffiths et al. 2006)	▪ Helemaal mee eens Open vraag
	2e	In de volgende vragen wordt enkele keren de term 'problematische gokkers' gebruikt. Hiermee worden personen bedoeld die hun gokgedrag niet (meer) onder controle hebben en hier hinder van ondervinden op financieel, sociaal, lichamelijk en/of emotioneel gebied. Deze term hoeft niet op u van toepassing te zijn. Wij vragen u om met ons mee te denken over goede manieren en plekken om problematische gokkers te bereiken.	
34		Wat zijn een goede plekken om problematische gokkers te bereiken? (meerdere antwoorden mogelijk) (De Bruijn et al. 2006)	▪ Goksites ▪ Internetfora ▪ Het Holland Casino ▪ Amusementscentra zoals gok/speelhallen ▪ Snackbar ▪ Buurthuis ▪ Sportkantine ▪ Café

			▪ Restaurant ▪ Huisartsenpraktijk ▪ Werkplek (bijvoorbeeld kantine) ▪ Thuis ▪ Anders, namelijk...
35	2f	Wat zijn goede manieren om problematische gokkers te bereiken? (meerdere antwoorden mogelijk)	▪ E-mail ▪ Post aan huis ▪ Televisie ▪ Radio ▪ Kranten ▪ Tijdschriften ▪ Sms ▪ Posters ▪ Websites (bijv. een banner of pop-up) ▪ Familie/vrienden ▪ Werkgever ▪ Huisarts ▪ Anders, namelijk...
36	2d	Welke informatie (boodschap) zou Tactus Verslavingszorg problematische gokkers moeten aanbieden?	Open vraag
37	2d	Wat is de beste manier om gokkende baas.nl onder de aandacht van de doelgroep te brengen?	Open vraag
		Nu volgen er ten slotte nog een aantal vragen om algemeen informatie over u te verkrijgen. Uw anonimiteit blijft gegarandeerd, er zullen geen gegevens worden gerapporteerd die naar u terug te leiden zijn.	
38	3a	Wat is uw geslacht?	▪ Man ▪ Vrouw
39	3a	Wat is uw leeftijd?	▪ < 18 jaar ▪ 18 – 25 jaar ▪ 26 – 35 jaar ▪ 36 – 45 jaar ▪ 46 – 55 jaar ▪ 56 – 65 jaar ▪ > 65 jaar
40	3a	Wat is uw hoogst <u>afgeronde</u> opleiding?	▪ Basisonderwijs ▪ LBO/MAVO/VMBO ▪ HAVO ▪ VWO

			▪ MBO ▪ HBO ▪ WO ▪ Anders namelijk.....
41	3a	Wat is uw huwelijkse staat?	▪ Ongehuwd ▪ Gehuwd ▪ Gescheiden ▪ Weduwe/weduwnaar ▪ Anders, namelijk...
42	3a	Wat is uw woonsituatie?	▪ Ik woon alleen ▪ Ik woon bij mijn ouders ▪ Ik woon samen met mijn partner ▪ Ik woon samen met mijn partner en kind(eren) ▪ Ik woon samen met mijn kind(eren) ▪ Ik woon samen met vrienden/vriendinnen ▪ Anders, namelijk...
43	3a	Wat is uw belangrijkste bezigheid?	▪ Betaalde fulltime baan ▪ Betaalde parttime baan ▪ Studerend, schoolgaand ▪ Vrijwilligerswerk ▪ Huisvrouw of huisman ▪ Werkloos ▪ Arbeidsongeschikt ▪ (Vroegtijdig) pensioen ▪ Zelfstandig ondernemer ▪ Anders, namelijk...
44	3a	Hoeveel uren per week maakt u gemiddeld gebruik van het internet?	▪ < 1 uur ▪ – 5 uren ▪ 6 – 10 uren ▪ 11 – 15 uren ▪ 16 – 20 uren ▪ > 20 uren
45		Als u nog op- of aanmerkingen heeft over de website www.gokkendebaas.nl , het aanmelden voor een behandeling of over dit onderzoek, dan heeft u hier de ruimte om dit te noteren.	Open vraag

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking.

Bijlage 4 DSM-IV gokschaal

Diagnostische schaal pathologisch gokken (DSM-IV 10 vragen)

Het tijdsbestek voor al deze vragen is het afgelopen jaar. De antwoordmogelijkheden zijn ja of nee.

Item	Ja	Nee
1. Zijn er het afgelopen jaar periodes geweest waarbij je veel tijd hebt besteed aan het denken over gokervaringen in het verleden, het denken over toekomstig gokken of het denken over manieren om geld te krijgen waarmee je kunt gokken?		
2. Had je, tijdens het afgelopen jaar, de behoefte om te gokken met grotere hoeveelheden geld of met grotere weddenschappen om het zelfde gevoel van opwindendheid te verkrijgen?		
3. Heb je in het verleden meerdere keren geprobeerd je gokken te verminderen of te stoppen, zonder succesvol te zijn?		
4. Voelde je je nogal rusteloos of prikkelbaar nadat je probeerde het gokken te verminderen of te stoppen?		
5. Heb je het gevoel dat je gokt op een manier om persoonlijke problemen te ontvluchten of om ongemakkelijke gevoelens te verlichten, zoals nervositeit of verdriet?		
6. Nadat je geld verspeelt bij het gokken, ga je dan vaak een andere dag terug om te proberen je verliezen terug te winnen?		
7. Heb je tegen familieleden, vrienden of anderen gelogen om je gokken voor hen te verbergen?		
8. Heb je onwettige handelingen begaan (zoals diefstal, vervalsing, verduistering of fraude) om je gokken te kunnen betalen?		
9. Heb je vanwege het gokken belangrijke relaties, werk of onderwijs- of carrière mogelijkheden op het spel gezet of ben je deze kwijtgeraakt?		
10. Heb je op anderen een beroep gedaan om garant voor je te staan en je gokschulden te betalen of je rekeningen te betalen als je financiële problemen had die door het gokken werden veroorzaakt?		

Bijlage 5 Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D)

Geef aan in hoeverre je het met de volgende stellingen eens bent.

Item	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Ik probeer nu minder te gokken dan ik gewend ben ('minder' kan zijn 'niet': ik probeer niet meer te gokken.					
2. Ik geniet van gokken maar soms gok ik teveel.					
3. Soms denk ik dat ik minder zou moeten gokken ('minder' kan ook zijn 'niet': soms denk ik dat ik niet zou moeten gokken).					
4. Nadenken over mijn gokken is tijdverspilling.					
5. Ik heb sinds kort mijn gokgewoonten veranderd.					
6. Iedereen kan makkelijk zeggen iets aan hun gokgewoonten te doen, maar ik doe er echt iets aan.					
7. Ik ben in de fase waarin ik zou moeten nadenken over minder gokken ('minder' kan ook zijn 'niet': Ik ben in de fase waarin ik zou moeten nadenken over niet gokken).					
8. Mijn gokgewoonten zijn soms problematisch.					
9. Ik ben op dit moment bezig mijn gokgewoonten te veranderen.					
10. Ik vind dat ik teveel gok.					
11. Het is voor mij nodig na te denken over het veranderen van mijn gokgewoonten.					
12. Minder gokken heeft voor mij geen zin ('minder' kan ook zijn 'niet': Niet gokken heeft voor mij geen zin).					

Bijlage 6 Interviewopzet

Opening

Goedemorgen/middag/avond, u spreekt met Leonie Meijer van Tactus Verslavingszorg. Vorige week heeft u een vragenlijst ingevuld over de website en internetbehandeling Gokkendebaas.nl. U heeft daarin aangegeven dat wij u mogen benaderen voor een telefonisch interview. Bel ik u daarvoor gelegen?

Zo ja → verder gaan met interview

Zo nee → Geen probleem, wanneer zou het u beter uitkomen? → dag/tijd afspreken

Cliënt geeft aan niet meer deel te willen nemen → bedanken voor tijd/moeite

Allereerst wil ik u bedanken voor het invullen van de vragenlijst, uw antwoorden waren erg duidelijk. Wat vond u van de vragenlijst?

In dit interview zou ik graag een aantal van uw antwoorden verder willen uitvragen. Ik wil graag nogmaals benadrukken dat u anoniem blijft en dat er in het rapport geen gegevens worden geplaatst die naar u terug te leiden zijn. Heeft u nog vragen voor ik begin met het interview?

Indien vraag → beantwoordt vraag

Indien geen vragen → eerste vraag

Vragen

Dan begin ik met de eerste vraag.

1. U geeft aan dat u nog bezig bent met de internetbehandeling. Op het moment dat u de vragenlijst invulde, had u het onderdeel '*onderdeel*' als laatste afgerond. Bent u tot nu toe tevreden met de internetbehandeling?

OF

1. U geeft aan dat u de internetbehandeling ongeveer (*aantal weken/maanden*) geleden heeft afgerond. Wat vond u van de internetbehandeling?

OF

1. U geeft aan dat u voortijdig met de internetbehandeling bent gestopt. De reden daarvan was... (*reden invullen*). Kunt u mij daar wat meer over vertellen? Waar was/bent u ontevreden over?
2. In de vragenlijst heeft u aangegeven wat u als voordelen ziet van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling (*ingaan op maximaal vier opvallende voordelen*).

- U vindt dat u *minder moeite* hoeft te doen bij een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling. In welke opzicht hoeft u minder moeite te doen?
 - U vindt dat u een *beter overzicht* heeft over de internetbehandeling in vergelijking met de face-to-face behandeling. Kunt u het verschil in overzicht tussen de internetbehandeling en een face-to-face behandeling verder toelichten?
 - U vindt dat u *meer controle* heeft over de internetbehandeling dan over een face-to-face behandeling. In welke opzichten heeft u meer controle over de internetbehandeling?
 - U vindt het een voordeel dat u *meer vrijheid* krijgt bij een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling. Op welke manieren krijgt u meer vrijheid?
 - U vindt het een voordeel dat u bij een internetbehandeling *anoniemer* blijft in vergelijking met een face-to-face behandeling. Vindt u dat u bij de internetbehandeling voldoende anoniem blijft?
 - U vindt dat u bij de internetbehandeling *minder last van schaamte* heeft dan bij een face-to-face behandeling. Heeft u zich wel eens beschaamd gevoeld tijdens een face-to-face behandeling? En in welke situatie kwam dit voor? En is dit ook wel eens voorgekomen tijdens de internetbehandeling?
 - U vindt dat u zich bij de internetbehandeling *minder snel beledigd* voelt dan bij een face-to-face behandeling. Heeft u zich wel eens beledigd gevoeld tijdens een face-to-face behandeling? En in welke situatie kwam dit voor? En is dit ook wel eens voorgekomen tijdens de internetbehandeling?
 - U geeft aan dat u bij een internetbehandeling *meer vrijheid heeft om te zeggen wat u wilt*. Hoe komt het dat u zich tijdens de internetbehandeling vrijer voelde om te zeggen wat u wilt(de).
 - U geeft aan dat u het een voordeel vindt dat u bij de internetbehandeling *geen face-to-face contact heeft met uw hulpverlener*. Hoe is uw ervaring met face-to-face contact in eerdere behandelingen?
3. In de vragenlijst heeft u aangegeven wat u als nadelen ziet van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling. (*ingaan op maximaal vier opvallende nadelen*).
- U geeft in de vragenlijst aan dat u *veel vrijheid* krijgt. Kunt u uitleggen waarom u dit een nadeel vindt?
 - U zegt dat u het *programma lastig vindt om te gebruiken*, kunt u aangeven wat u precies lastig vindt?
 - U geeft aan dat u het een nadeel vindt dat u bij de internetbehandeling *geen face-to-face contact heeft met uw hulpverlener*. Kunt u toelichten waarom u dat een nadeel vindt?
 - U geeft aan dat u door de behandeling via internet *niet gemotiveerd bent om met anderen over uw gokgedrag te praten buiten het internet om*. Heeft u hier wel behoefte aan?

- U heeft in de vragenlijst ingevuld dat u de internetbehandeling *geen goede vervanging* vindt van de face-to-face behandeling. Kunt u dit uitleggen? In welk opzicht is de internetbehandeling geen goede vervanging?
 - U geeft aan dat u denkt dat *uw gegevens niet veilig zijn* bij een internetbehandeling. Waarom denkt u dit?
4. U geeft in de vragenlijst aan dat u (*vaker dan*) een keer een face-to-face behandeling heeft gevolgd, bij (*instelling invullen*). U heeft ingevuld dat u deze behandeling als (*ervaring met face-to-face behandeling*) heeft ervaren. Hebben deze behandelingen opgeleverd wat u er van verwacht had?
- (*indien positief*) (*indien nodig* → hoe heeft u het face-to-face contact tijdens deze behandelingen ervaren?). U bent als ik het goed begrijp positief over de face-to-face behandelingen die u heeft gevolgd. Kunt u toelichten wat uw reden was voor het kiezen van een internetbehandeling?
 - (*indien negatief*) (*indien nodig* → hoe heeft u het face-to-face contact tijdens deze behandelingen ervaren?). U bent als ik het goed begrijp niet erg tevreden over de face-to-face behandelingen. Is dat ook de reden waarom u voor een internetbehandeling heeft gekozen?

Indien wel over gedacht om een face-to-face behandeling te volgen, maar niet gevolgd:

5. U geeft aan dat u er voorafgaand aan de internetbehandeling er wel over gedacht heeft om een face-to-face behandeling te volgen, maar u heeft hier niet voor heeft gekozen. De reden die u daarvoor noemt is dat (*invullen reden*). Kunt u dit toelichten?
6. U heeft in de vragenlijst aangegeven dat u twijfelde over het aanmelden voor de internetbehandeling. Uw twijfels waren vooral (*twijfels invullen*). U geeft aan dat die twijfels nu weg zijn. Kunt u uitleggen waardoor uw twijfels zijn weggenomen?
- OF
7. U heeft in de vragenlijst aangegeven dat u twijfelde over het aanmelden voor de internetbehandeling. Uw twijfels waren vooral (*twijfels invullen*). U geeft aan dat u die twijfels nu nog steeds heeft. Kunt u uitleggen waar deze twijfels door worden veroorzaakt?
8. U geeft aan dat Tactus Verslavingszorg uw twijfels voorafgaand aan de internetbehandeling weg had kunnen nemen door (*mogelijkheden invullen*). Kunt u dit toelichten?
9. In de vragenlijst heeft u ingevuld dat u tijdens de internetbehandeling wel eens de behoefte heeft gehad aan face-to-face contact met uw hulpverlener, omdat (*reden invullen*).
- Op welke momenten vond u het contact via internet niet persoonlijk genoeg? (*optioneel*)

- Welke misverstanden deden zich voor? Waarom was het niet mogelijk om dit via internet op te lossen? (*optioneel*)
- In welk opzicht gaf het contact via internet u teveel vrijheid? (*optioneel*)
- Op welke momenten vond u dat het internet u niet genoeg motivatie bood? (*optioneel*)
- Zou dit in de internetbehandeling verbeterd kunnen worden? Zo ja, hoe?

10. Ingaan op de stellingen over usability waaruit blijkt dat de respondent ontevreden is. Voorbeeld: U geeft aan dat u vindt dat de internetbehandeling niet voldoende mogelijkheid biedt om hulp te vragen in geval van onduidelijkheid. Wanneer had u behoefte aan meer informatie? En wat was er onduidelijk? Kan dit verbeterd worden? Zo ja, hoe?

11. In de vragenlijst geeft u aan dat u technische problemen heeft gehad tijdens de internetbehandeling. Met welke technische problemen heeft u te maken gehad?

12. (*Noem technisch probleem*) heeft u opgelost door:

- Elders op internet informatie te zoeken over het probleem (*optioneel*)
- Contact op te nemen met uw hulpverlener (*optioneel*)
- Contact op te nemen met Tactus Verslavingszorg (*optioneel*)
- Vrienden/familie om hulp te vragen (*optioneel*)

Heeft u de informatie over het oplossen van technische problemen op de website gokkendebaas.nl ook gelezen?

Indien ja → als ik het goed begrijp heeft deze informatie u dus niet verder kunnen helpen?

Indien nee → Als ik het goed begrijp heeft u dus direct (*oplossing van het probleem*)?

Zou de internetbehandeling kunnen verbeteren om dergelijke problemen in de toekomst te voorkomen?

13.

- *Indien niet tevreden met oplossing van het probleem binnen 24 uur* → U gaf aan dat het technische probleem binnen 24 uur werd opgelost. In de vraag daarna geeft u echter aan dat u niet tevreden bent met de snelheid waarmee technische problemen worden opgelost. Kunt u dit toelichten?
- *Indien tevreden met oplossing van het probleem langer dan 2 dagen* → U gaf aan dat het oplossen van het technische probleem langer dan 2 dagen duurde. In de vraag daarna geeft u aan dat u hier tevreden mee bent. Kunt u dit toelichten?

14. In de vragenlijst werd u gevraagd om cijfers te geven voor verschillende onderdelen van de internetbehandeling. (*onderdelen met een 6 of lager bespreken*). Kunt u uitleggen waarom u

Dat was de laatste vraag.

15. heeft u verder nog vragen of opmerkingen?

Indien vraag of opmerking → beantwoordt vraag / noteer opmerking.

Afsluiting

Indien geen vragen of opmerkingen →

Nog steeds in behandeling → Dan wil ik u hartelijk bedanken voor uw medewerking en ik wens u nog veel succes met de behandeling.

Behandeling afgerond → Dan wil u hartelijk bedanken voor uw medewerking en ik wens u nog veel succes voor de toekomst.

Voortijdig gestopt → Dan wil u hartelijk bedanken voor uw medewerking en wens ik u nog een fijne dag/avond.

Bijlage 7 Operationaliseringstabel met de onderzoeksvragen, doelgroepen en methoden van werving.

Overzicht van onderzoeksvragen, doelgroepen, methoden en respondentenwerving

Contact	Doelgroep	Methode	Recruitment respondenten
1. Op welke manier(en) kan de doelgroep van gokkendebaas.nl worden bereikt, met name de nu nog 'onzichtbare' groep risico- en probleemgokkers? (MCS/MPS) a) Hoe groot is de huidige bekendheid van gokkendebaas.nl onder de doelgroep? (MCS) b) Op welke manier zijn - de bezoekers geïnformeerd over gokkendebaas.nl? (MCS/MPS) - de deelnemers geïnformeerd over de internetbehandeling? (MCS/MPS) c) Binnen welke periode na te zijn geïnformeerd - Wordt gokkendebaas.nl door de doelgroep bezocht? (MCS/MPS) - Meldt de doelgroep zich aan voor de internetbehandeling? (MCS/MPS) d) Hoe kan de bekendheid van gokkendebaas.nl onder de doelgroep worden vergroot? (MCS) e) Op welke plekken kunnen problematische gokkers worden bereikt? (MCS) f) Op welke manieren kunnen problematische gokkers worden bereikt? (MCS)	Cliënten in behandeling	Vragenlijst en telefonische interviews	Huidige cliënten vullen vragenlijst in en nemen deel aan telefonisch interview, vervolgens meer respondenten werven via RDS
	Mensen die de website GdB hebben bezocht	Vragenlijst	Via POP-up bij websitebezoek
	Mensen die de website GdB NIET hebben bezocht	Vragenlijst	Via RDS huidige cliënten EN via gokgerelateerde sites met een link EN benaderen via het Holland Casino

Gebruik	Doelgroep	Methode	Recruitment respondenten
2. Hoe wordt een behandeling <u>via internet</u> ervaren door de cliënten die op dit moment in behandeling zijn? (MCS) - Hoe ervaart de doelgroep de internetbehandeling m.b.t. inhoud? - Hoe ervaart de doelgroep de internetbehandeling m.b.t. techniek? - Hoe ervaart de doelgroep de internetbehandeling m.b.t. vormgeving? - Wat kan worden verbeterd aan de internetbehandeling om het gebruik te vergemakkelijken?	Cliënten in behandeling	Vragenlijst en telefonische interviews	Huidige cliënten vullen vragenlijst in en nemen deel aan telefonisch interview, vervolgens meer respondenten werven via RDS
3. Wat is er bekend over het aantal bezoekers van gokkendelaas.nl? (MCS) - Welke pagina's worden het meest bezocht? - Hoe ziet de geografische spreiding van de bezoekers eruit?	Mensen die de website GdB hebben bezocht	Google Analytics	n.v.t.

Gebruikers	Doelgroep	Methode	Recruitment respondenten
4. Welke factoren zijn van invloed op de intentie voor aanmelding voor een (internet)behandeling? (MCS/MPS) - Wat zijn de voor- en nadelen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling? (MPS) - Welke barrières ervaren de risico- en probleemgokkers bij het aanmelden voor een internetbehandeling? (MPS/MCS) - Hoe kunnen de ervaren barrières worden opgeheven? (MPS/MCS) - Welke variabelen voorspellen de intentie tot het volgen van een behandeling voor het gokgedrag? (MPS) - Hoe is de verdeling van de risico- en probleemgokkers binnen de fasen van het TTM? (MPS) - Zijn er verschillen in de ervaren barrières m.b.t. de fasen van het TTM waarin zij zich bevinden? (MPS) - Verschildt de benaderingswijze van risico- en probleemgokkers tussen de verschillende fasen van het TTM? (MPS)	Mensen die de website GdB hebben bezocht	Vragenlijst	Via POP-up bij websitebezoek

	Mensen die de website GdB NIET hebben bezocht	Vragenlijst	Via RDS huidige cliënten EN via gokgerelateerde sites met een link EN benaderen via het Holland Casino
5. Is er een verschil tussen het gebruikersprofiel van de websitebezoekers en het algemene profiel van risico- en probleemgokkers zoals beschreven in de literatuur? (MCS)	Mensen die de website GdB hebben bezocht	Vragenlijst	Via POP-up bij websitebezoek
6. Is er een verschil tussen het gebruikersprofiel van de deelnemers aan de internetbehandeling en het algemene profiel van risico- en probleemgokkers zoals beschreven in de literatuur? (MCS/MPS)	Cliënten in behandeling	Vragenlijst en telefonische interviews	Huidige cliënten vullen vragenlijst in en nemen deel aan telefonisch interview, vervolgens meer respondenten werven via RDS
8. Wat is het effect van een bezoek aan GdB op de adoptie of verwerping van deze website? (MCS/MPS)	Mensen die de website GdB hebben bezocht	Vragenlijst	Via POP-up bij websitebezoek
9. Wat is het effect van deelname aan de internetbehandeling van GdB op de adoptie of verwerping van de behandeling?(MCS/MPS)	Cliënten in behandeling	Vragenlijst en telefonische interviews	Huidige cliënten vullen vragenlijst in en nemen deel aan telefonisch interview, vervolgens meer respondenten werven via RDS

Bijlage 8 Correlatietabellen uit hoofdstuk 4

Correlaties tussen de mate van gokverslaving en de demografische gegevens en de intentie om anderen te vertellen over GdB.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Mate van gokverslaving	1	-.233*	-.230*	-.271*	-.106	-.084	.044	-.117	-.196*
2. Geslacht		1	.359**	.011	.177	.033	-.026	-.220*	-.073
3. Leeftijd			1	.101	.614**	.193	.080	-.291**	-.015
4. Opleiding				1	-.126	-.157	-.037	.153	.066
5. Huwelijk					1	.374**	.083	-.201	-.178
6. Woonsituatie						1	.159	-.104	.037
7. Bezigheid							1	.032	.037
8. Uren internet								1	.290**
9. Intentie om anderen te vertellen over GdB									1

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Bijlage 9 Correlatietabellen uit hoofdstuk 5

Correlatie tussen de mate van gokverslaving en de plekken waar problematische gokkers kunnen worden bereikt.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Mate van gokverslaving	1	.028	-.031	.073	.111	-.061	-.119	-.119	.019	-.061	-.101	-.099	.032
2. Goksites		1	.478**	.610**	.638**	.301**	.124	.265**	.278**	.136	.318**	.145*	.317**
3. Fora			1	.263**	.183**	.175*	.235**	.170*	.141*	.159*	.227**	.255**	.271**
4. Holland Casino				1	.724**	.360**	.155*	.247**	.399**	.126	.293**	.226**	.259**
5. Speelhallen					1	.373**	.118	.211**	.447**	.132	.275**	.236**	.166*
6. Snackbar						1	.432**	.432**	.478**	.367**	.248**	.458**	.224**
7. Buurthuis							1	.616**	.463**	.436**	.183**	.348**	.214**
8. Sportkantine								1	.463**	.593**	.116	.449**	.214**
9. Café									1	.348**	.028	.234**	.198**
10. Restaurant										1	.059	.296**	.192**
11. Arts											1	.270**	.239**
12. Werk												1	.231**
13. Thuis													1

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlatie tussen de mate van gokverslaving en de manieren om problematische gokkers te bereiken.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Mate van gokverslaving	1	.223**	.100	.164	.067	.094	.169*	.244**	.098	.086	-.071	.010	-.061
2. E-mail		1	.395**	.422**	.413**	.401**	.470**	.494**	.450**	.483**	.324**	.207**	.265**
3. Post			1	.311**	.291**	.261**	.211**	.292**	.271**	.194**	.307**	.269**	.337**
4. Televisie				1	.613**	.642**	.605**	.278**	.568**	.505**	.273**	.327**	.429**
5. Radio					1	.692**	.631**	.303**	.683**	.413**	.233**	.215**	.271**
6. Krant						1	.660**	.276**	.596**	.433**	.128	.232**	.267**
7. Tijdschrift							1	.304**	.714**	.433**	.252**	.271**	.310**
8. Sms								1	.272**	.204**	.362**	.303**	.220**
9. Poster									1	.518**	.258**	.330**	.336**
10. Website										1	.214**	.125	.328**
11. Familie											1	.666**	.423**
12. Werk												1	.436**
13. Arts													1

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Bijlage 10 Correlatietabellen uit hoofdstuk 6

Intentie om de website te bezoeken, demografische variabelen en DSM.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Intentie om de website te bezoeken	1	-.605**	.145	.110	.241*	-.032	.054	.008	.090
2. Mate van gokverslaving		1	-.233*	-.230*	-.271*	-.106	-.084	.044	-.117
3. Geslacht			1	.359**	.011	.177	.033	-.026	-.220*
4. Leeftijd				1	.101	.614**	.193	.080	-.291**
5. Opleiding					1	-.126	-.157	-.037	.153
6. Huwelijk						1	.374**	.083	-.201
7. Woonsituatie							1	.159	-.104
8. Belangrijkste bezigheid								1	.032
9. Gemiddeld aantal uren internet per week									1

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlatie tussen de bereidheid tot veranderen en de plekken waar problematische gokkers kunnen worden bereikt.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Bereidheid tot veranderen	1	-.105	-.020	.047	-.052	-.013	-.100	-.100	-.374*	-.070	.289	.130	.097
2. Goksites		1	.478**	.610**	.638**	.301**	.124	.265**	.278**	.136	.318**	.145*	.317**
3. Fora			1	.263**	.183**	.175*	.235**	.170*	.141*	.159*	.227**	.255**	.271**
4. Holland Casino				1	.724**	.360**	.155*	.247**	.399**	.126	.293**	.226**	.259**
5. Speelhallen					1	.373**	.118	.211**	.447**	.132	.275**	.236**	.166*
6. Snackbar						1	.432**	.432**	.478**	.367**	.248**	.458**	.224**
7. Buurthuis							1	.616**	.463**	.436**	.183**	.348**	.214**
8. Sportkantine								1	.463**	.593**	.116	.449**	.214**
9. Café									1	.348**	.028	.234**	.198**
10. Restaurant										1	.059	.296**	.192**
11. Arts											1	.270**	.239**
12. Werk												1	.231**
13. Thuis													1

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlatie tussen de bereidheid tot veranderen en de manieren om problematische gokkers te bereiken.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Mate van gokverslaving	1	.062	.281	-.157	-.086	-.227	.018	-.020	-.295*	-.223	.005	-.113	-.026
2. E-mail		1	.395**	.422**	.413**	.401**	.470**	.494**	.450**	.483**	.324**	.207**	.265**
3. Post			1	.311**	.291**	.261**	.211**	.292**	.271**	.194**	.307**	.269**	.337**
4. Televisie				1	.613**	.642**	.605**	.278**	.568**	.505**	.273**	.327**	.429**
5. Radio					1	.692**	.631**	.303**	.683**	.413**	.233**	.215**	.271**
6. Krant						1	.660**	.276**	.596**	.433**	.128	.232**	.267**
7. Tijdschrift							1	.304**	.714**	.433**	.252**	.271**	.310**
8. Sms								1	.272**	.204**	.362**	.303**	.220**
9. Poster									1	.518**	.258**	.330**	.336**
10. Website										1	.214**	.125	.328**
11. Familie											1	.666**	.423**
12. Werk												1	.436**
13. Arts													1

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Bijlage 11 De informatie (boodschap) voor problematische gokkers

-
- 1 Anonimiteit, laagdrempelig.
 - 2 Doorverwijzen naar een hulp instantie.
 - 3 Gokverslaving? het kan iedereen overkomen.
Je staat er niet allen voor,
ga naar de website.....
 - 4 Tactus had er voordien nog nooit van gehoord, maar ken het en ze doen goede dingen.
 - 5 Dat je gegevens vertrouwelijk worden behandeld.
 - 6 Waar je de website kunt vinden.
 - 7 Holland Casino zou een flyer kunnen uitreiken met eventueel een telefoonnummer voor hulp?
 - 8 Zonde van de tijd en geld.
 - 9 Voor mensen die zich schamen of slechte ervaringen hebben met face-to-face lijkt mij internetbehandeling een goede oplossing. Deze bereik je ook het beste via websites. maak reclame met het feit dat persoonlijk contact alleen hoeft als men daar zelf naar gaat vragen.
 - 10 Informatie hoe de site te gebruiken om hun gokverslaving te stoppen.
 - 11 Dat ze hulp kunnen krijgen en er een oplossing is.
 - 12 De gevaren.
 - 13 Geen idee, erg lastige vraag, kan je wel wat A4tjes over schrijven als je het goed aanpakt, in elk geval benadrukken over anonimiteit van de behandeling, lijkt me belangrijk voor deze personen.
 - 14 Niet meer gokken en mensen helpen.
 - 15 Anonieme behandeling.
 - 16 Meer richtbaarheid aangeven.
 - 17 Anoniem is denk ik het belangrijkste, in ieder geval voor mij.
 - 18 Hoe jullie tewerk gaan.
 - 19 Anoniem.
 - 20 De gratis hulp die wordt aangeboden.
 - 21 Wat de site te bieden heeft en wat de voordelen zijn. Ook eventuele de nadelen belichten.
 - 22 Weer controle over je leven krijgen.
 - 23 Gegarandeerd stoppen met gokken.
 - 24 Hulpverlening.
 - 25 Dat gokken zonde is van je geld, dat je zo diep in de shit komt alleen al door spam die je ontvangt op de mail...
-

-
- 26 Dat ze is goed naar zichzelf moeten kijken.
- 27 Een verhaal bekend maken.
- 28 Stop gokken.
- 29 Dat ze niet winnen en het geld dat ze winnen niks is vergeleken met wat de casino wint.
- 30 Waarschuw mensen tegen de internet casino's. Het is zo makkelijk om te gaan gokken en als je de eerste paar keren wint ben je verloren! Het lijkt een tegenspraak maar het is niet zo!

Bovendien vind ik het de verantwoordelijkheid van de overheid om mensen tegen zichzelf te beschermen. Laat de overheid een GRATIS programma beschikbaar maken voor mensen met Windows XP en Windows Vista en LINUX om zelf hun pc te kunnen blokkeren tegen de internet casino sites.

En ban de advertenties in de nacht over internet casino's op de TV.

- 31 Hoe groot is de kans dat je wel eens wint.
- 32 Hulp met het stoppen, de tips & trucs.
-

Bijlage 12 De beste manier is om GdB onder de aandacht van de doelgroep te brengen

-
- 1 Folders bij huisarts, bibliotheek enz.
 - 2 Tussen het msnen door.
 - 3 Via reclame.
 - 4 Verspreiding van flyers en reclame in gokhallen en casino's.
 - 5 Holland casino stuurt bezoekers regelmatig post. Doe er reclame en info bij van www.gokkendebaas.nl.
 - 6 Veel reclame.
 - 7 In gokgelegenheden en posters op straat.
 - 8 Naar de doelgroep toe gaan. Naar de plekken waar hun probleem ligt en dat is in de gokgelegenheden.
 - 9 Reclame.
 - 10 Televisie en e-mail.
 - 11 Via Holland Casino, want die kunnen precies zien hoe vaak men een casino bezoekt!
 - 12 Moeilijke vraag, ik zit niet in die wereld. Ik denk persoonlijk aanspreken.
 - 13 Zie vorig antwoord en reclame maken op zoekpagina's; die bekijkt iedereen!
 - 14 De omgeving van de persoon waarschuwen d.m.v. verschillende reclame-uitingen.
 - 15 Via televisie.
 - 16 Je zou via posters / kranten / TV spotjes en dergelijke familie en vrienden kunnen wijzen op de mogelijke problemen die een vriend of familielid kan ervaren / krijgen door het gokprobleem en dat zij kunnen helpen. Sociale controle zal veel kunnen doen, maar niet voor iedereen denk ik.
 - 17 Reclames maken.
 - 18 E-mail.
 - 19 Hoe kom je van het probleem af.
 - 20 Zoals ik al eerder zei lijkt een documentaire over gokverslaving met daarin dus ook aandacht voor de website en uitleg etc. over de behandelingsmethoden, eventueel met een cliënt die toch bereid is om hieraan mee te werken te interviewen, nou ja vul zelf maar in, je kan vast genoeg info stoppen in een programma van 30-60 minuten.
 - 21 Reclame of in de krant.
 - 22 Reclame.
 - 23 Op goksites adverteren.
 - 24 Meer reclame maken, want er zijn heel veel mensen die verslaafd zijn zoals ik...
 - 25 Reclame verspreiden in casino's ed.
-

-
- 26 Folders uitdelen bij gokhallen.
 - 27 Adverteren.
 - 28 Met pop-up.
 - 29 Internet.
 - 30 Vooral de anonimiteit.
 - 31 Via de media.
 - 32 TV.
 - 33 Krant.
 - 34 E-mail.
 - 35 Reclame voor de gratis hulp.
 - 36 Op gok en verslavingssites verspreiden bij speelhallen en de casino's flyers uitdelen.
 - 37 Doe het niet belerend...blijf open.
 - 38 TV.
 - 39 Door de samenwerking aan te gaan met fysieke gokgelegenheden in Nederland en met virtuele gokgelegenheden in het buitenland. door samen te werken met deze partijen (die veelal al actief zijn op het gebied van gokpreventie) kan de link in een dergelijke gelegenheid of website geadverteerd worden als mensen hier naar op zoek zijn.
 - 40 Meer info.
 - 41 Reclame.
 - 42 Je kunt mensen die niet geholpen willen worden niet helpen. Dus die website heeft dan niet veel zin.
 - 43 Billboards.
 - 44 Via banners op speelsites
 - 45 Garantie te geven om anoniem te blijven.
 - 46 Op locatie in de goktenten.
 - 47 Posters ophangen in speelhallen.
 - 48 Afspraken maken.
 - 49 Televisie.
 - 50 Adverteren op radio en tv.
 - 51 Folders.
 - 52 Meer reclame maken op de TV bijvoorbeeld.
 - 53 Posters bushokjes.
-

-
- 54 Advertentie.
 - 55 Promoten op goksites en via mail te proberen te bereiken. misschien via vrienden of kennissen dat ze de email adressen anoniem kunnen invullen op een bepaalde site en dat je zo erachter komt wie er teveel gokt en kunt benaderen.
 - 56 Adverteren langs de snelweg en ingangen van casino's.
 - 57 Reclame maken misschien.
 - 58 Eerst duidelijk aan hun maken dat wat ze doen niet normaal is en dat het een probleem is waar ze echt wat aan moeten doen.
 - 59 Folders uitdelen in b/v casino's.
 - 60 Met Google Adword promoten op internet en op tv radio, media zoals kranten.
 - 61 Het schade effect laten zien.
 - 62 E-mailen.
 - 63 Via fora en huisarts. Niet via HC of andere gokhallen en websites, mensen die daar komen willen niet stoppen. Ik vind het wel goed om "probleemgevallen" thuis aan te schrijven, op die manier is er een goed kans dat ouders of partner erachter komt en kan helpen.
 - 64 Adverteren in casino,s en gokhallen.
-

Bijlage 13 Usability van de internetbehandeling

Overzicht usability internetbehandeling (N= 6)

Item	Mee oneens N(%)	Neutraal N(%)	Mee eens N(%)
Ik vind dat de internetbehandeling er over het algemeen goed uitziet	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind de internetbehandeling over het algemeen overzichtelijk	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind de internetbehandeling betrouwbaar	0(0.0)	2(33.3)	4(66.7)
Ik vind de internetbehandeling geloofwaardig	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind dat de internetbehandeling mij de mogelijkheden biedt om mijn gokgedrag te veranderen	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind de aanmeldprocedure voor de internetbehandeling duidelijk	0(0.0)	0(0.0)	6(100.0)
Ik vind de uitleg over het gebruik van de internetbehandeling duidelijk	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind de informatie die de internetbehandeling biedt nuttig	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind de teksten in de internetbehandeling begrijpelijk	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind het taalgebruik tijdens de internetbehandeling duidelijk	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind dat de internetbehandeling voldoende mogelijkheid biedt om hulp te vragen in geval van onduidelijkheid	1(16.7)	1(16.7)	4(66.7)
Ik vind het gemakkelijk om in te loggen in mijn dossier	0(0.0)	0(0.0)	6(100.0)
Ik vind het duidelijk waar ik me in de internetbehandeling bevind	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind het gemakkelijk om binnen de internetbehandeling te vinden wat ik zoek (bijv. gokschrift)	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind het duidelijk wat ik voor een bepaalde actie moet doen (bijv. invullen gokschrift)	1(16.7)	0(0.0)	5(83.3)
Ik vind het prettig dat ik vanuit het berichtenscherf rechtstreeks naar het gokschrift kan gaan	0(0.0)	3(50.0)	3(50.0)
Ik vind dat het laden van de pagina's te langzaam gaat	3(50.0)	2(33.3)	1(16.7)
Ik vind de verschillende onderdelen van de internetbehandeling goed zichtbaar	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind dat de onderdelen van de internetbehandeling logisch verspreid zijn over de pagina's	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind dat de internetbehandeling te weinig icoontjes bevat (zoals een envelop bij berichten)	2(33.3)	4(66.7)	0(0.0)
Ik vind het kleurgebruik van de internetbehandeling prettig om naar te kijken	1(16.7)	2(33.3)	3(50.0)

Ik vind het kleurgebruik goed passen bij deze internetbehandeling	1(16.7)	4(66.7)	1(16.7)
Ik vind het lettertype in de internetbehandeling duidelijk leesbaar	0(0.0)	2(33.3)	4(66.7)
Ik vind het lettertype in de internetbehandeling te zakelijk	2(33.3)	3(50.0)	1(16.7)
Ik vind de lettergrootte van de teksten in de internetbehandeling goed leesbaar	0(0.0)	3(50.0)	3(50.0)
Ik vind dat de titels van de klikbare elementen duidelijk maken welke informatie ik er kan vinden	2(33.3)	1(16.7)	3(50.0)
Ik vind de klikbare elementen in de internetbehandeling goed zichtbaar	1(16.7)	1(16.7)	4(66.7)
Ik vind het prettig om een overzicht van mijn geregistreerde gokgedrag te kunnen bekijken	0(0.0)	1(16.7)	5(83.3)
Ik vind de manier waarop het gokschrift ingevuld moet worden duidelijk	2(33.3)	1(16.7)	3(50.0)
Ik vind het invullen van het gokschrift via internet lastig	3(50.0)	0(0.0)	3(50.0)
Ik vind de invulmethode van het gokschrift prettig om te gebruiken	3(50.0)	1(16.7)	2(33.3)
Ik vind dat er op het juiste moment uitleg wordt gegeven over het invullen van het gokschrift	1(16.7)	3(50.0)	2(33.3)
Ik vind de informatie in de ontvangen berichten duidelijk	0(0.0)	0(0.0)	6(100.0)
Ik vind de kopjes in de ontvangen berichten duidelijk	0(0.0)	0(0.0)	6(100.0)
Ik vind het duidelijk wat de hulpverlener van mij verwacht	1(16.7)	1(16.7)	4(66.7)
Ik vind het gemakkelijk om de ontvangen berichten te beantwoorden	2(33.3)	1(16.7)	3(50.0)
Ik vind dat de ontvangen berichten een goede hoeveelheid tekst bevatten	1(16.7)	1(16.7)	4(66.7)

Bijlage 14 Figuren van het gokschrift en momentbeschrijvingen

Schrift van _test_gokker Woensdag 21 oktober 2009 12:43

Minimaliseren Sluiten

Registreer je gokken Overzicht registratie Overzicht momentbeschrijvingen

Kalender

Oktober 2009

M	D	W	D	V	Z	Z
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Legenda

- 12 Ingevulde dag
- 29 Niet ingevulde dag
- 5 Huidige datum
- 23 Geselecteerde datum

Woensdag 14 Oktober 2009

Tijd	Opmerkingen
00:00	
01:00	
02:00	
03:00	
04:00	
05:00	
06:00	
07:00	
08:00	
09:00	
10:00	
11:00	Zin in, gegokt Gokkast 100
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	

Geen zin & niet gegokt Print lege pagina

tactive

Figuur 6 Gokregistratie

Schrift van _test_gokker Woensdag 21 oktober 2009 12:43

Minimaliseren Sluiten

Registreer je gokken Overzicht registratie Overzicht momentbeschrijvingen

Kalender

Oktober 2009

M	D	W	D	V	Z	Z
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Legenda

- 12 Ingevulde dag
- 29 Niet ingevulde dag
- 17 Dag met momentbeschrijving
- 5 Huidige datum
- 23 Geselecteerde datum

Maandag 12 Oktober 2009

15:00 uur | Zin in, gegokt | Gokkast | 45

Situatie

Waar: In het casino
Ik was (daar met): alleen
Bezigheid: Spelen op de gokkast
Gebeurtenis: Eerst ging het erg goed en won ik veel geld, maar dat was ik ook zo weer kwijt

Gedachten

Alleen achter de gokkast voel ik me gelukkig
Ik moet geld in die kast gooien

Gevoel

gespannen
Eerst was ik erg blij, maar toen ik al m'n geld weer kwijtraakte, werd ik toch wel verdrietig. 

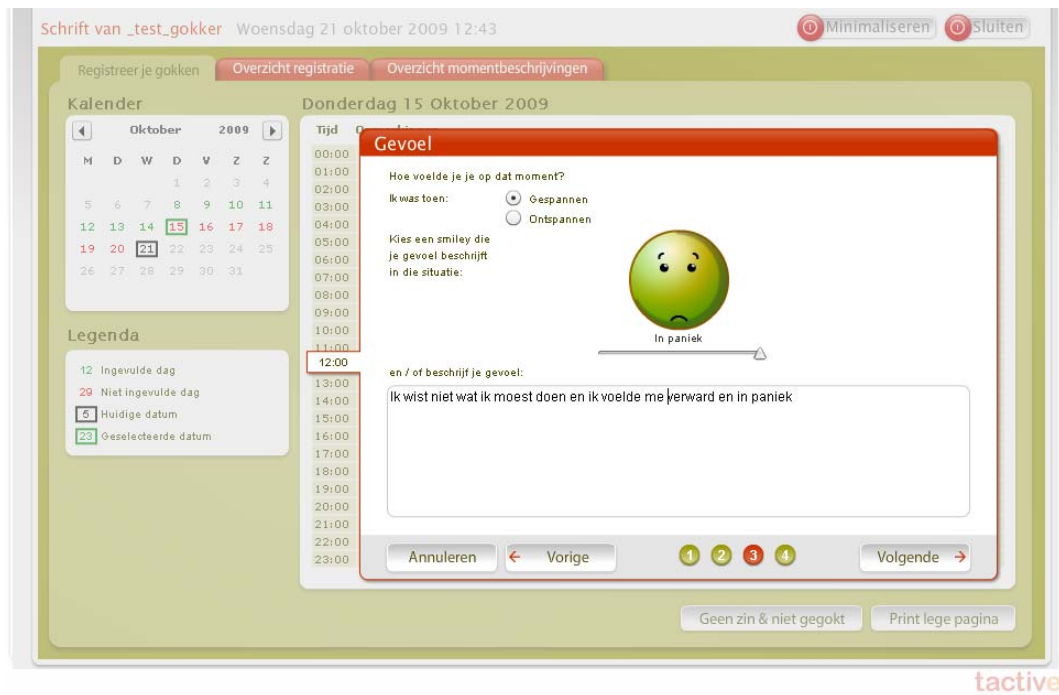
Gedrag

Ik ga door met gokken tot ik m'n geld op heb.

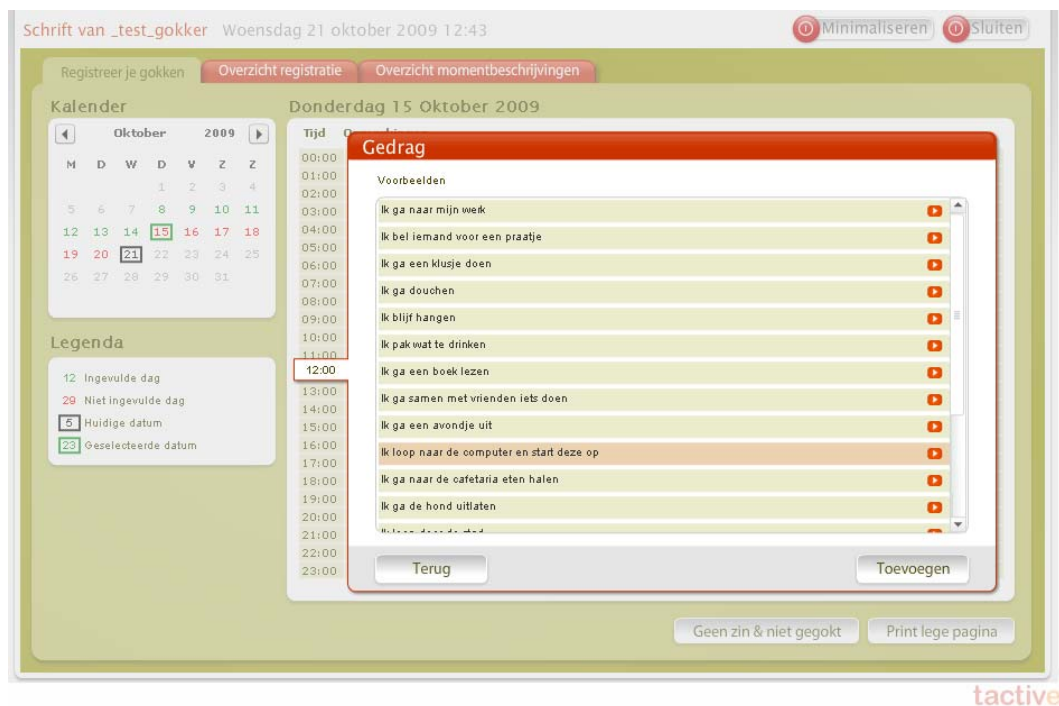
Alle momentbeschrijvingen
Print beschrijvingen per dag

tactive

Figuur 7 Voorbeeld van een momentbeschrijving



Figuur 8 Momentbeschrijving gevoel



Figuur 9 Momentbeschrijving voorbeelden van gedrag

Bijlage 15 Antwoorden op de stellingen over voordelen

Voordelen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling

Item	Antwoord	Website bezoekers (N=2)	Niet website bezoekers (N=94)	Cliënten in behandeling (N=6)
		N	N(%)	N
Ik bespaar tijd	Helemaal mee oneens	0(0.0)	4(4.3)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	9(9.4)	1(16.7)
	Neutraal	0(0.0)	20(20.8)	0(0.0)
	Mee eens	2(100.0)	47(49.0)	3(50.0)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	16(17.0)	2(33.3)
Ik hoef minder moeite te doen	Helemaal mee oneens	0(0.0)	7(7.4)	1(16.7)
	Mee oneens	0(0.0)	13(13.8)	0(0.0)
	Neutraal	1(50.0)	21(22.3)	2(33.3)
	Mee eens	0(0.0)	42(44.7)	3(50.0)
	Helemaal mee eens	1(50.0)	11(11.7)	0(0.0)
Ik heb een beter overzicht over de behandeling	Helemaal mee oneens	0(0.0)	8(8.5)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	17(18.1)	0(0.0)
	Neutraal	1(50.0)	35(37.2)	3(50.0)
	Mee eens	1(50.0)	28(29.8)	3(50.0)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	6(6.4)	0(0.0)
Ik vind de behandeling via internet beter bereikbaar	Helemaal mee oneens	0(0.0)	3(3.2)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	13(13.8)	0(0.0)
	Neutraal	0(0.0)	27(28.7)	2(33.3)
	Mee eens	0(0.0)	41(43.6)	3(50.0)
	Helemaal mee eens	2(100.0)	10(10.6)	1(16.7)
Ik hoef geen afspraak te maken	Helemaal mee oneens	0(0.0)	2(2.1)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	8(8.5)	0(0.0)
	Neutraal	0(0.0)	15(16.1)	1(16.7)
	Mee eens	1(50.0)	50(53.2)	2(33.3)
	Helemaal mee eens	1(50.0)	19(20.2)	3(50.0)
Ik hoef geen instelling te bezoeken	Helemaal mee oneens	0(0.0)	2(2.1)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	7(7.4)	0(0.0)
	Neutraal	0(0.0)	11(11.7)	0(0.0)
	Mee eens	0(0.0)	49(52.1)	3(50.0)
	Helemaal mee eens	2(100.0)	25(26.6)	3(50.0)
Ik heb meer controle over de behandeling	Helemaal mee oneens	0(0.0)	9(9.6)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	19(20.2)	3(50.0)
	Neutraal	1(50.0)	31(33.0)	1(16.7)
	Mee eens	1(50.0)	26(27.7)	2(33.3)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	9(9.6)	0(0.0)
Ik krijg meer vrijheid	Helemaal mee oneens	0(0.0)	5(5.3)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	7(7.4)	2(33.3)
	Neutraal	1(50.0)	26(27.7)	2(33.3)
	Mee eens	0(0.0)	43(45.7)	2(33.3)
	Helemaal mee eens	1(50.0)	13(13.8)	0(0.0)
Ik blijf anoniemer	Helemaal mee oneens	0(0.0)	3(3.2)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	9(9.6)	0(0.0)
	Neutraal	0(0.0)	17(18.1)	3(50.0)
	Mee eens	0(0.0)	39(41.5)	2(33.3)

	Helemaal mee eens	2(100.0)	26(27.7)	1(16.7)
Ik heb minder last van schaamte	Helemaal mee oneens	0(0.0)	6(6.4)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	7(7.4)	0(0.0)
	Neutraal	0(0.0)	24(25.5)	3(50.0)
	Mee eens	0(0.0)	34(36.2)	1(16.7)
	Helemaal mee eens	2(100.0)	23(24.5)	2(33.3)
Ik voel me minder snel beledigd door een hulpverlener	Helemaal mee oneens	0(0.0)	11(11.7)	1(16.7)
	Mee oneens	1(50.0)	14(14.9)	3(50.0)
	Neutraal	0(0.0)	42(44.7)	1(16.7)
	Mee eens	1(50.0)	17(18.1)	1(16.7)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	10(10.6)	0(0.0)
Ik heb meer vrijheid om te zeggen wat ik wil	Helemaal mee oneens	0(0.0)	7(7.4)	1(16.7)
	Mee oneens	1(50.0)	13(13.8)	1(16.7)
	Neutraal	0(0.0)	26(27.7)	1(16.7)
	Mee eens	1(50.0)	32(34.0)	3(50.0)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	16(17.0)	0(0.0)
Ik krijg sneller een reactie en advies	Helemaal mee oneens	0(0.0)	9(9.6)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	12(12.8)	2(33.3)
	Neutraal	1(50.0)	36(38.3)	2(33.3)
	Mee eens	1(50.0)	27(28.7)	1(16.7)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	10(10.6)	1(16.7)
Ik vind het interessanter omdat het nieuw is	Helemaal mee oneens	0(0.0)	13(13.8)	1(16.7)
	Mee oneens	2(100.0)	18(19.1)	1(16.7)
	Neutraal	0(0.0)	36(38.3)	4(66.7)
	Mee eens	0(0.0)	17(18.1)	0(0.0)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	10(10.6)	0(0.0)
Ik ben al bekend met het gebruik van internet	Helemaal mee oneens	0(0.0)	11(11.7)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	4(4.3)	0(0.0)
	Neutraal	0(0.0)	30(31.9)	0(0.0)
	Mee eens	2(100.0)	29(30.9)	5(83.3)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	20(21.3)	1(16.7)
Ik heb geen face-to-face contact met een hulpverlener	Helemaal mee oneens	0(0.0)	12(12.8)	1(16.7)
	Mee oneens	0(0.0)	11(11.7)	0(0.0)
	Neutraal	1(50.0)	29(30.9)	2(33.3)
	Mee eens	1(50.0)	22(23.4)	2(33.3)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	20(21.3)	1(16.7)
Ik kan de behandeling in mijn eigen tempo volgen	Helemaal mee oneens	0(0.0)	7(7.4)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	6(6.4)	0(0.0)
	Neutraal	1(50.0)	29(30.9)	0(0.0)
	Mee eens	1(50.0)	39(41.5)	5(83.3)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	13(13.8)	1(16.7)
Ik kan de behandeling in mijn eigen tijd volgen	Helemaal mee oneens	0(0.0)	3(3.2)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	3(3.2)	0(0.0)
	Neutraal	0(0.0)	25(26.6)	0(0.0)
	Mee eens	2(100.0)	45(47.9)	4(66.7)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	18(19.1)	2(33.3)
Ik kan zelf bepalen wanneer ik de berichten lees	Helemaal mee oneens	0(0.0)	3(3.2)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	3(3.2)	0(0.0)
	Neutraal	0(0.0)	23(24.5)	0(0.0)
	Mee eens	2(100.0)	45(47.9)	4(66.7)

	Helemaal mee eens	0(0.0)	20(21.3)	2(33.3)
Ik kan alles nog eens nalezen	Helemaal mee oneens	0(0.0)	4(4.3)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	Neutraal	1(50.0)	16(17.4)	0(0.0)
	Mee eens	1(50.0)	49(53.3)	4(66.7)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	23(25.0)	2(33.3)
Ik kan de behandeling vanuit huis volgen	Helemaal mee oneens	0(0.0)	4(4.3)	0(0.0)
	Mee oneens	0(0.0)	3(3.3)	0(0.0)
	Neutraal	0(0.0)	11(12.0)	0(0.0)
	Mee eens	2(100.0)	50(54.3)	3(50.0)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	24(26.1)	3(50.0)
Anders, namelijk		NVT	7(7.6)	NVT

Bijlage 16 Antwoorden op de stellingen over nadelen

Nadelen van een internetbehandeling in vergelijking met een face-to-face behandeling

Item	Antwoord	Website bezoekers (N=2) N(%)	Niet website bezoekers (N=90) N(%)	Clënten in behandeling (N=6) N(%)
Ik krijg teveel vrijheid	Helemaal mee oneens	0(0.0)	3(3.3)	0(0.0)
	Mee oneens	1(50.0)	10(11.1)	1(16.7)
	Neutraal	0(0.0)	25(27.8)	3(50.0)
	Mee eens	1(50.0)	33(36.7)	2(33.3)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	19(21.1)	0(0.0)
Ik vind het programma lastig om te gebruiken	Helemaal mee oneens	0(0.0)	9(10.0)	1(16.7)
	Mee oneens	2(100.0)	18(20.0)	3(50.0)
	Neutraal	0(0.0)	51(56.7)	1(16.7)
	Mee eens	0(0.0)	10(11.1)	1(16.7)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	2(2.2)	0(0.0)
Ik heb geen face-to-face contact met een hulpverlener	Helemaal mee oneens	1(50.0)	6(6.7)	1(16.7)
	Mee oneens	0(0.0)	13(14.4)	0(0.0)
	Neutraal	1(50.0)	34(37.8)	0(0.0)
	Mee eens	0(0.0)	25(27.8)	3(50.0)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	12(13.3)	2(33.3)
Ik ben niet gemotiveerd om er met anderen over te praten buiten het internet om	Helemaal mee oneens	0(0.0)	5(5.6)	2(33.3)
	Mee oneens	1(50.0)	11(12.2)	1(16.7)
	Neutraal	0(0.0)	35(38.9)	2(33.3)
	Mee eens	1(50.0)	30(33.3)	1(16.7)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	9(10.0)	0(0.0)
Ik vind het geen goede vervanging van de face-to-face behandeling	Helemaal mee oneens	0(0.0)	2(2.2)	1(16.7)
	Mee oneens	1(50.0)	8(8.9)	2(33.3)
	Neutraal	1(50.0)	46(51.1)	2(33.3)
	Mee eens	0(0.0)	19(21.1)	1(16.7)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	15(16.7)	0(0.0)
Ik vind dat de internetbehandeling niet voor iedereen toegankelijk is (gebrek aan internettoegang of beheersing van de taal)	Helemaal mee oneens	0(0.0)	4(4.4)	0(0.0)
	Mee oneens	1(50.0)	15(16.7)	2(33.3)
	Neutraal	1(50.0)	43(47.8)	4(66.7)
	Mee eens	0(0.0)	20(22.2)	0(0.0)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	8(8.9)	0(0.0)
Ik denk dat mijn gegevens niet veilig zijn	Helemaal mee oneens	0(0.0)	8(8.9)	1(16.7)
	Mee oneens	1(50.0)	16(17.8)	2(33.3)
	Neutraal	0(0.0)	35(38.9)	2(33.3)
	Mee eens	1(50.0)	21(23.3)	0(0.0)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	10(11.1)	1(16.7)

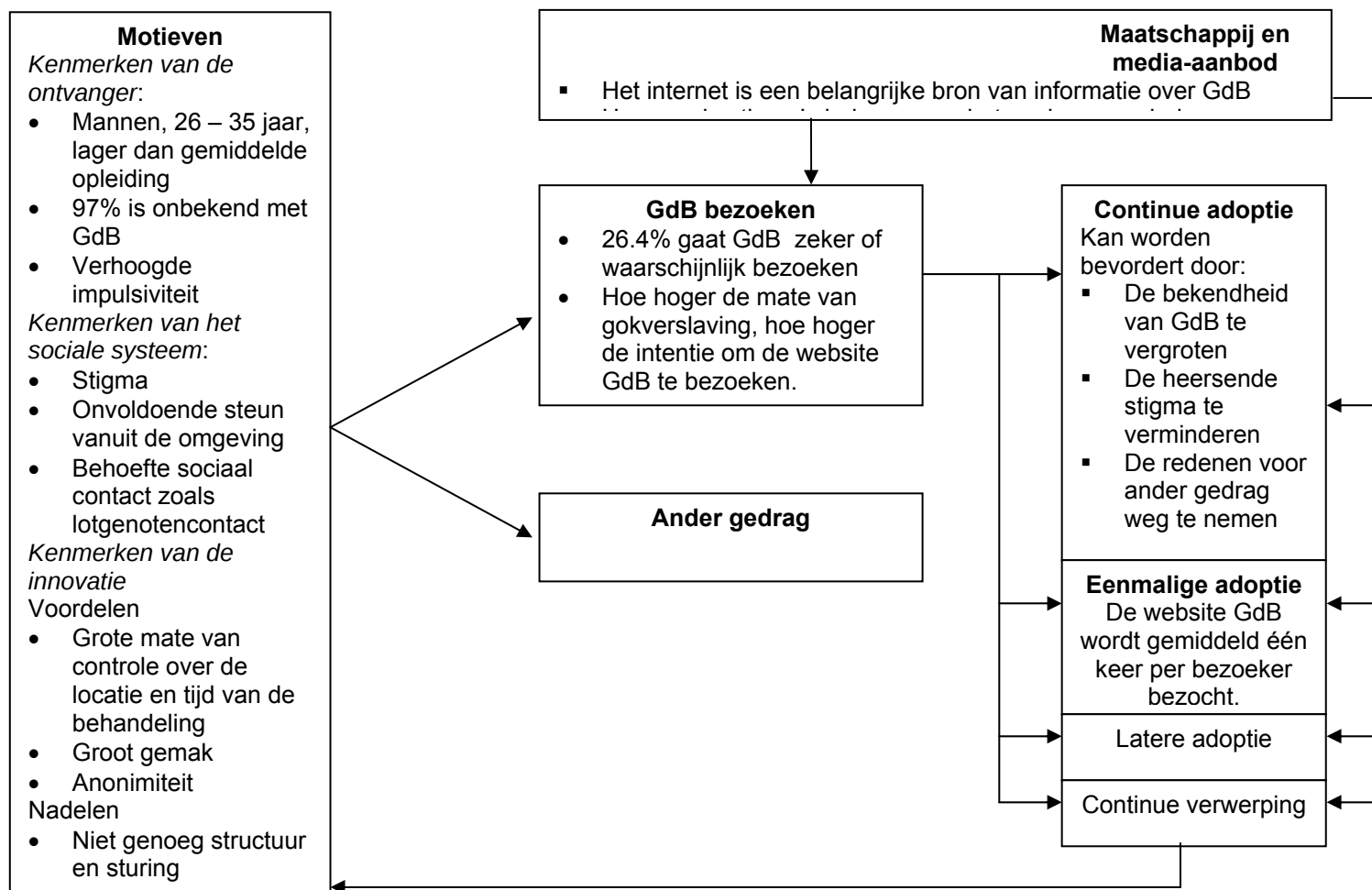
Bijlage 17 Antwoorden op de stellingen over barrières

Barrières bij het aanmelden voor een behandeling voor het gokgedrag

Item	Antwoord	Website bezoekers (N=2) N	Niet website bezoekers (N=27) N(%)
Ik weet niet of de behandeling voor mij beschikbaar is	Helemaal mee oneens	0(0.0)	3(11.1)
	Mee oneens	1(50.0)	4(14.8)
	Neutraal	0(0.0)	12(44.4)
	Mee eens	1(50.0)	5(18.5)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	3(11.5)
Ik weet niet of de behandeling effectief is	Helemaal mee oneens	0(0.0)	1(3.7)
	Mee oneens	0(0.0)	4(14.8)
	Neutraal	2(100.0)	8(29.6)
	Mee eens	0(0.0)	10(37.0)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	4(14.8)
Ik vind de behandeling te duur	Helemaal mee oneens	0(0.0)	2(7.4)
	Mee oneens	0(0.0)	1(3.7)
	Neutraal	2(100.0)	16(59.3)
	Mee eens	0(0.0)	6(22.2)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	2(7.4)
Ik heb niet genoeg vertrouwen in de professionele hulpverlening	Helemaal mee oneens	0(0.0)	4(14.8)
	Mee oneens	2(100.0)	6(22.2)
	Neutraal	0(0.0)	10(37.0)
	Mee eens	0(0.0)	5(18.5)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	2(7.4)
Ik ben bang om beledigd te worden door een hulpverlener	Helemaal mee oneens	0(0.0)	9(33.3)
	Mee oneens	2(100.0)	6(22.2)
	Neutraal	0(0.0)	6(22.2)
	Mee eens	0(0.0)	6(22.2)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	0(0.0)
Ik wil niet behandeld worden als een verslaafde	Helemaal mee oneens	0(0.0)	2(7.4)
	Mee oneens	0(0.0)	4(14.8)
	Neutraal	0(0.0)	8(29.6)
	Mee eens	2(100.0)	11(40.7)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	2(7.4)
Ik ben bang dat mijn omgeving mij zwak vindt	Helemaal mee oneens	0(0.0)	3(11.1)
	Mee oneens	0(0.0)	4(14.8)
	Neutraal	1(50.0)	6(22.2)
	Mee eens	0(0.0)	11(40.7)
	Helemaal mee eens	1(50.0)	3(11.1)
Ik ben bang om te falen	Helemaal mee oneens	0(0.0)	2(7.4)
	Mee oneens	0(0.0)	5(18.5)
	Neutraal	0(0.0)	5(18.5)
	Mee eens	1(50.0)	7(25.9)
	Helemaal mee eens	1(50.0)	8(29.6)
Ik schaam me	Helemaal mee oneens	0(0.0)	1(3.7)
	Mee oneens	0(0.0)	2(7.4)
	Neutraal	0(0.0)	3(11.1)
	Mee eens	1(50.0)	11(40.7)

	Helemaal mee eens	1(50.0)	10(37.0)
Ik ben te trots om hulp te zoeken	Helemaal mee oneens	0(0.0)	4(14.8)
	Mee oneens	0(0.0)	7(25.9)
	Neutraal	1(50.0)	6(22.2)
	Mee eens	1(50.0)	5(18.5)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	5(18.5)
Ik denk dat ik het zelf wel op kan lossen	Helemaal mee oneens	0(0.0)	3(11.1)
	Mee oneens	0(0.0)	8(29.6)
	Neutraal	1(50.0)	6(22.2)
	Mee eens	1(50.0)	7(25.9)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	3(11.1)
Ik heb geen motivatie	Helemaal mee oneens	0(0.0)	2(7.4)
	Mee oneens	2(100.0)	7(25.9)
	Neutraal	0(0.0)	9(33.3)
	Mee eens	0(0.0)	7(25.9)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	2(7.4)
Ik ben bang voor de mening van de maatschappij	Helemaal mee oneens	0(0.0)	3(11.1)
	Mee oneens	1(50.0)	8(29.6)
	Neutraal	0(0.0)	6(22.2)
	Mee eens	0(0.0)	7(25.9)
	Helemaal mee eens	1(50.0)	3(11.1)
Ik voel me onzeker	Helemaal mee oneens	0(0.0)	2(7.4)
	Mee oneens	0(0.0)	6(22.2)
	Neutraal	0(0.0)	7(25.9)
	Mee eens	1(50.0)	8(29.6)
	Helemaal mee eens	1(50.0)	4(14.8)
Ik heb geen gokprobleem	Helemaal mee oneens	1(50.0)	11(40.7)
	Mee oneens	1(50.0)	11(40.7)
	Neutraal	0(0.0)	3(11.1)
	Mee eens	0(0.0)	2(7.4)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	0(0.0)
Ik ben te overweldigd door mijn probleem	Helemaal mee oneens	0(0.0)	3(11.1)
	Mee oneens	0(0.0)	3(11.1)
	Neutraal	2(100.0)	11(40.7)
	Mee eens	0(0.0)	4(14.8)
	Helemaal mee eens	0(0.0)	6(22.2)

Bijlage 18 Onderzoeksmodel voor de website www.gokkendebaas.nl



Bijlage 19 Onderzoeksmodel voor een (internet)behandeling

