



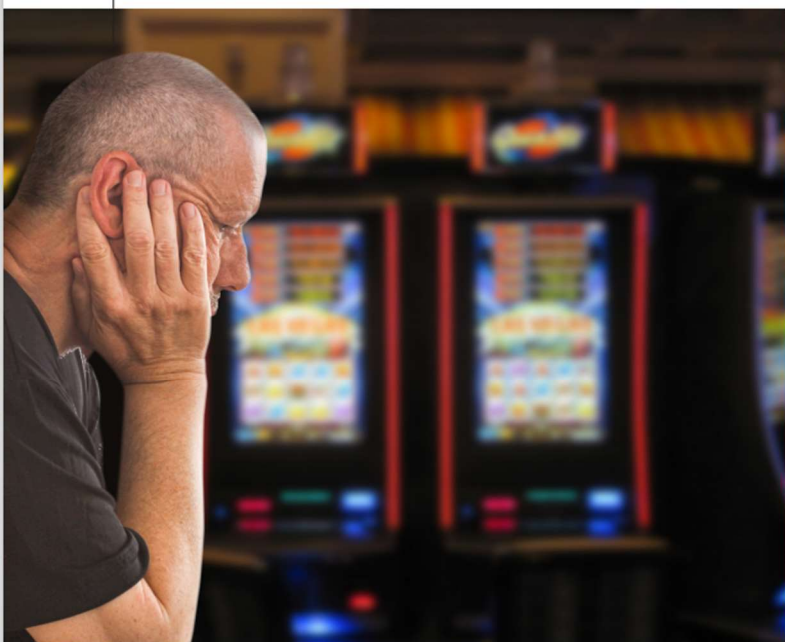
Handlingsplan mot spilleproblemer

2022–2025



Handlingsplan mot spilleproblemer

2019–2021



Evaluering av kjennskap til nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019– 2021 og 2022–2025)

*NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
SPILLFORSKNING*

Elise Victoria Tørdal og Ståle Pallesen



Innholdsfortegnelse

Forord	4
1. Innledning	5
<i>Pengespill.....</i>	<i>5</i>
<i>Dataspill.....</i>	<i>7</i>
2. Evaluering av forebyggingstiltak.....	8
3. Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer	10
4. Metode	11
4.1 Kommuner	11
4.2 Behandlingssteder for rus og avhengighet	11
4.3 Kriminalomsorgen.....	12
4.4 Fengsler i Norge	12
4.5 Tilskuddsmottakere.....	12
5. Resultater.....	13
5.1 Kommuner	13
5.2 Behandlingssteder for rus og avhengighet	18
5.3 Kriminalomsorgen.....	32
5.4 Fengsler i Norge	33
5.5 Tilskuddsmottakere.....	36
6. Diskusjon.....	40
6.1 Kommuner	40
6.2 Behandlingssteder for rus og avhengighet	41
6.2.1 Pengespillproblematikk	41
6.2.2 Dataspillproblematikk	43
6.3 Kriminalomsorgen.....	45
6.4 Fengsler i Norge	45
6.5 Tilskuddsmottakere.....	46
6.6 Overordnet diskusjon	46
Referanseliste	48

Appendix 1 Spørreundersøkelse kommuner	51
Appendix 2 Spørreundersøkelse behandlingssteder for rus og avhengighet	53
Appendix 3 Spørreundersøkelse kriminalomsorgen	55
Appendix 4 Spørreundersøkelse fengsler i Norge.....	56
Appendix 5 Spørreundersøkelse tilskuddsmottakere fra handlingsplanene 2019-2021 og/eller 2022-2025...	57
Appendix 6 Oversikt behandlingssteder for rus- og avhengighet som kvalifiserte til inklusjon/eksklusjon, og hvilke avdelinger som svarte på vegne av hvem.....	59

Forord

Siden 2005 har Regjeringen utarbeidet nasjonale handlingsplaner mot penge- og dataspilleproblemer. Disse har som formål å redusere problematiske spillevaner i befolkningen, samt å utdele midler til prosjekter som fokuserer på forebygging og behandling av, og forskning på, spilleproblemer.

I forbindelse med utviklingen av handlingsplanen gjeldende fra 2026, har Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning ved Universitetet i Bergen evaluert i hvilken grad de to forutgående handlingsplanene (2019-2022 og 2022-2025) har blitt implementert i kommunene, rus- og avhengighetsklinikkene, fengslene og kriminalomsorgen. Rapporten tar også opp hvordan mottakere av midler fra Helsedirektoratet, gjennom tilskuddsordningen knyttet til handlingsplanene for periodene 2019–2021 og 2022–2025, har evaluert effekten av de initierte prosjektene. Denne undersøkelsen/rapporten ble gjennomført/skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet og Lotteri- og stiftelsestilsynet. For å innhente informasjon ble det utarbeidet spørreskjemaer tilpasset til de ulike instansene. Skjemaene ble distribuert via SurveyXact eller per telefon.

Vi vil rette en stor takk til Sigrid Skattebo og Espen Freng fra Helsedirektoratet, og Lars Petter Degnepoll fra Lotteri- og stiftelsestilsynet for nyttige innspill i prosessen, samt til Arne Magnus Morken og Tony Leino for hjelp med datainnsamlingen.

Bergen, mars 2025

Elise Victoria Tørdal og Ståle Pallesen

1. Innledning

Pengespill

Pengespill kan defineres som å satse penger eller andre materielle verdier på et utfall som er delvis eller fullstendig bestemt av tilfeldigheter (Bolen & Boyd, 1968). I pengespill skapes ingen nye verdier. Spillene og deres utfall innebærer snarere at midler blir omfordelt mellom aktører, og aktiviteten er derfor å regne som et nullsumspill (Walker, Schellink & Anjou, 2008). Deltakelse i pengespill finner sted i så og si alle kulturer, og har eksistert som fenomen i mange tusen år (Schwartz, 2013). For det store flertall er spillingen rekreasjonell, en hyggelig hobby, selv om de langt fleste taper mer penger enn de vinner. Noen opplever imidlertid å miste kontrollen og å utvikle et pengespillproblem, hvor de i siste instans finansierer spillingen med betydelige beløp, gjeld og/eller lovbrudd. I slike tilfeller vil spilleren også kunne lide konsekvenser ut over det økonomiske, som eksempelvis svekkelse av nære relasjoner og/eller arbeidsliv (Langham et al., 2016; Molde et al., 2004).

Siden 1980 har patologisk pengespillavhengighet hatt status som en egen diagnose (American Psychiatric Association, 1980). Inkluderingen av denne lidelsen i moderne psykiatrisk nosologi markerte begynnelsen på en global anerkjennelse av spilleavhengighet som et helseproblem. I den femte og nyeste utgaven av diagnosemanualen til den amerikanske psykiaterforeningen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM) klassifiseres lidelsen som en ikke-kjemisk avhengighet under betegnelsen pengespillelidelse (American Psychiatric Association, 2013). Internasjonalt har mange studier blitt gjennomført for å estimere utbredelsen av deltakelse i pengespill og problematiske spillevaner (Abbott, 2020). En meta-analyse fra 2024 rapporterte at 46,2 % av den voksne befolkningen globalt hadde deltatt i pengespill i løpet av det siste året. Blant denne gruppen ble 8,7 % kategorisert som risikospillere, mens 1,4 % ble identifisert som å ha problematiske spillevaner (Tran et al., 2024).

Omfanget av spilleproblemer i Norge er relativt lavt sammenlignet med internasjonale anslag. Den nyeste prevalensstudien i Norge, som ble gjennomført av SPILLFORSK ved UiB høsten 2022, viste at 7,8 % av befolkningen ble klassifisert som lavrisikospillere, 2,3 % som moderate risikospillere, og 0,6 % som problemspillere (Pallesen et al., 2023). Likevel er det et betydelig antall personer i den norske befolkningen som sliter med spilleproblemer, og for hver problemspiller anslås det at mellom fem og 15 andre personer blir negativt påvirket (Kalischuk et al., 2006). Dette reflekterer et behov for regulatoriske mekanismer og studier for å forstå og redusere problemer og skader forårsaket av pengespill.

I Norge ble spilleproblemer et hett politisk tema for rundt to tiår siden. Før årtusenskiftet var markedet for pengespill i Norge preget av få restriksjoner og enarmede banditter i et hopetall (Fekjær, 2002). I takt med datidens liberalisering vokste også bekymringene for relaterte problemer. Siden den gang har en rekke strukturelle og regulatoriske endringer blitt implementert for å få bukt med problematiske spillevaner. I 2006 ble seddelinntak på spilleautomater forbudt. Allerede året etter ble alle eksisterende spilleautomater – med unntak av dem plassert i bingo haller – fjernet fra markedet, da de ble ansett å ha for stor appell for spillerne. Fra 2008 ble nye og «tryggere» spilleautomater (Multix) introdusert, nå under monopol av statsdrevne Norsk Tipping. I 2011 ble bingoautomatene erstattet med Belago-terminaler, disse også operert av Norsk Tipping. Både Multix og Belago-terminalene påla spillerne å bruke personlige spillekort, hvilket muliggjorde håndhevingen av en nedre aldersgrense for pengespill. Det ble også mulig for spillerne å sette begrensninger på eget spill, for eksempel i form av å sette maksimaltap per dag eller måned (Rossow & Hansen, 2016). Begge enerettstilbyderne i Norge, Norsk Tipping og Rikstoto, opererer med maksimale tapsgrenser. Begge operatørene har globale maksimale tapsgrenser, men Norsk Tipping har også spesifikke tapsgrenser for noen spill.

I motsetning til trenden sett i de fleste øvrige land i Europa hvor pengespill gradvis har blitt mer liberalisert og deregulert, har Norge innført ytterligere restriksjoner. Betalingsblokkeringsordninger er implementert for å hindre pengeoverføringer mellom utenlandske spillselskaper og privatpersoner i Norge. I 2020 ble det gjort endringer i kringkastingsloven for å begrense reklame for pengespill på TV og audiovisuelle bestillingstjenester som er i strid med norsk lov. Det jobbes nå også mer systematisk for å forhindre at utenlandske spillselskaper markedsfører sine tjenester i Norge. Dette er også ett av punktene som fremheves i Regjeringens handlingsplaner mot spilleproblemer for 2019-2021 og 2022-2025. Den 14. mai 2024 vedtok Stortinget DNS-blokkering av utenlandske spillselskaper for norske IP-adresser.

Siden 2005 har den norske regjeringen utarbeidet handlingsplaner for å bekjempe spilleproblemer. Handlingsplanene skal sikre at det blir jobbet langsiktig, systematisk og målrettet med å forebygge spilleproblemer i den norske befolkningen. Disse planene tildeler også vanligvis midler til prosjekter som fokuserer på forebygging, behandling og forskning for å håndtere spilleproblemer (Kultur- og kirke departementet, 2005; 2009; Kulturdepartementet, 2013; 2016; 2019; Kultur- og likestillingsdepartementet, 2022). Tiltakene finansieres av overskuddet til Norsk Tipping, og følges opp av/utarbeides i samarbeid med Lotteri- og stiftelsestilsynet, Medietilsynet, Helsedirektoratet og Forskningsrådet.

Dataspill

Dataspill kan forstås som ulike typer elektroniske spill (der pengegevinster eller andre materielle gevinster normalt ikke inngår) som spilles på PC/MAC, nettbrett eller mobiltelefon, eller på ulike spillkonsoller som PlayStation, Xbox, Wii, Nintendo 3DS og liknende. Sammenlignet med pengespillproblemer har det tradisjonelt vært lite fokus på problemer som følge av overdreven engasjement i dataspill, men de senere årene har temaet fått større oppmerksomhet. Selv om dataspill, i likhet med pengespill, for de aller fleste arter seg som en uproblematisk rekreasjonsaktivitet, kan også deltakelse i dataspill for noen være problematisk.

Dataspillavhengighet kan defineres som en overdreven og tvangsmessig bruk av dataspill, og som resulterer i sosiale og/eller emosjonelle problemer. Til tross for disse konsekvensene er spilleren ute av stand til å kontrollere sin overdrevne bruk (Lemmens, Valkenburg & Peter, 2009). I DSM-5 ble kriterier for dataspillidelse (Internet Gaming Disorder) for første gang innlemmet i moderne psykiatrisk nosologi (American Psychiatric Association, 2013).

En meta-analyse fra 2021 anslo en global forekomst av dataspillidelse på 2,96 % (Nguyen, in press; M. W. R. Stevens, Dorstyn, Delfabbro, & King, 2021). Studier indikerer imidlertid at utbredelsen er høyere blant tenåringer. En meta-analyse viste at prevalensen her var 4,6 %, hvorpå gutter hadde en betydelig høyere utbredelse (6,8 %) sammenlignet med jenter (1,3 %) (Fam, 2018). Deltakelse i dataspill er også utbredt i Norge, og en undersøkelse gjort av Medietilsynet i 2022 viste at 76 % av 9-18-åringene (92 % av guttene og 59 % av jentene) spiller spill på PC/MAC, Playstation, mobil, nettbrett eller lignende. I alt 17 % av de som gamer i alderen 9–18-år svarte at de bruker «for mye» tid på gaming (Medietilsynet, 2022). I SPILLFORSK sin befolkningsundersøkelse fra høsten 2022 ble også deltakere bedt om å angi om de i løpet av de siste 6 månedene hadde deltatt i dataspill. Av de 7 282 som besvarte dette spørsmålet, var det 3 329 (45,7 %) som hadde spilt dataspill de siste seks månedene. Andelen var høyere blant menn (53,4 %) enn blant kvinner (37,7 %). Utbredelsen av problemdataspilling og dataspillavhengighet ble også estimert, til henholdsvis 5,0 % og 0,7 % (Pallesen et al., 2023).

I de fire siste handlingsplanene omtales dataspillproblematikk, samt tiltak mot dette (Kulturdepartementet, 2013; 2016; 2019; Kultur- og likestillingsdepartementet, 2022). Avhengighet til dataspill har vist seg å henge sammen med en rekke uønskede aspekter ved helse, som angst, depresjon og subjektive helseplager som uro, hodepine og nervøsitet (Brunborg et al., 2013; Mentzoni et al., 2011; Wittek et al., 2015). Belastningen for de som rammes og deres pårørende er derfor stor. Dette er noe som også fremheves i handlingsplan mot spilleproblemer som gjaldt i 2019-2021 og 2022-2025.

2. Evaluering av forebyggingstiltak

Å evaluere forebyggingstiltak er avgjørende for å etablere hvorvidt tiltak som er implementert har effekt (FHI, 2023). Uten systematisk evaluering risikeres det at tid og penger brukes på tiltak som ikke fungerer eller som til og med kan ha negative konsekvenser. Tiltak kan åpenbart ha effekt, selv uten evaluering. Likevel er det umulig å fastslå, uten en form for evaluering, hvor stor effekten er, om den var positiv eller negativ, og om den faktisk kan tilskrives tiltaket eller andre faktorer. Gjennom evaluering er det mulig å identifisere hva som virker, for hvem og under hvilke betingelser.

Forebyggingstiltak kan evalueres ved hjelp av ulike metoder, avhengig av kontekst, ressurser og etiske hensyn. På et overordnet nivå skilles det vanligvis mellom kvantitative og kvalitative evalueringer. Kvantitative evalueringer brukes når atferden som evalueres kan tallfestes. De kjennetegnes av objektivitet, høy grad av struktur, statistiske analyser og store utvalgsstørrelser. Målingen skjer gjennom pre-definerte instrumenter som standardiserte spørreskjemaer, tester eller eksperimenter. Randomisert kontrollerte studier (RCT) er et eksempel på en slik metode og har lenge vært regnet som «gullstandarden» for å evaluere effekten av behandlinger, intervensjoner og forebyggende tiltak. Metoden innebærer at målgruppen randomiseres til minst to betingelser: en eller flere intervensjonsgrupper, som mottar behandlingen(e) eller tiltaket som undersøkes, og en kontrollgruppe, som ikke får intervensjonen. Et viktig poeng for å redusere ytre påvirkninger er at deltakerne (helst også forskerne; dobbelblind) ikke vet hvilken gruppe de selv tilhører. Ved å sammenligne resultatene mellom gruppene er det mulig å avgjøre om tiltaket hadde en reell effekt utover naturlige endringer eller placeboeffekter. Metoden regnes som den mest pålitelige for å etablere årsakssammenhenger, men kan imidlertid være både dyr, tidkrevende, og i noen tilfeller, uetisk (Zabor et al., 2020).

Alternative metoder for å evaluere forebyggingstiltak har blitt foreslått når RCT ikke er etisk eller praktisk gjennomførbar. Avbrutte tidsserier (ITS) er en kvasi-eksperimentell metode hvor trender i data før og etter en intervensjon analyseres for å avgjøre om det har skjedd endringer i utfall. Siden metoden ser på trender i endringer (om den langsiktige utviklingen har endret seg etter intervensjon), krever den imidlertid at datamateriale samles inn jevnlig og over tid, ideelt flere ganger både før og etter en intervensjon. I motsetning til RCT kreves det ingen randomisering, og de samme deltakerne måles dermed både før og etter intervensjonen. Siden hver person fungerer som sin egen kontroll, reduseres variasjon knyttet til individuelle forskjeller. Ved bruk av denne tilnærmingen kan det imidlertid være vanskelig å isolere intervensjonseffekten, da endringer også kan tilskrives andre faktorer som tid, modning eller annen påvirkning utenfra (West et al., 2008).

Strategiene beskrevet ovenfor krever begge målinger forut for implementeringen av intervensjonen. Posttest-only design er en mindre ressurs- og tidkrevende metode hvor det ikke blir gjort en pre-test for sammenligning. Denne metoden eliminerer risikoen for pretest-sensitivisering, der deltakere som gjennomgår en pretest kan bli mer bevisste på hva som måles, noe som kan påvirke deres respons på posttesten (Babbie, 2010; Campbell & Stanley, 1963). Et posttest-only design kan eksempelvis være at pasienter som søker hjelp for pengespillavhengighet og som har gjennomgått et intervensjonsprogram om ansvarlig pengespill, i etterkant svarer på et standardisert spørreskjema om hvorvidt de opplevde bedring. Fraværet av en pretest gjør det imidlertid vanskeligere å vurdere endringenes omfang og om de skyldes intervensjonen eller andre faktorer.

Kvantitative metoder, som beskrevet ovenfor, egner seg best for å evaluere tiltak hvor formålet er å fastslå forekomsten eller fraværet av en effekt. Metoden forutsetter et relativt høyt antall deltakere for å kunne trekke generelle konklusjoner og etablere kausalitet. Kvalitative metoder, derimot, beskjeftiger seg med *hvorfor* et fenomen oppstår snarere enn i hvilken grad det forekommer. Dette innebærer innsamling av ikke-numeriske data, som vanligvis uttrykkes i tekst fremfor tall. To vanlige metoder er observasjoner og intervjuer. Observasjoner brukes for å studere atferd og samhandling i en naturlig kontekst, noe som kan avdekke faktorer som ikke nødvendigvis kommer frem i kvantitative data. Under observasjonen tar observatøren notater om alt eller om visse forhåndsbestemte deler av det som skjer rundt dem, eksempelvis av personer som mottar et bestemt tiltak. Deretter blir feltnotatene transkribert og tolket (Brusetto et al., 2020).

Kvalitative intervjuer, gir mulighet til å utforske subjektive erfaringer fremfor objektiv atferd hos dem som er berørt av et tiltak. I motsetning til kvantitative evalueringer kjennetegnes kvalitative intervjuer av åpne spørsmål og en interaktiv tilnærming, som gir rom for uventede temaer å oppstå og utforskes underveis. Ved å intervjuer deltakere, ansatte eller andre relevante aktører kan man forstå hvilke aspekter av tiltaket som oppleves som nyttige eller utfordrende, og hvilke kontekstuelle faktorer som påvirker implementeringen. Til tross for at kvalitative metoder gir en dypere forståelse, kritiseres de ofte for mangel på objektivitet og generaliserbarhet, da forskerens egen rolle er sentral både i datainnsamling og analyse. I motsetning til kvantitative metoder, der resultater kan testes og valideres gjennom standardiserte prosedyrer, påvirkes kvalitative studier av forskerens tolkning og interaksjon med deltakerne. Kvalitative metoder benytter seg dessuten ofte av et strategisk utvalg fremfor et tilfeldig utvalg deltakere (Brusetto et al., 2020).

3. Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer

Siden 2005 har Kulturdepartementet publisert handlingsplaner for å bekjempe spilleproblemer i Norge (Kultur- og kirkedepartementet, 2005). De nasjonale handlingsplanene mot spilleproblemer danner grunnlaget for regjeringens arbeid på dette området og er utarbeidet av Lotteritilsynet i samarbeid med Helsedirektoratet og Medietilsynet. I tillegg henter gruppen inn innspill fra interesseorganisasjoner og forskningsmiljøer for å sikre at nye tiltak er tilpasset reelle forsknings-, forebyggings- og behandlingsbehov (Regjeringen, 2018).

Handlingsplanen finansieres gjennom overskuddet fra Norsk Tipping, hvor minst 0,5 % av selskapets overskudd (i henhold til lov om pengespill fra 2022) avsettes. En del av denne summen fordeles via en egen tilskuddsordning administrert av Helsedirektoratet (Nygaard, 2023). Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere til forebygging, kompetanseheving og behandlings- og hjelpetiltak. Her kan statlige og frivillige organisasjoner søke om midler for å finansiere prosjekter mot spilleproblemer. Tilskuddsmottakerne har også et rapporteringskrav der de skal redegjøre for hvordan og i hvilken grad tiltaket har bidratt til å oppnå målene for tilskuddsordningen. Rapporten skal blant annet angi hvor stor andel av målgruppen som ble nådd, samt inneholde en evaluering av tiltakets opplevde nytteverdi (Lotteri- og stiftelsestilsynet, 2024).

De to siste handlingsplanene hadde som hovedmål å redusere antall personer med spilleproblemer, øke og dele kunnskap om spill og relaterte utfordringer, samt styrke tidlig identifisering og behandling av problemspillere (Kulturdepartementet, 2019; Kultur- og likestillingsdepartementet, 2022). Selv om fokuset tradisjonelt har vært på pengespillproblematikk, har problematisk bruk av dataspill gradvis fått en mer sentral plass i handlingsplanene.

4. Metode

4.1 Kommuner

For å kartlegge behandlingstilbud og kunnskapsnivå om data- og pengespillproblematikk på kommunalt nivå, ble samtlige kommuner kontaktet per e-post. E-posten inneholdt et informasjonsskriv med en oppfordring om at en relevante ansatt i kommunen besvarte en spørreundersøkelse (Appendix 1). E-posten inneholdt en lenke til undersøkelsen i SurveyXact. Dersom de var usikre på hvem som skulle besvare undersøkelsen, ble de likevel bedt om å sørge for at noen svarte etter beste evne. For kommuner som ikke hadde registrert svar, ble det sendt opptil åtte påminnelser. Av 357 kommuner, var det 271 (76 %) som besvarte undersøkelsen.

4.2 Behandlingssteder for rus og avhengighet

I 2018 gjennomførte Torvund et al. en undersøkelse for å kartlegge tilbudet vedrørende behandling for penge- og dataspillproblematikk. Ved å gjenbruke mange av spørsmålene fra Torvund et al. (2018) i denne rapporten, var det mulig å undersøke eventuelle endringer i behandlingstilbudet, samt andre aspekter ved kartleggings- og behandlingspraksis etter implementeringen av handlingsplanene for 2019–2021 og 2022-2025.

Ifølge Helsenorge.no var det per 17.12.2024 registrert 156 behandlingssteder for alkoholproblemer, rus- og avhengighetsbehandling. Dubletter ble fjernet. Underveis ble det oppdaget strukturelle uoverensstemmelser mellom listen og det reelle antallet avdelinger; for eksempel eksisterte noen avdelinger ikke som egne enheter. For behandlingssteder eller avdelinger som verken hadde tilbud eller behandlet pasienter for penge- og/eller dataspillavhengighet, ble dette registrert og intervjuet avsluttet. Dette resulterte i at 127 behandlingssenheter kvalifiserte til inklusjon i undersøkelsen. På samme måte som Torvund et al. (2018) ble samtlige av klinikkene kontaktet per telefon.

Institusjonene ble oppringt på telefonnumrene oppgitt på Helsenorge.no, og det ble bedt om å få spørreundersøkelsen besvart (via intervju gjort på telefon) av den best egnede ansatte ved klinikken. Dette var som regel en avdelingsleder eller en fagperson med kjennskap til problematikken.

I alt 124 av 127 (97,6 %) behandlingssenheter besvarte undersøkelsen (Appendix 2). Dette inkluderte svar fra behandlingssteder fra alle fire helseregionene (Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Nord). Enkelte institusjoner valgte å gi ett samlet svar for hele institusjonen, mens andre besvarte undersøkelsen separat for hver avdeling. Vi mottok totalt 72 svar på vegne av 124 behandlingssenheter (Appendix 6).

4.3 Kriminalomsorgen

Samtlige fem regionskontor ble kontaktet per telefon med en forespørsel om å få spørreundersøkelsen (Appendix 3) besvart av den best egnede ansatte med kunnskap om helsetiltak og avhengighetsproblematikk. Tre regionskontor svarte på undersøkelsen over telefon, mens de resterende to ønsket å få tilsendt spørsmålene og besvare dem via e-post. Alle fem regionskontorene deltok i undersøkelsen, noe som ga en svarprosent på 100.

4.4 Fengsler i Norge

Ifølge kriminalomsorgen.no var det per 17.12.2024 i alt 56 fengselsenheter i Norge. Dette omfattet alle enhetstyper, fra overgangsboliger til høysikkerhetsfengsler. Spørreundersøkelsen (Appendix 4) ble distribuert per e-post. E-posten inneholdt en lenke til undersøkelsen i SurveyXact samt en anmodning om at fengslene sørget for at relevante ansatte, vanligvis fra helseseksjonen eller liknende enheter, besvarte spørreundersøkelsen. Dersom de var usikre på hvem som skulle besvare undersøkelsen, ble de likevel bedt om å sørge for at noen svarte etter beste evne. For fengslene det ikke var registrert svar fra, ble det sendt opptil fem påminnelser. I alt 30 av 39 (76,9 %) deltok i undersøkelsen. Selv om noen fengsler har felles helsetjenester, valgte vi likevel å inkludere alle enhetene, da lokale variasjoner i tilbudet kan forekomme.

4.5 Tilskuddsmottakere

Helsedirektoratet oversendte SPILLFORSK en liste over mottakere av midler knyttet til handlingsplanene for 2019–2021 og 2022–2025. Totalt var det tolv tilskuddsmottakere. Disse ble kontaktet per e-post med en forespørsel om å besvare en spørreundersøkelse (Appendix 5) via SurveyXact. Til de som ikke hadde besvart undersøkelsen, ble det sendt én påminnelse per e-post, før de deretter ble forsøkt nådd/påmint via telefon. I alt 11 av tilskuddsmottakerne besvarte spørreundersøkelsen, og resulterte i en svarprosent på 91,7.

5. Resultater

5.1 Kommuner

Figur 5.1.1

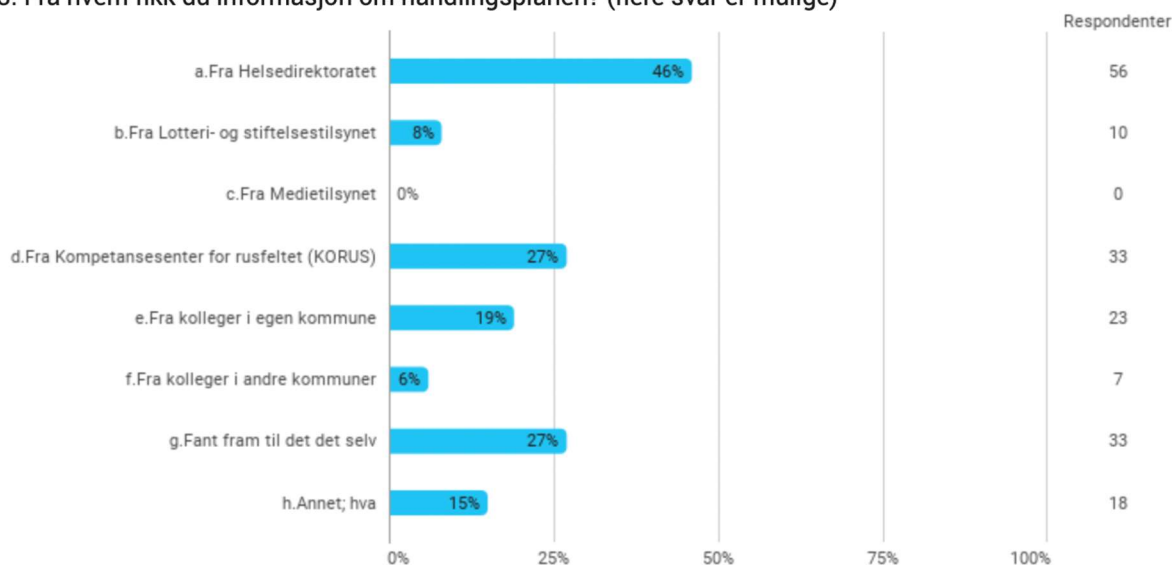
2. Kjenner du til Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025)?



Figur 5.1.1 viser at 45 % av kommunene kjente til Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019-2021 og/eller 2022-2025).

Figur 5.1.2

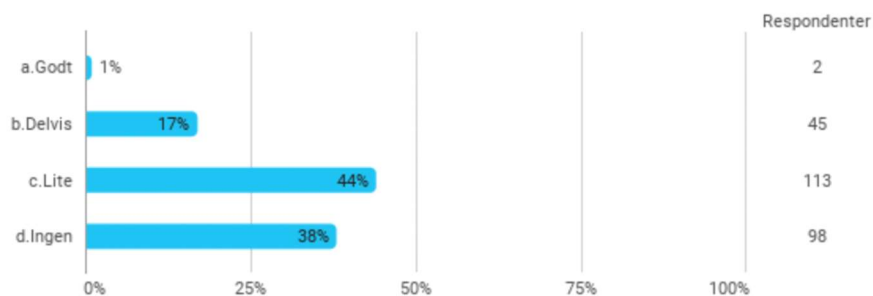
3. Fra hvem fikk du informasjon om handlingsplanen? (flere svar er mulige)



Figur 5.1.2 viser at av kommunene som kjente til Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019-2021 og/eller 2022-2025) var det flest (46 %) som fikk denne informasjonen fra Helsedirektoratet. Deretter var det Kompetansesenter for rusfeltet (KORUS) eller gjennom å oppsøke informasjonen på egenhånd flest ble kjent med handlingsplanene. Ingen ble kjent med handlingsplanene gjennom Medietilsynet. Blant de som svarte «Annet» var videreutdanning i spilleavhengighet, Spillavhengighet Norge, bedriftshelsetjenesten, Arendalsuka, internett, media og regjeringen blant de oppgitte kildene til informasjon.

Figur 5.1.3

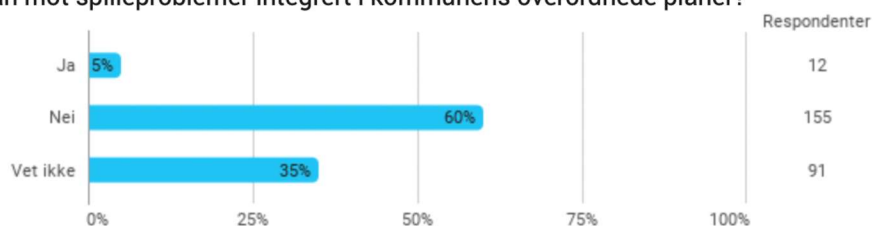
4. Hvor godt har du satt deg inn i Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019-2021 og/eller 2022-2025)?



Figur 5.1.3 viser at 38 % av respondentene/kommunene ikke hadde satt seg inn i Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025) i det hele tatt. Videre oppga 44 % at de hadde satt seg lite inn i handlingsplanene, mens 1 % (to kommuner) hadde satt seg godt inn i dem.

Figur 5.1.4

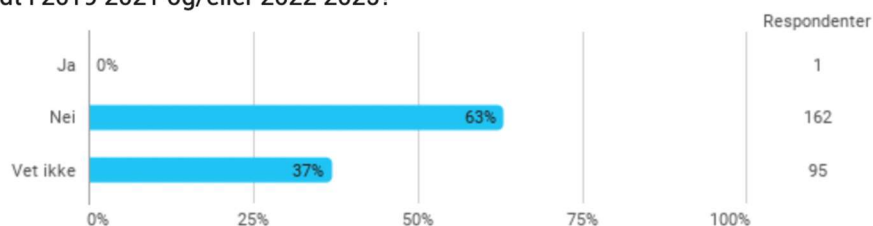
5. Er Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer integrert i kommunens overordnede planer?



Figur 5.1.4 viser at Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025) ikke var integrert i 60 % av kommunenes overordnede planer for å bekjempe spilleproblematikk. Videre oppga 35 % av respondentene at de ikke visste om planen var integrert, mens kun 5 % av kommunene bekreftet at den var en del av deres strategi.

Figur 5.1.5

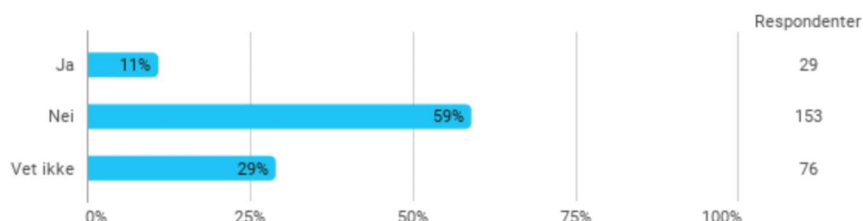
6. Har kommunen (evt. samarbeidskommuner) søkt om midler fra tilskuddsordningene tilknyttet handlingsplanene som gjaldt i 2019-2021 og/eller 2022-2025?



Figur 5.1.5 viser at flertallet (63 %) av kommunene, eller deres eventuelle samarbeidskommuner, ikke hadde søkt om midler fra tilskuddsordningen knyttet til Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025). Videre oppga 37 % at de var usikre, mens kun én kommune bekreftet å ha søkt om midler.

Figur 5.1.6

7. Har kommunen (evt. samarbeidskommuner) gjennomført opplæring om spilleproblemer for relevante ansatte?



Figur 5.1.6 viser at 59 % av respondentene oppga at kommunen deres, eller deres eventuelle samarbeidskommuner, ikke hadde gjennomført opplæring om spilleproblemer for relevante ansatte. Videre svarte 29 % at de ikke visste, mens 11 % bekreftet at slik opplæring hadde funnet sted.

Figur 5.1.7

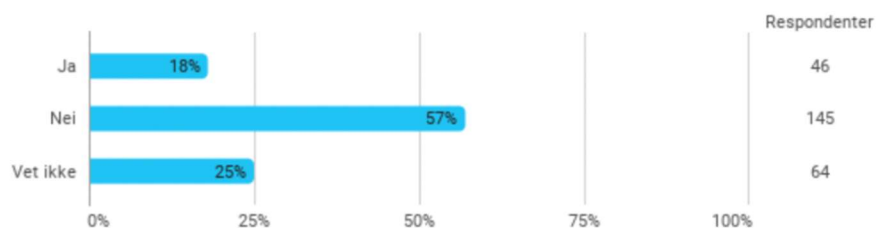
8. Har kommunen (evt. samarbeidskommuner) satt i gang tiltak for at eksisterende behandlingstilbud mot data- og pengespillproblemer skal være lett tilgjengelig for de som måtte trenge det?



Figur 5.1.7 viser at 53 % av respondentene oppga at kommunen deres, eller deres eventuelle samarbeidskommuner, ikke hadde iverksatt tiltak for å sikre at eksisterende behandlingstilbud for data- og pengespillproblemer var lett tilgjengelig for dem som trenger det. Videre svarte 33 % at de ikke visste, mens 14 % rapporterte at slike tiltak var satt i gang.

Figur 5.1.8

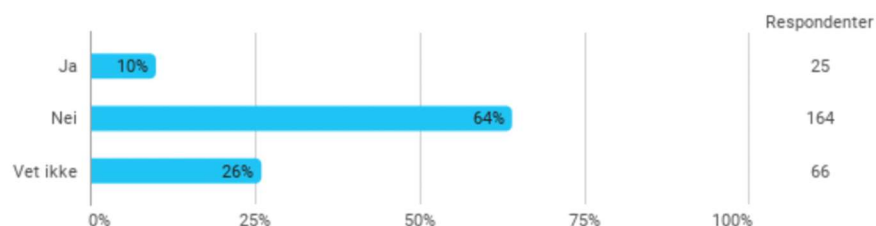
9. Er det etablert lavterskeltilbud for data- og pengespillavhengige i kommunen (evt. samarbeidskommuner)?



Figur 5.1.8 viser at 57 % av respondentene oppga at det ikke var etablert lavterskeltilbud for data- og pengespillavhengige i deres kommune eller i deres eventuelle samarbeidskommuner. Videre var 25 % usikre, mens 18 % rapporterte at et slikt tilbud var på plass.

Figur 5.1.9

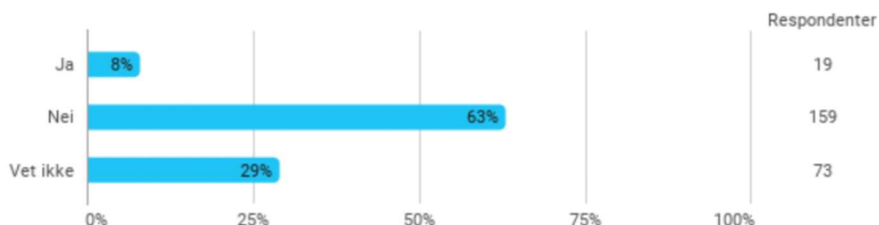
10. Er det utviklet tilbud i kommunen (evt. samarbeidskommuner) for pårørende til personer med pengespillproblemer?



Figur 5.1.9 viser at flertallet av respondentene (64 %) oppga at det ikke var utviklet et tilbud for pårørende av personer med pengespillproblemer i deres kommune eller eventuelle samarbeidskommuner. Videre var 26 % usikre, mens 10 % bekreftet at et slikt tilbud eksisterer.

Figur 5.1.10

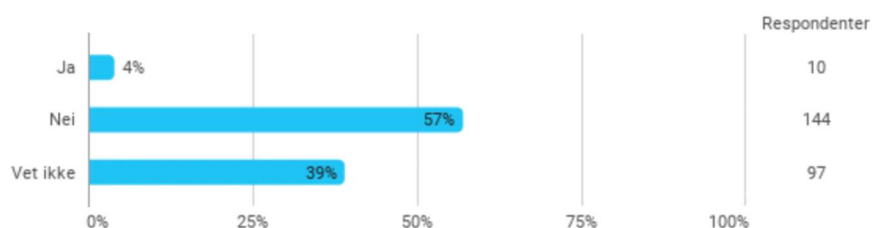
11. Er det utviklet tilbud i kommunen (evt. samarbeidskommuner) for pårørende til personer med dataspillproblemer?



Figur 5.1.10 viser at 63 % av kommunene eller deres eventuelle samarbeidskommuner ikke har utviklet et tilbud for pårørende av personer med dataspillproblemer. Videre oppga 29 % at de var usikre, mens 8 % bekreftet at et slikt tilbud eksisterte.

Figur 5.1.11

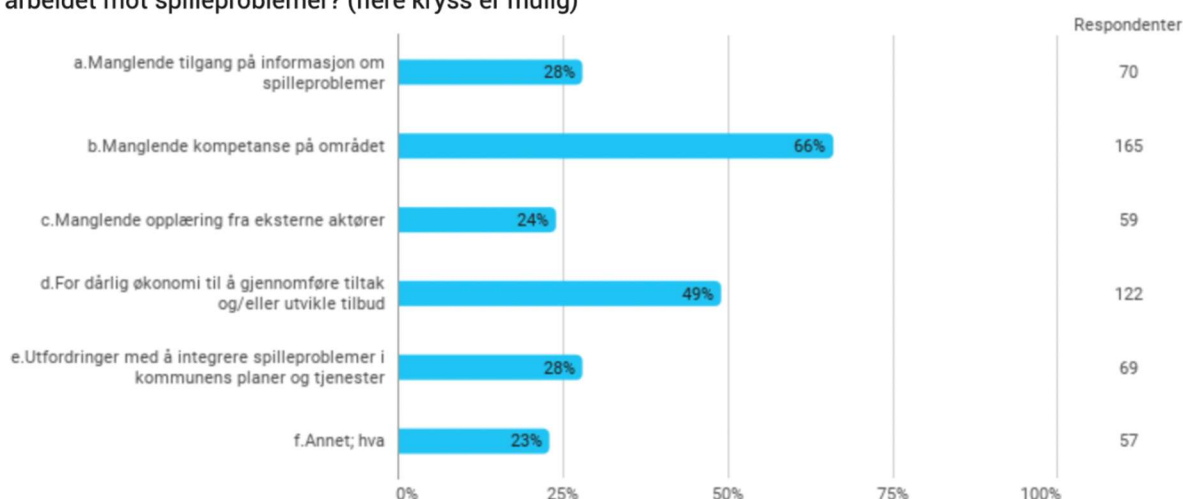
12. Samarbeider kommunen (evt. samarbeidskommuner) med frivillige organisasjoner som jobber med spilleproblemer?



Figur 5.1.11 viser at 57 % av respondentene oppga at deres kommune eller eventuelle samarbeidskommuner ikke samarbeidet med frivillige organisasjoner om spilleproblemer. Videre var 39 % usikre, mens kun 4 % bekreftet at et slikt samarbeid eksisterer.

Figur 5.1.12

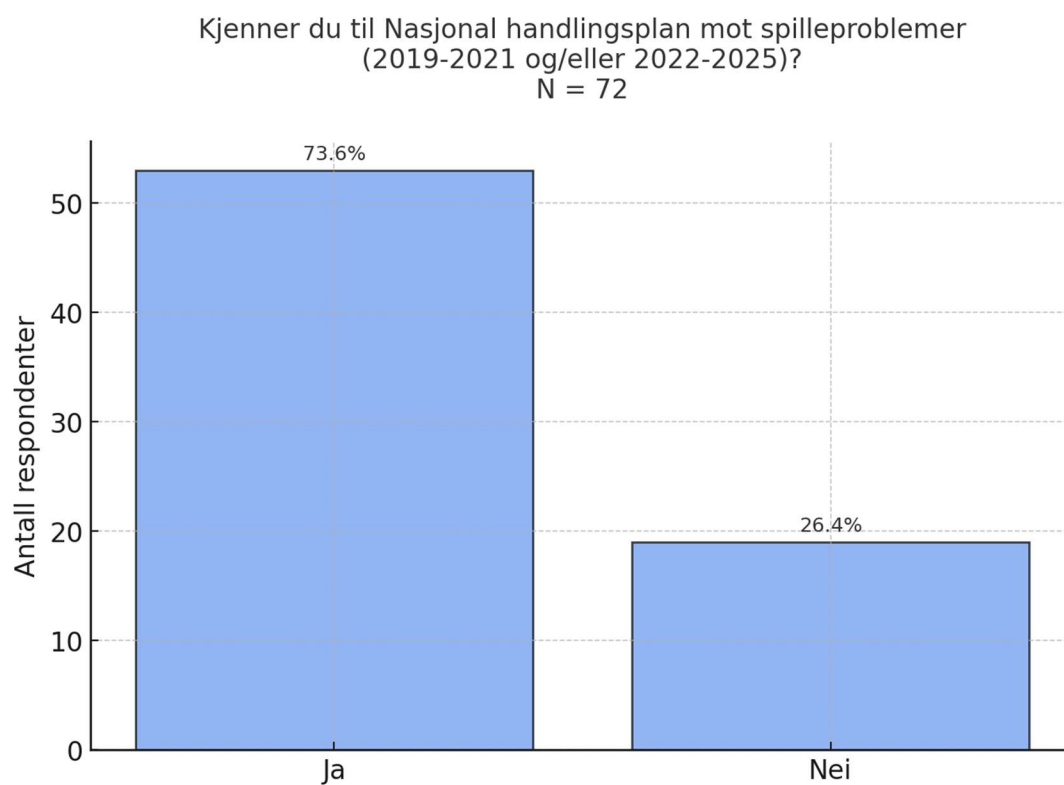
13. Hva mener du er de største utfordringene kommunen (evt. samarbeidskommuner) står overfor i arbeidet mot spilleproblemer? (flere kryss er mulig)



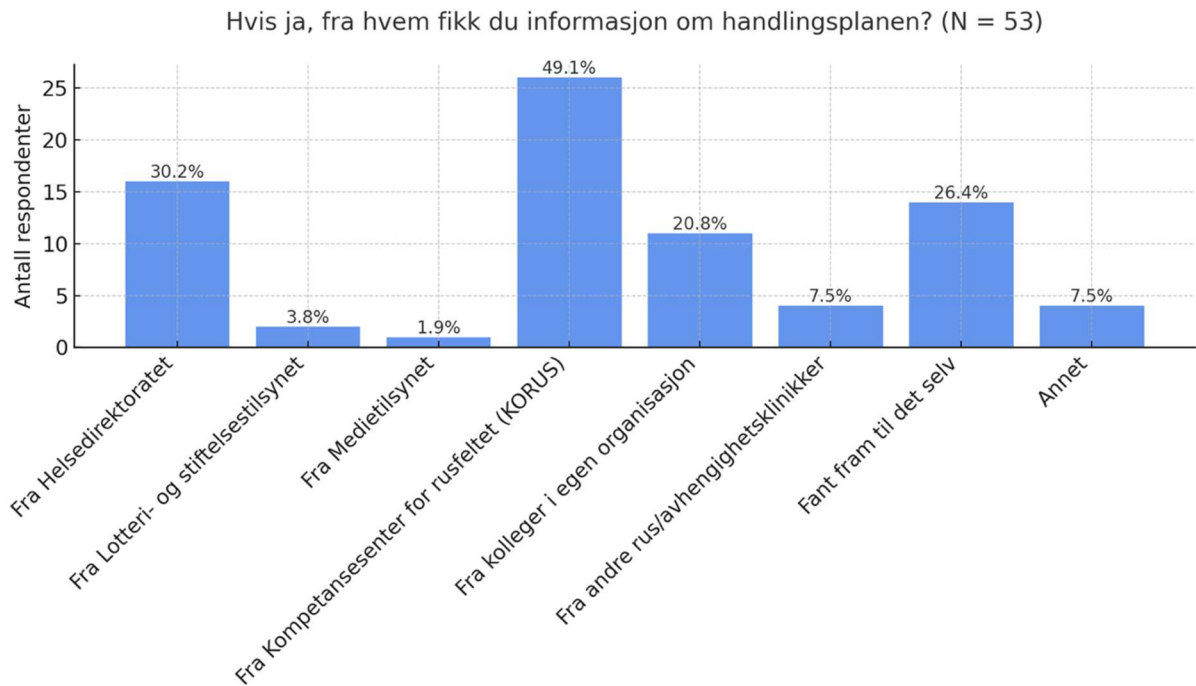
Figur 5.1.12 viser at den største utfordringen kommunene står overfor i arbeidet mot spilleproblemer er manglende kompetanse på området, rapportert av 66 % av respondentene. Videre oppga 49 % at økonomiske begrensninger hindrer gjennomføringen av tiltak. En betydelig andel pekte også på manglende tilgang til informasjon (28 %), utilstrekkelig opplæring fra eksterne aktører (24 %) og utfordringer med å integrere spilleproblemer i kommunens planer og tjenester (28 %) som sentrale barrierer. Blant de som svarte «Annet» var de mest sentrale temaene ressursmangel og prioriteringer, små kommuner med få tilfeller, samt manglende fokus og kunnskap om problemstillingen.

5.2 Behandlingssteder for rus og avhengighet

Figur 5.2.1



Figur 5.2.1 viser at av de 72 institusjonene som besvarte spørsmålet, var det 73,6 % som hadde kjennskap til Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer fra 2019-2021 og/eller 2022-2025.

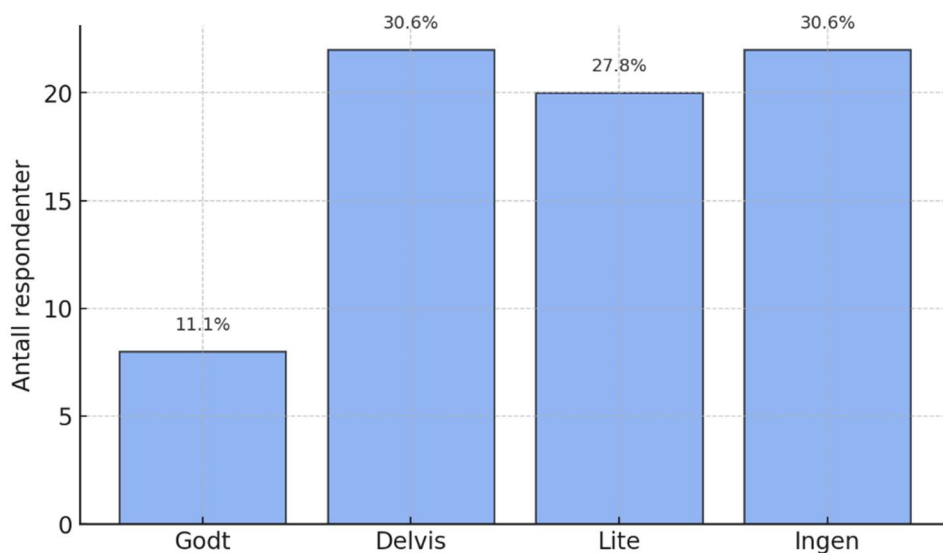
Figur 5.2.2

Figur 5.2.2 viser at blant institusjonene (N=53) som kjente til Nasjonal handlingsplan (2019–2021 og/eller 2022–2025), oppga omtrent halvparten at de hadde blitt kjent med den gjennom KORUS. Omtrent en tredjedel av respondentene ble kjent med Nasjonal handlingsplan gjennom Helse direktoratet, mens rundt en fjerdedel fant den på egen hånd. Færrest fikk informasjon via Medietilsynet eller Lotteri- og stiftelsestilsynet. Blant dem som valgte «Annet», var Stiftelsen DAM og videreutdanningen i spilleavhengighet ved Høyskolen på Lillehammer noen av de nevnte kildene. Respondentene kunne velge flere svaralternativer, noe som gjør at antall svar på tvers av alle kategorier overstiger antall respondenter.

Figur 5.2.3

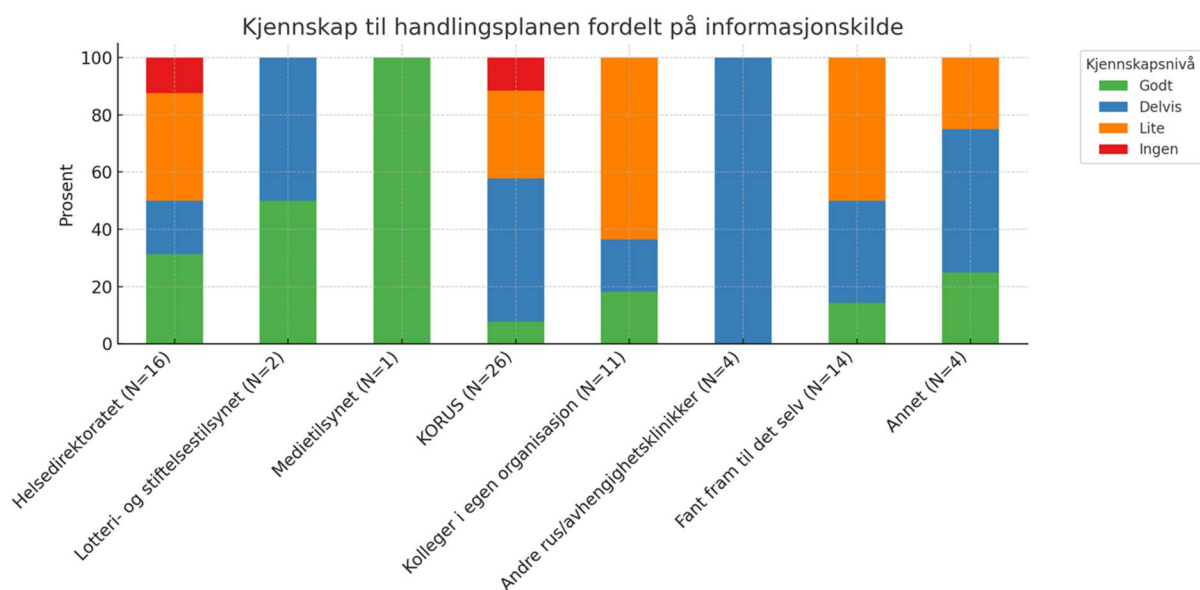
Hvor godt har du satt deg inn i Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019-2021 og/eller 2022-2025)?

N = 72



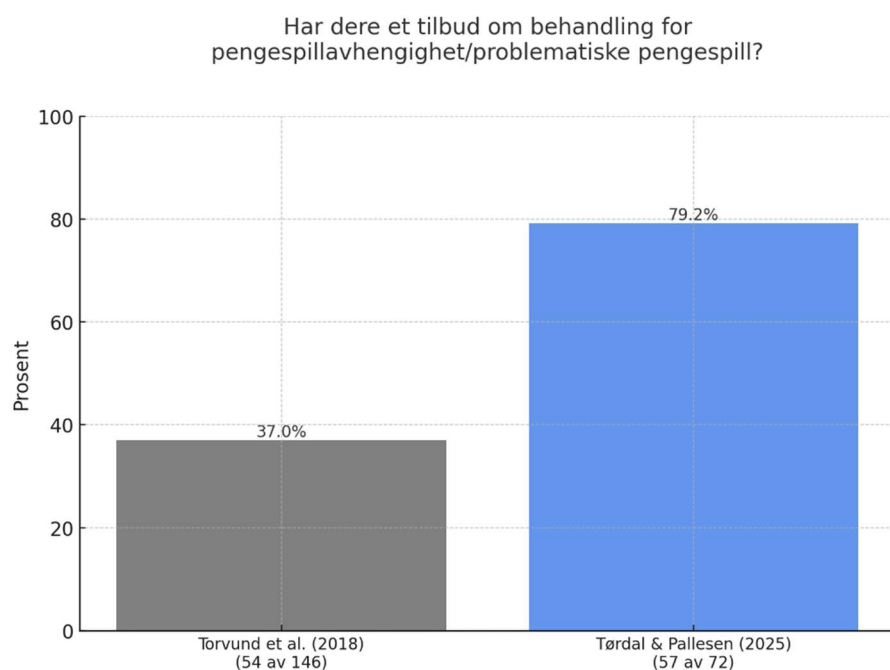
Figur 5.2.3 viser at blant institusjonene som kjente til Nasjonal handlingsplan (2019–2021 og/eller 2022–2025), var det få som hadde satt seg godt inn i den. Omtrent en tredjedel hadde delvis kjennskap, mens like mange oppga «Lite» eller «Ingen» som svar.

Figur 5.2.4



Figur 5.2.4 viser graden av kjennskap til Nasjonal handlingsplan (2019–2021 og/eller 2022–2025) fordelt etter informasjonskilde. Blant de 26 behandlingsstedene som oppga å ha mottatt informasjon fra KORUS, oppga to respondenter at de hadde god kjennskap til handlingsplanen, 13 delvis, åtte lite og tre ingen kjennskap. Av de 16 som hadde mottatt informasjon fra Helsedirektoratet, svarte fem at de hadde god kjennskap, tre delvis, seks lite og to ingen. Blant de 14 som selv hadde funnet fram til handlingsplanen, oppga to god kjennskap, fem delvis og syv lite. Kolleger i egen organisasjon ble oppgitt som informasjonskilde av elleve respondenter; av disse oppga to god kjennskap, to delvis og syv lite.

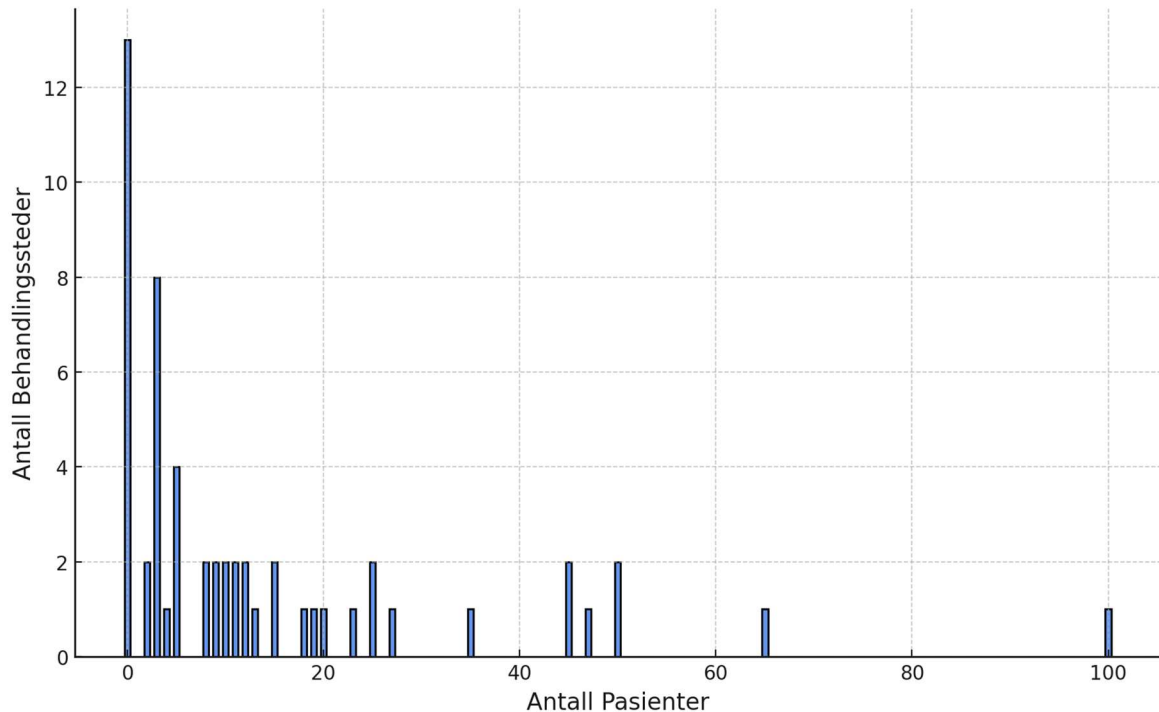
Figur 5.2.5



Figur 5.2.5 sammenligner tilbud om behandling for pengespillavhengighet/problematisk bruk av pengespill i 2016 (Torvund et al., 2018) og 2023 (Tørdal & Pallesen, 2025). Figuren viser en økning i andelen institusjoner med behandlingstilbud, fra 37,0 % i 2016 til 79,2 % i 2023.

Figur 5.2.6

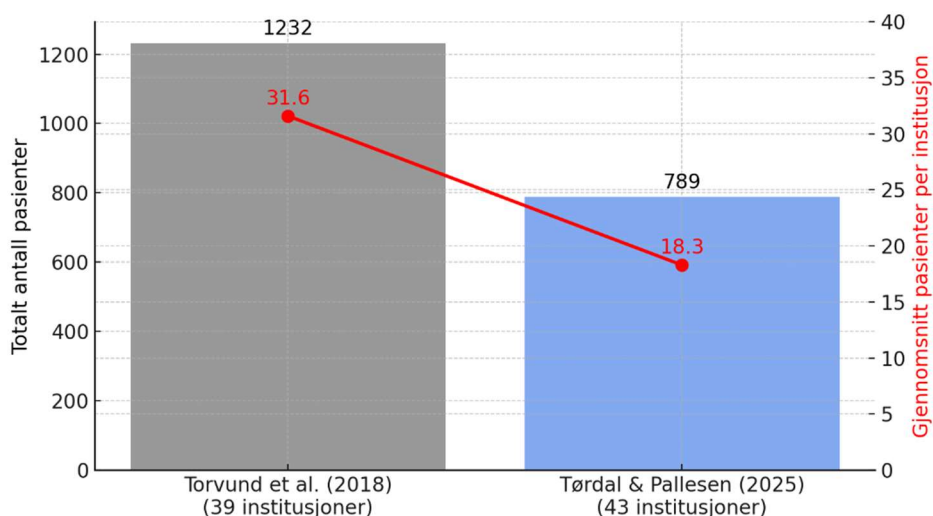
Antall pasienter med pengespillproblem som hovedfokus i 2023 på deres behandlingssted.
Hvis nøyaktig antall ikke er kjent, gi et overslag: ____
N = 56



Figur 5.2.6 viser antall pasienter med pengespillproblemer som hovedfokus i 2023, blant institusjoner som tilbyr behandling for dette (N = 56). Flest institusjoner hadde ingen pasienter i 2023. Figuren viser generelt en høy konsentrasjon av få pasienter per behandlingssted. Selv om de fleste behandlingssteder har få pasienter, finnes det noen med høyere antall, opp til 100 pasienter. Én institusjon svarte ikke på dette spørsmålet.

Figur 5.2.7

Sammenligning av totalt antall pasienter med pengespillproblematikk som hovedfokus og gjennomsnitt per institusjon



Figur 5.2.7 sammenligner antall pasienter med pengespillproblemer som hovedfokus i 2016 (Torvund et al., 2018) og 2023 (Tørdal & Pallesen, 2023). Figuren inkluderer kun institusjoner med behandlingstilbud og minst én pasient. Den viser en nedgang i gjennomsnittlig antall pasienter per institusjon, fra 31,6 i 2016 til 18,3 i 2023 og en nedgang i totalt antall pasienter behandlet, fra 1232 til 789.

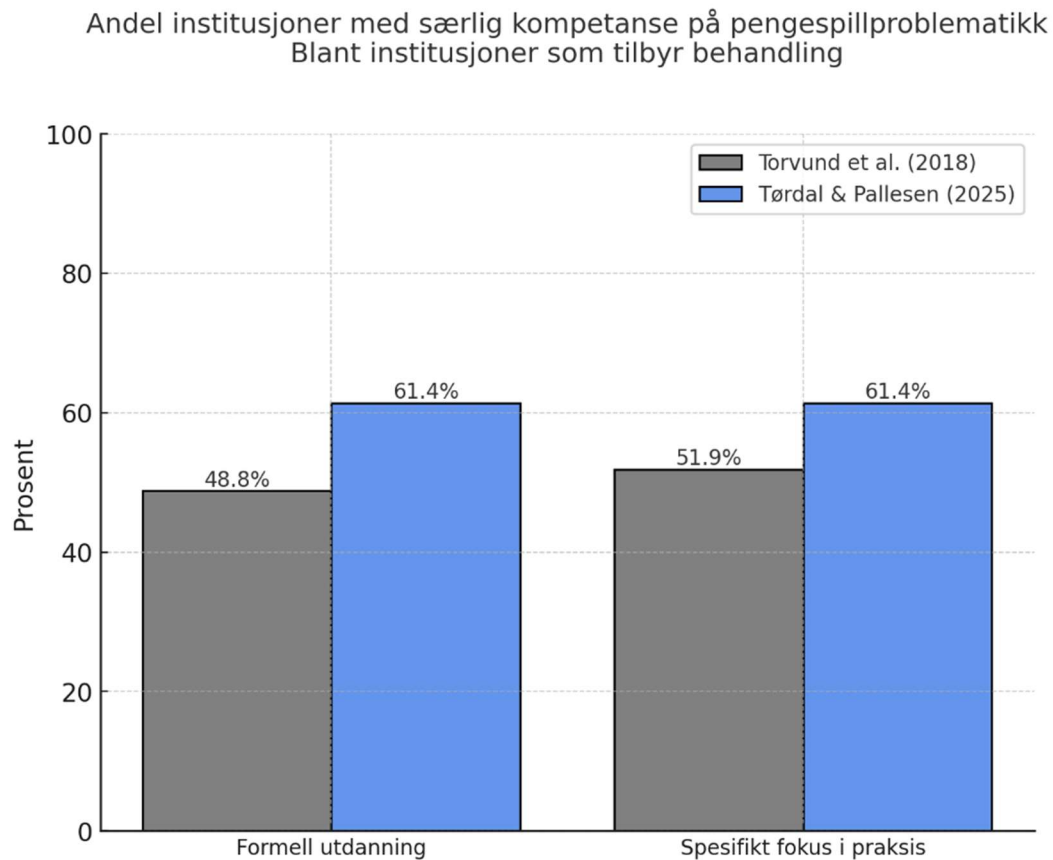
For å komplettere denne informasjonen hentet vi inn data fra Norsk Pasientregister som viser antall personer med F63.0 (patologisk spillelidenskap) behandlet innenfor det nasjonale pasientforløpet for rusbehandling. Resultatene er vist i tabell 5.2.1.

Tabell 5.2.1

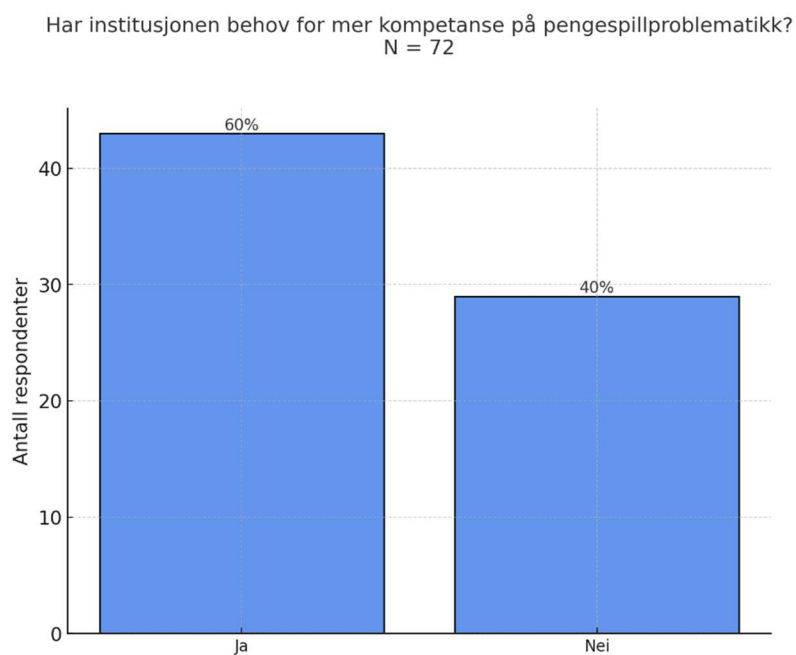
Oversikt over antall pasienter med F63.0 (patologisk spillelidenskap) behandlet innenfor det nasjonale pasientforløpet for rusbehandling i perioden 2016-2024

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Pasienter	854	1128	1329	1412	1316	1114	1000	969	1037

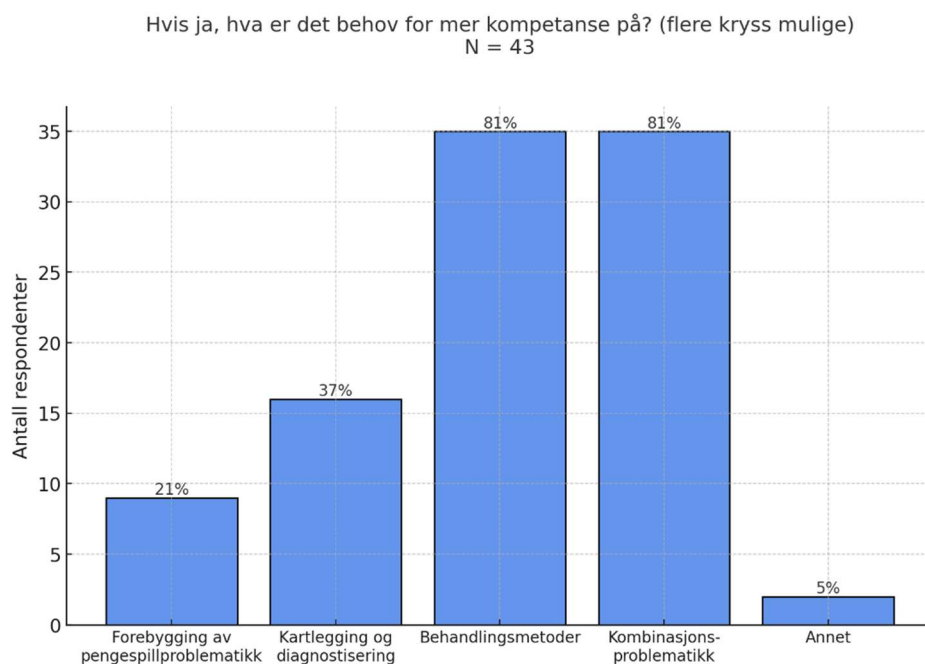
Funnene viser en økning frem mot 2018-2020 og deretter en nedgang de siste årene.

Figur 5.2.8

Figur 5.2.8 sammenligner andelen institusjoner med særlig kompetanse på pengespillproblematikk i 2016 og 2023 blant institusjoner som tilbyr behandling. Med særlig kompetanse menes fagpersoner som har spesialisert seg på feltet, enten gjennom formell utdanning og/eller gjennom et spesifikt fokus i praksis. Figuren viser en økning i kompetanse fra 2016 til 2023, med andelen institusjoner med formell utdanning innen feltet økende fra 48,8 % til 61,4 %, og andelen med spesifikt fokus i praksis økende fra 51,9 % til 61,4 %.

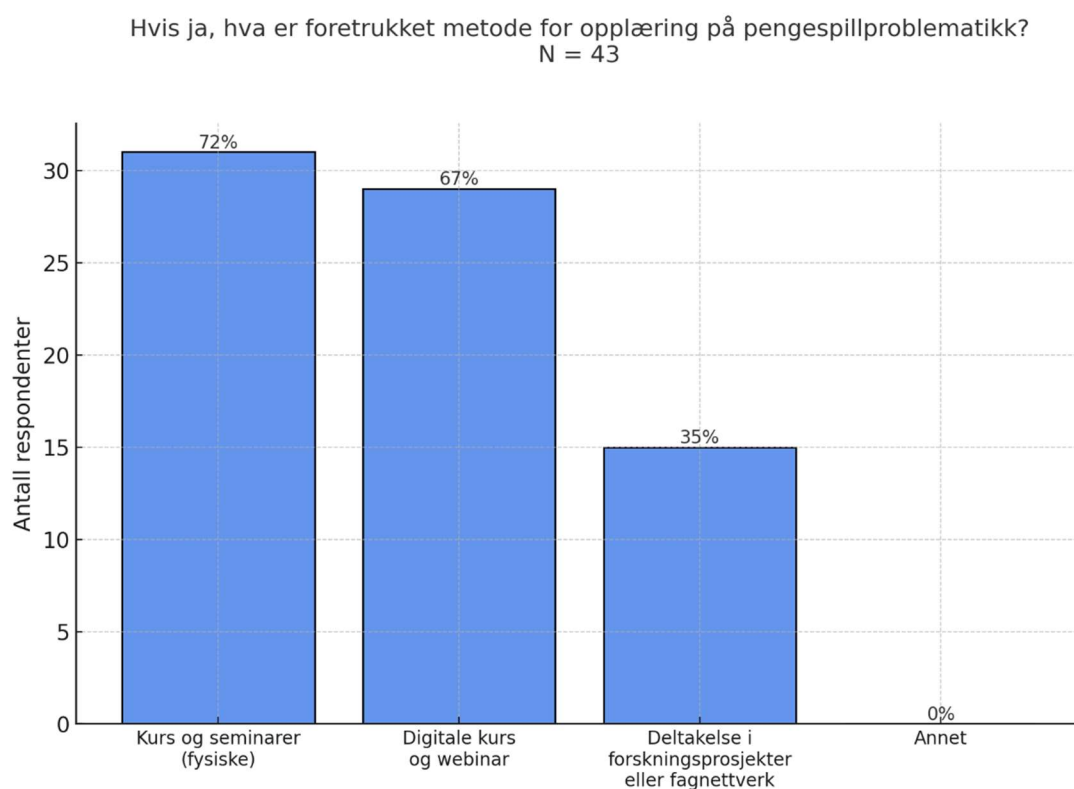
Figur 5.2.9

Figur 5.2.9 viser en tydelig tendens til at flertallet av institusjoner ser et behov for økt kompetanse på pengespillproblematikk. Blant de 72 institusjonene svarte 60 % «Ja» på spørsmålet, noe som viser at et flertall institusjoner ønsker mer kompetanse på pengespillproblematikk. De resterende 40 % mente at de allerede har tilstrekkelig kompetanse.

Figur 5.2.10

Figur 5.2.10 viser at blant de 43 institusjonene som oppga behov for mer kompetanse på pengespillproblematikk, var behovet størst for økt kunnskap om behandlingsmetoder og komorbiditet. Over en tredjedel ønsket mer kompetanse på kartlegging og diagnostisering av pengespillproblematikk, mens en mindre andel etterspurte mer kunnskap om forebygging av problemspilling. Blant dem som valgte «Annet», var gjeldsproblematikk et sentralt tema. Siden respondentene kunne krysse av for flere svaralternativer, er antall svar på tvers av kategoriene høyere enn antall respondenter.

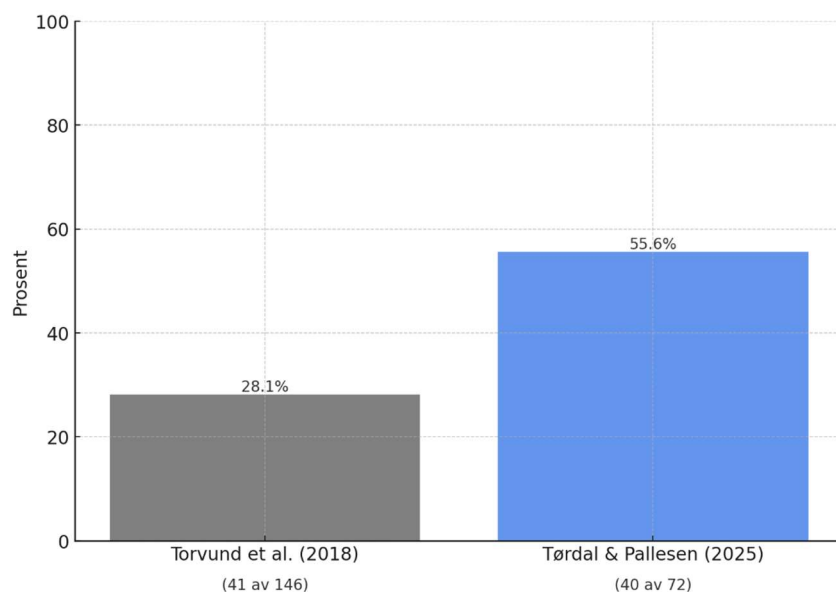
Figur 5.2.11



Figur 5.2.11 viser hvilke opplæringsmetoder institusjoner med behov for mer kompetanse på pengespillproblematikk foretrekker. De mest populære formene for kompetanseheving er fysiske kurs og seminar (72 %) samt digitale kurs og webinar (67 %). I tillegg foretrekker 35 % læring gjennom forskningsprosjekter og fagnettverk, mens ingen oppga andre metoder. Siden respondentene kunne velge flere svaralternativer, er antall svar på tvers av kategoriene høyere enn antall respondenter.

Figur 5.2.12

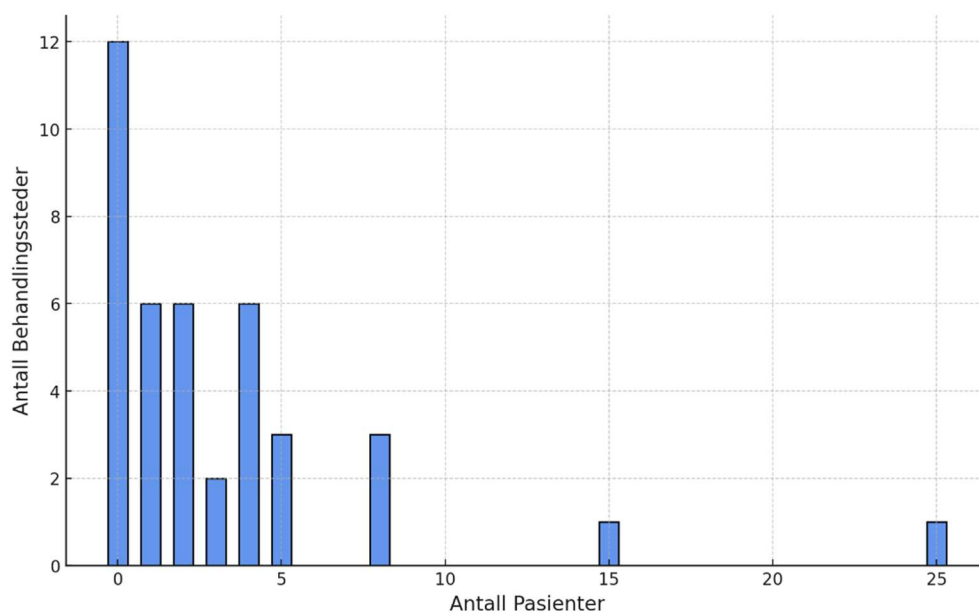
Har dere et tilbud om behandling for dataspillavhengighet/ problematisk bruk av dataspill?



Figur 5.2.12 sammenligner tilbud om behandling for dataspillavhengighet/problematisk bruk av pengespill i 2016 (Torvund et al., 2018) og 2023 (Tørdal & Pallesen, 2025). Figuren viser en økning i andelen institusjoner med behandlingstilbud vedrørende dette, fra 28,1 % i 2016 til 55,6 % i 2023.

Figur 5.2.13

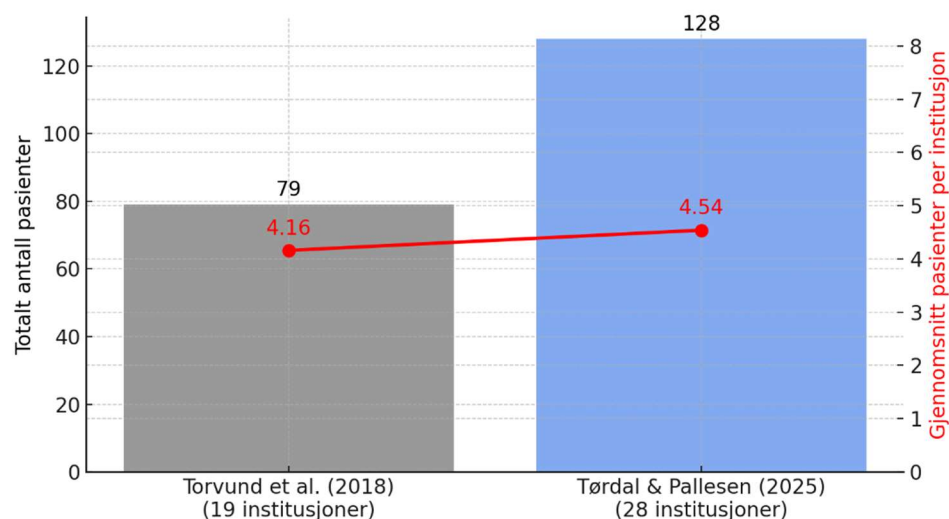
Antall pasienter med dataspillproblemer som hovedfokus i perioden 2023 på deres behandlingssted.
Hvis nøyaktig antall ikke er kjent, gi et overslag: __
N = 40



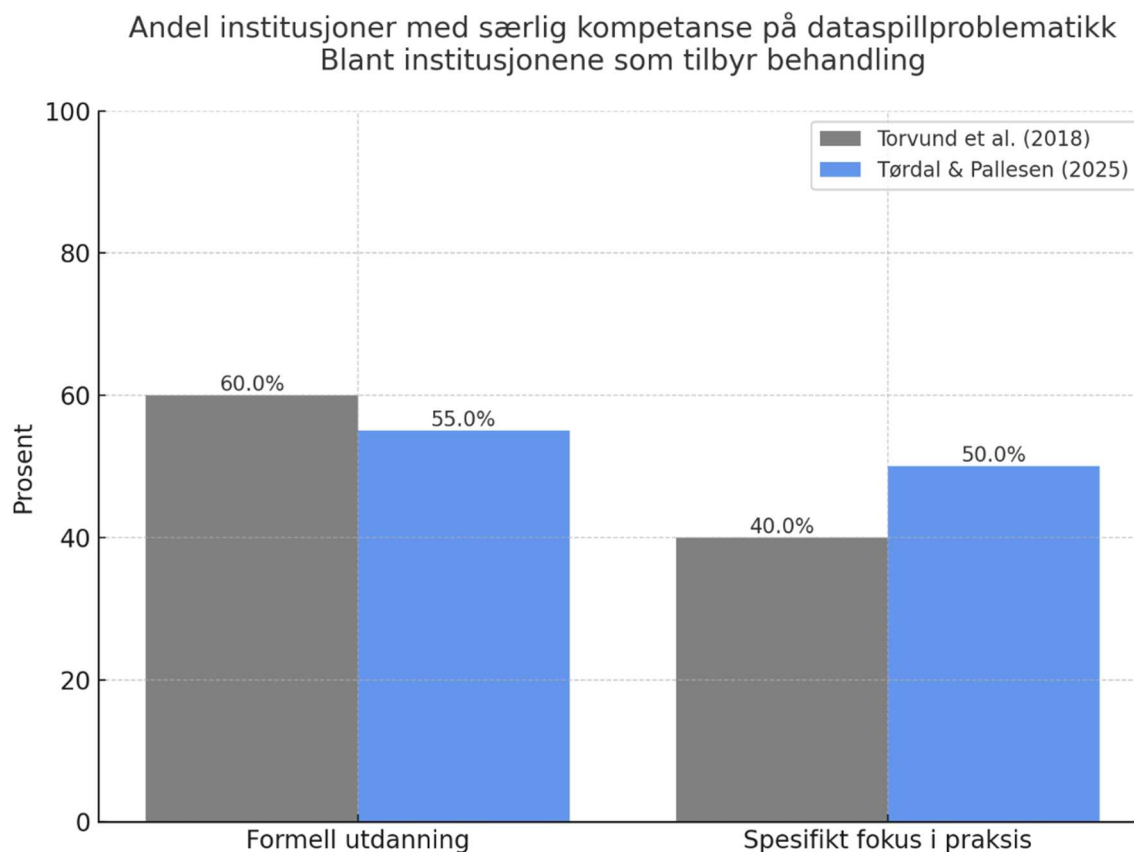
Figur 5.2.13 viser antall pasienter med dataspillproblemer som hovedfokus i 2023 ved institusjoner som tilbyr behandling for dette (N = 40). Figuren indikerer at dataspillproblemer sjelden er hovedfokus ved de fleste behandlingssteder, da mange rapporterer ingen eller svært få pasienter. Samtidig finnes det enkelte institusjoner som behandler et høyere antall, opptil 25 pasienter.

Figur 5.2.14

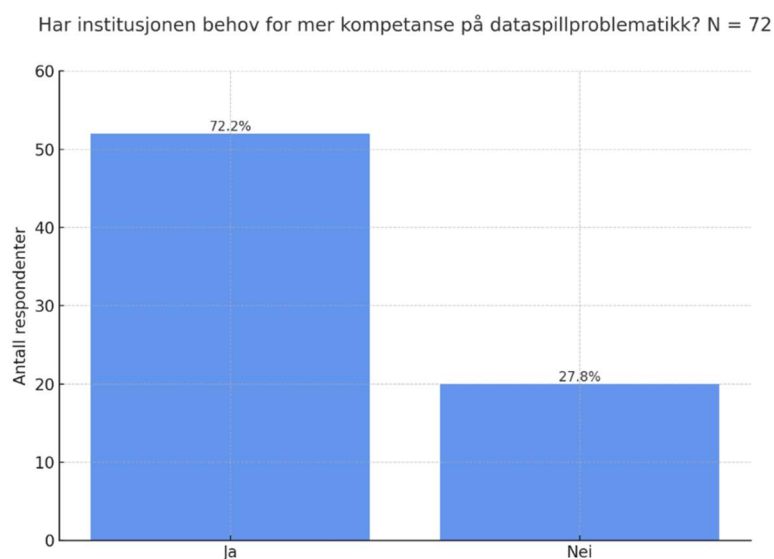
Sammenligning av totalt antall pasienter med dataspillproblematikk som hovedfokus og gjennomsnitt per institusjon



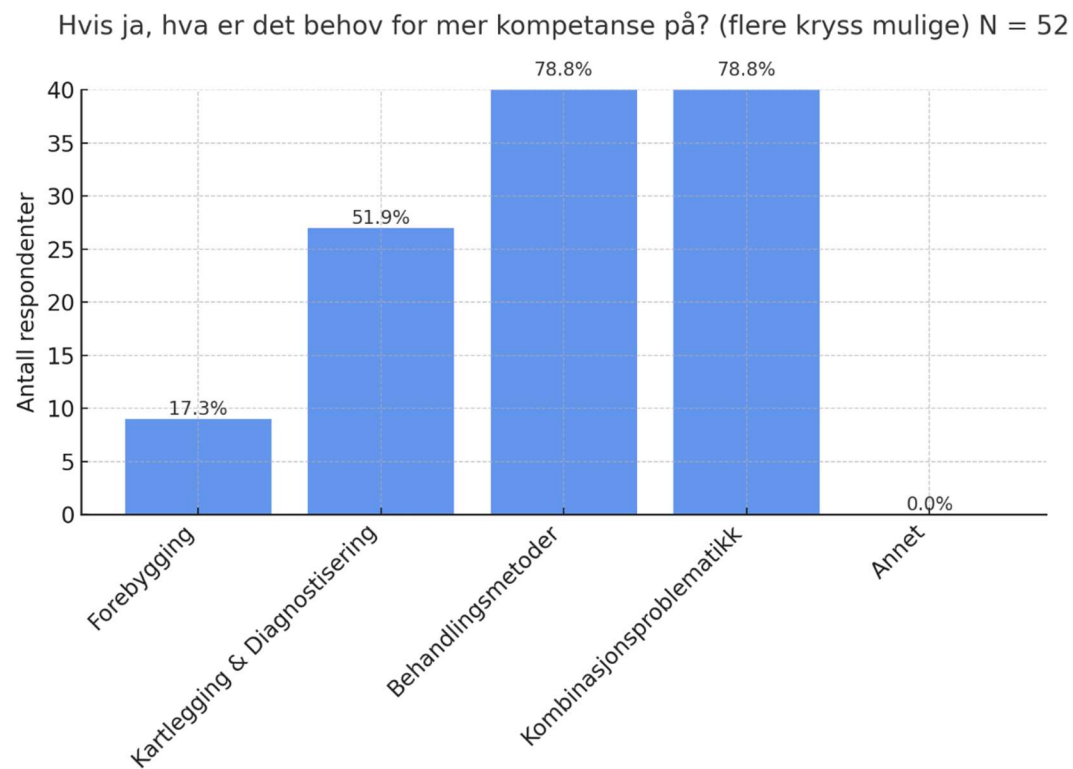
Figur 5.2.14 sammenligner antall pasienter med dataspillproblemer som hovedfokus i 2016 (Torvund et al., 2018) og 2023 (Tørdal & Pallesen, 2023). Figuren inkluderer kun institusjoner med behandlingstilbud og minst én pasient. Den viser en økning i gjennomsnittlig antall pasienter per institusjon, fra 4,2 i 2016 til 4,5 i 2023.

Figur 5.2.15

Figur 5.2.15 sammenligner andelen institusjoner med særlig kompetanse på dataspillproblematikk i 2016 (Tørvund et al., 2018) og 2023 (Tørdal & Pallesen, 2025) blant institusjoner som tilbyr behandling. Med særlig kompetanse menes fagpersoner som har spesialisert seg på feltet, enten gjennom formell utdanning og/eller et spesifikt fokus i praksis. Figuren viser en nedgang i andelen med formell utdanning innen dataspillproblematikk, fra 60 % i 2016 til 55 % i 2023, men en økning i andelen med spesifikt fokus i praksis, fra 40 % i 2016 til 50 % i 2023.

Figur 5.2.16

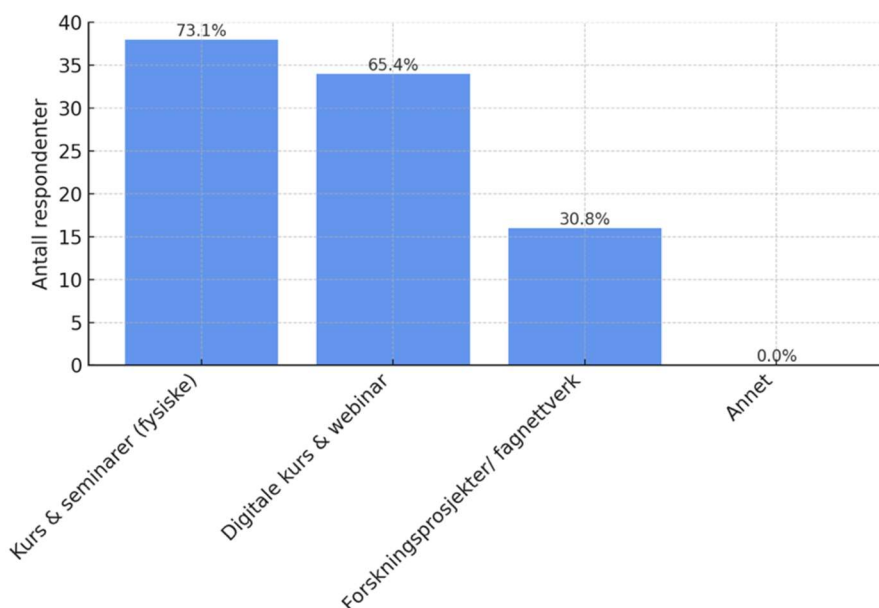
Figur 5.2.16 viser en tydelig tendens til at mesteparten av institusjonene har et behov for økt kompetanse på dataspillproblematikk. Blant de 72 institusjonene svarte 72,2 % «Ja» på spørsmålet. De resterende 27,8 % mente at de allerede har tilstrekkelig kompetanse.

Figur 5.2.17

Figur 5.2.17 viser at blant de 52 institusjonene som oppga behov for mer kompetanse på dataspillproblematikk, var behovet størst for økt kunnskap om behandlingsmetoder og komorbiditet. Over halvparten ønsket mer kompetanse vedrørende kartlegging og diagnostisering av pengespillproblematikk, mens en mindre andel etterspurte mer kunnskap om forebygging. Siden respondentene kunne krysse av for flere svaralternativer, er antall svar på tvers av kategoriene høyere enn antall respondenter.

Figur 5.2.18

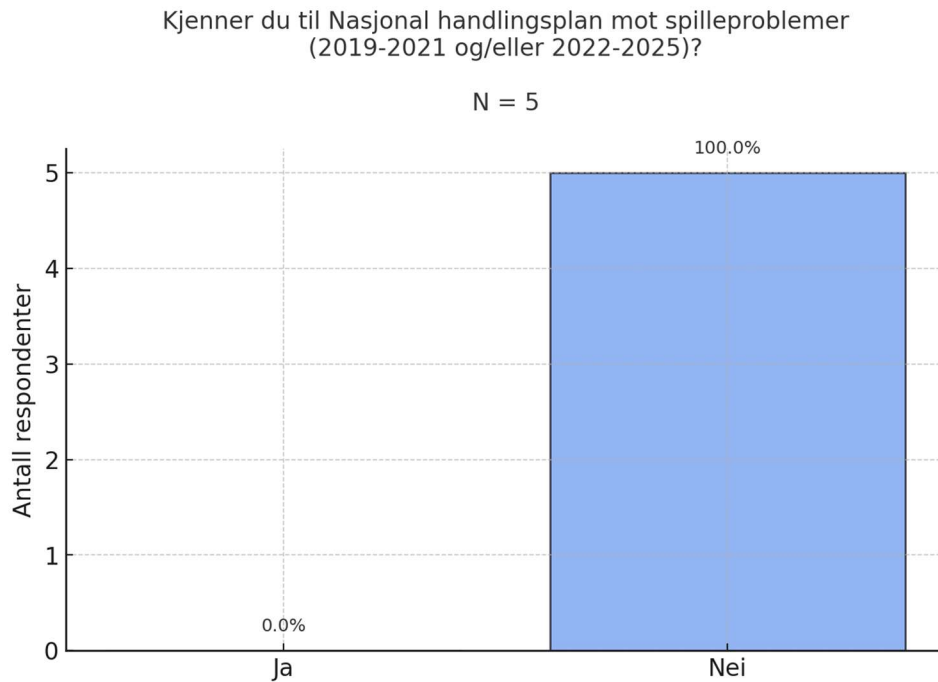
Hvis ja, hva er foretrukket metode for opplæring på dataspillproblematikk? (flere kryss mulige) N = 52



Figur 5.2.18 viser hvilke opplæringsmetoder institusjoner med behov for mer kompetanse på dataspillproblematikk foretrekker. De mest populære formene for kompetanseheving er fysiske kurs og seminar (73,1 %) samt digitale kurs og webinar (65,4 %). I tillegg foretrekker 30,8 % læring gjennom forskningsprosjekter og fagnettverk, mens ingen oppga andre metoder. Siden respondentene kunne velge flere svaralternativer, er antall svar på tvers av kategoriene høyere enn antall respondenter.

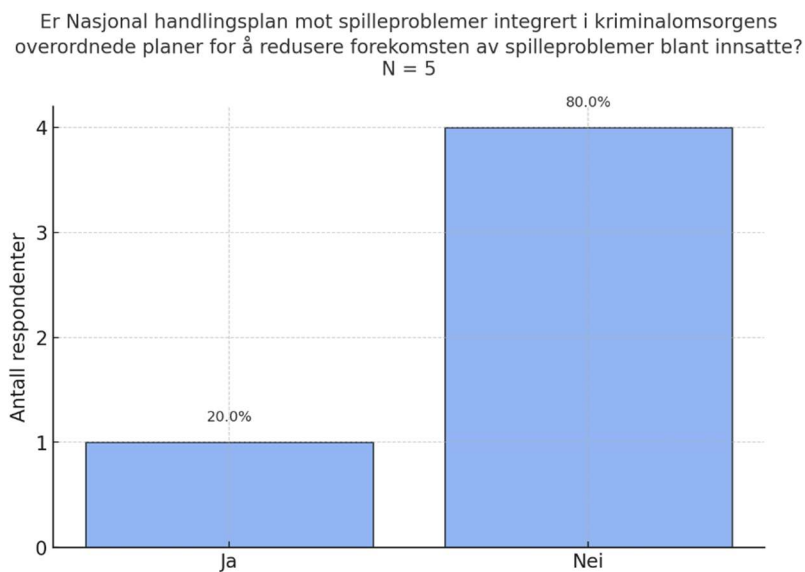
5.3 Kriminalomsorgen

Figur 5.3.1



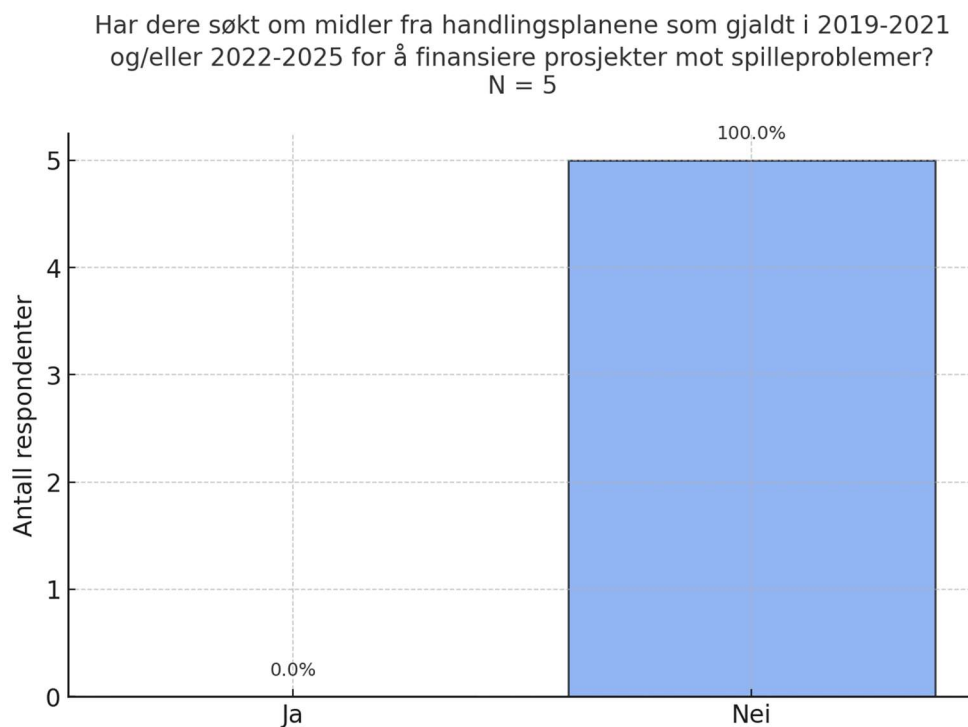
Figur 5.3.1 viser at av kriminalomsorgens fem regionskontor var det ingen som hadde kjennskap til Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer fra 2019-2021 og/eller 2022-2025. Siden ingen kjente til Nasjonal handlingsplan, ble det ikke videre analysert hvor godt de hadde satt seg inn i den.

Figur 5.3.2



Figur 5.3.2 viser likevel at én av regionskontorene svarte at handlingsplanene var integrert i kriminalomsorgens overordnede planer for å redusere forekomsten av spilleproblemer blant de innsatte, mens resterende fire kontor svarte at planene ikke var integrert.

Figur 5.3.3

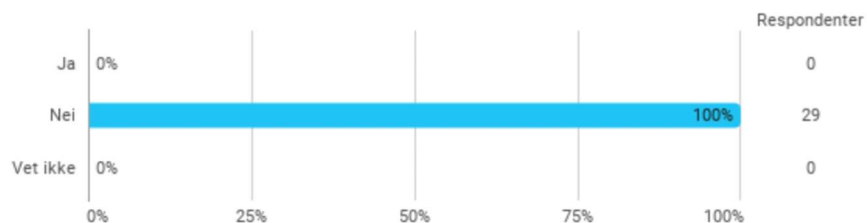


Figur 5.3.3 viser at ingen av regionskontorene hadde søkt om midler fra tilskuddsordningen fra handlingsplanene som gjaldt i 2019-2021 og/eller 2022-2025.

5.4 Fengsler i Norge

Figur 5.4.1

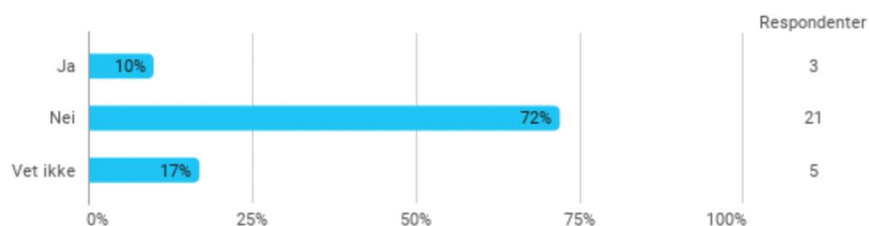
4. Har dere fått opplæring i utfordringer knyttet til spilleproblemer (penge- og/eller dataspill) blant innsatte i fengselet?



Figur 5.4.1 viser at ingen av fengslene har mottatt opplæring om utfordringer knyttet til spilleproblemer blant innsatte.

Figur 5.4.2

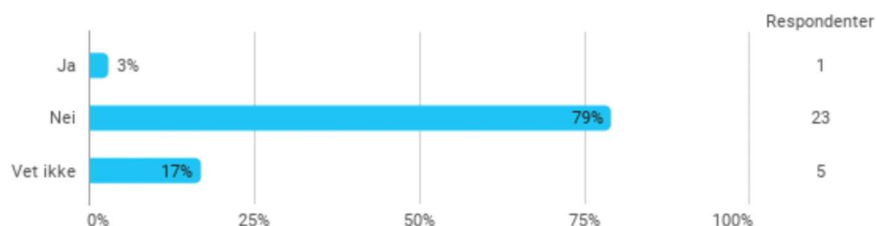
5. Gjennomføres det systematisk kartlegging vedrørende omfanget av pengespillproblemer blant de innsatte?



Figur 5.4.2 viser at flertallet av fengslene (72 %) ikke har gjennomført en systematisk kartlegging av omfanget av pengespillproblemer blant innsatte. Videre oppga tre fengsler (10 %) at de drev med systematisk kartlegging vedrørende omfanget av pengespillproblemer blant de innsatte.

Figur 5.4.3

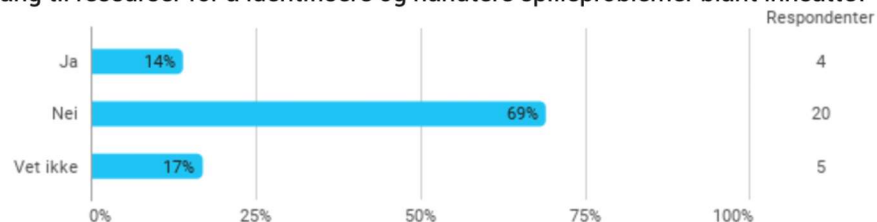
6. Gjennomføres det systematisk kartlegging vedrørende omfanget av dataspillproblemer blant de innsatte?



Figur 5.4.3 viser at flertallet av fengslene (79 %) ikke har gjennomført en systematisk kartlegging av omfanget av dataspillproblemer blant innsatte. Videre oppga ett fengsel at det drev med systematisk kartlegging vedrørende omfanget av dataspillproblemer blant de innsatte.

Figur 5.4.4

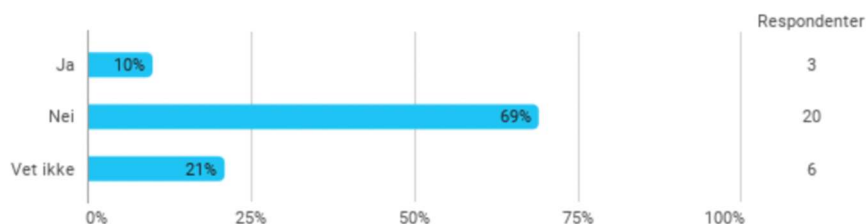
7. Har dere tilstrekkelig tilgang til ressurser for å identifisere og håndtere spilleproblemer blant innsatte?



Figur 5.4.4 viser at flertallet av fengslene (69 %) gir uttrykk for at de ikke har tilstrekkelige ressurser til å identifisere og håndtere spilleproblemer blant innsatte. Kun 14 % av fengslene formidlet at de hadde tilstrekkelig tilgang på ressurser.

Figur 5.4.5

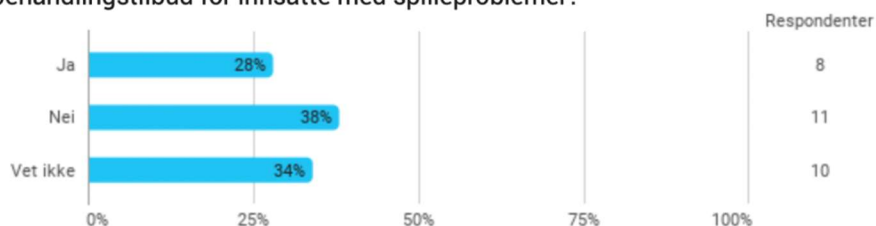
8. Er det tilstrekkelig informasjon tilgjengelig for ansatte om hvordan spilleproblemer kan håndteres blant innsatte?



Figur 5.4.5 viser at flertallet av fengslene (69 %) rapporterte at det ikke var tilstrekkelig informasjon tilgjengelig for ansatte om hvordan spilleproblemer blant innsatte kan håndteres. Kun 10 % oppga at tilstrekkelig informasjon var tilgjengelig.

Figur 5.4.6

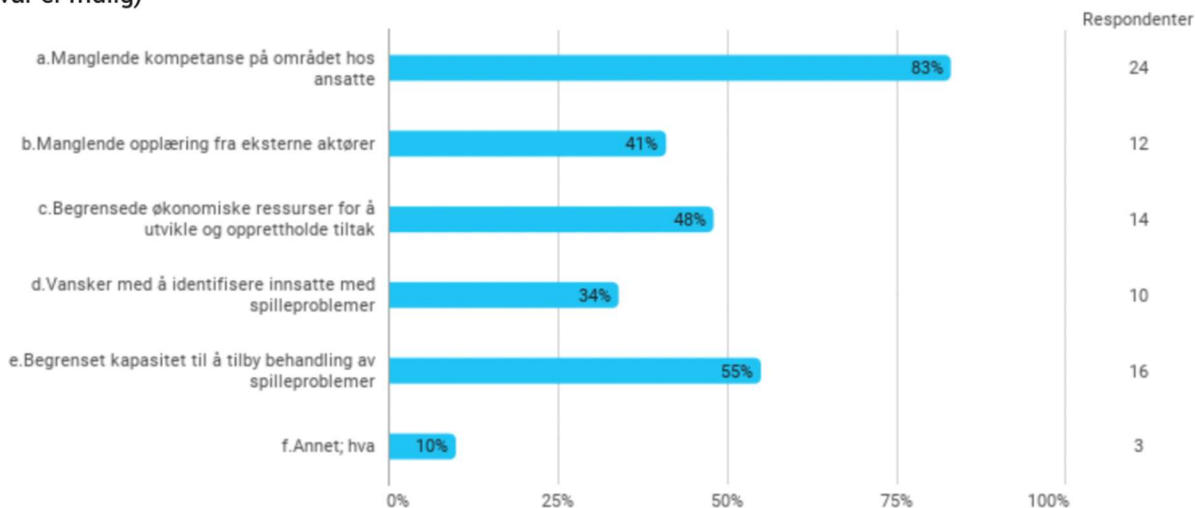
9. Finnes det tilgjengelige behandlingstilbud for innsatte med spilleproblemer?



Figur 5.4.6 viser at 38 % av fengslene rapporterte at det ikke fantes et behandlingstilbud for innsatte med spilleproblemer. Videre oppga 28 % at et slikt tilbud eksisterte, mens 34 % var usikre.

Figur 5.4.7

10. Hva mener du er de største utfordringene fengselet står overfor i arbeidet mot spilleproblemer? (flere svar er mulig)



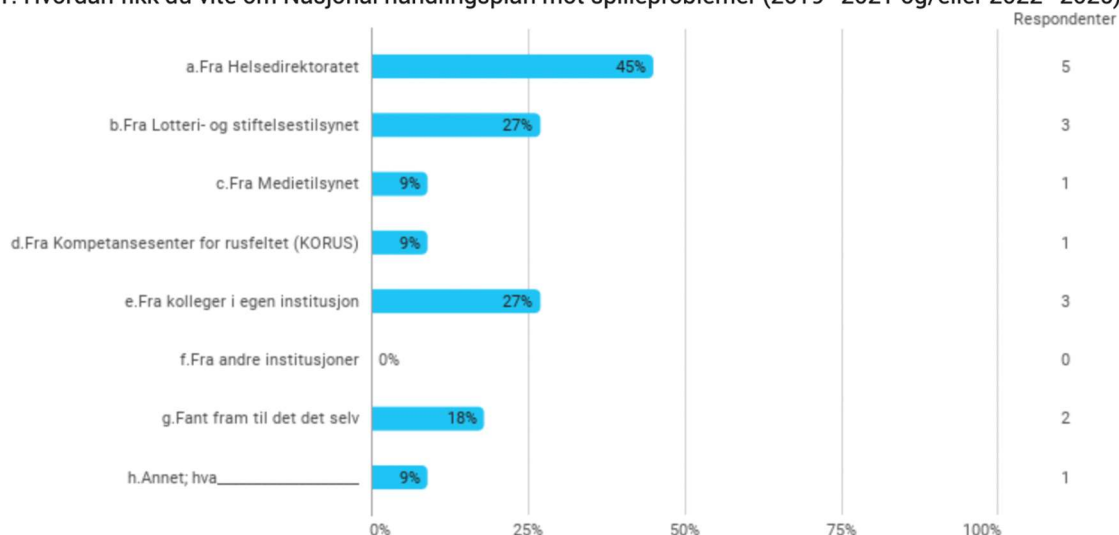
Figur 5.4.7 viser at majoriteten av fengslene (83 %) oppga at den største utfordringen i arbeidet med spilleproblemer er manglende kompetanse blant ansatte. I tillegg ble begrenset kapasitet (55 %), begrenset økonomi (48 %) og manglende opplæring fra eksterne aktører (41 %) trukket frem som sentrale utfordringer.

5.5 Tilskuddsmottakere

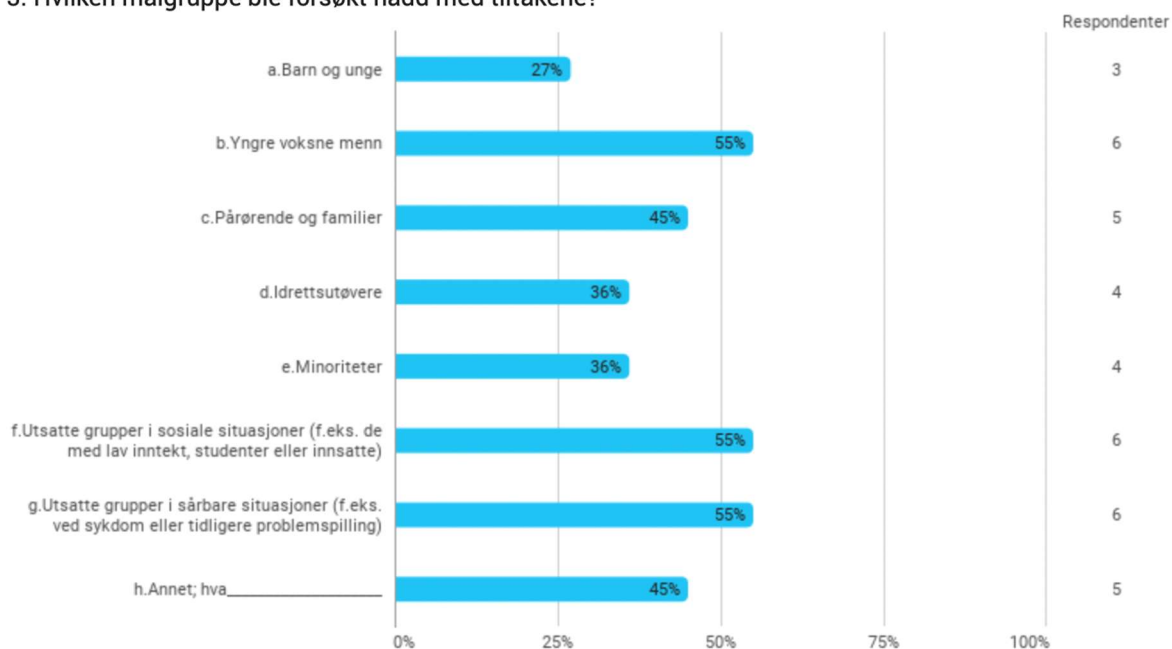
På spørsmålet om hva de ulike instansene hadde søkt midler til, var svarene hovedsakelig knyttet til behandlingstilbud, opplæringsprogram, kompetanseheving, forebyggende tiltak, fagartikler og podkaster.

Figur 5.5.1

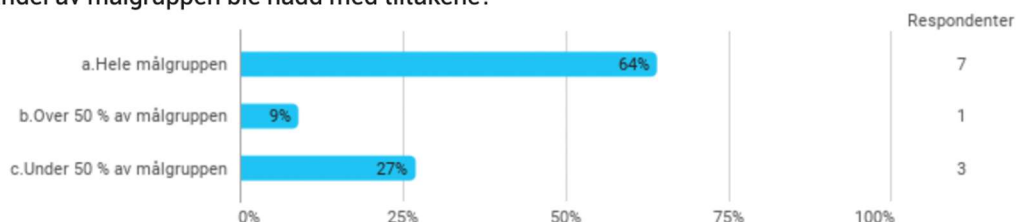
1. Hvordan fikk du vite om Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025)?



Figur 5.5.1 viser at Helsedirektoratet (45 %) var den viktigste informasjonskilden om Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025) for mottakere av midler. Også kollegaer (27 %) og Lotteri- og stiftelsestilsynet (27 %) spilte en sentral rolle, mens få respondenter fikk informasjon fra Medietilsynet, KORUS eller ved egen innsats. Siden respondentene kunne velge flere svaralternativer, er antall svar på tvers av kategoriene høyere enn antall respondenter.

Figur 5.5.2**3. Hvilken målgruppe ble forsøkt nådd med tiltakene?**

Figur 5.5.2 viser hvilke målgrupper som ble forsøkt nådd gjennom tiltak finansiert av Nasjonal handlingsplan. Datasettet viser en bred fordeling av målgrupper, men tiltakene var særlig rettet mot yngre voksne menn (55 %), utsatte grupper i sosiale (55 %) og sårbare (55 %) situasjoner, samt pårørende og familier (45 %). Derimot var det færre tiltak rettet spesifikt mot barn og unge (27 %). I tillegg ble ansatte i kommunale tjenester, personer som opplever egen spilleatferd som problematisk, fagpersoner og frivillige som jobber med spilleproblematikk nevnt som målgrupper. Siden respondentene kunne velge flere svaralternativer, er antall svar på tvers av kategoriene høyere enn antall respondenter.

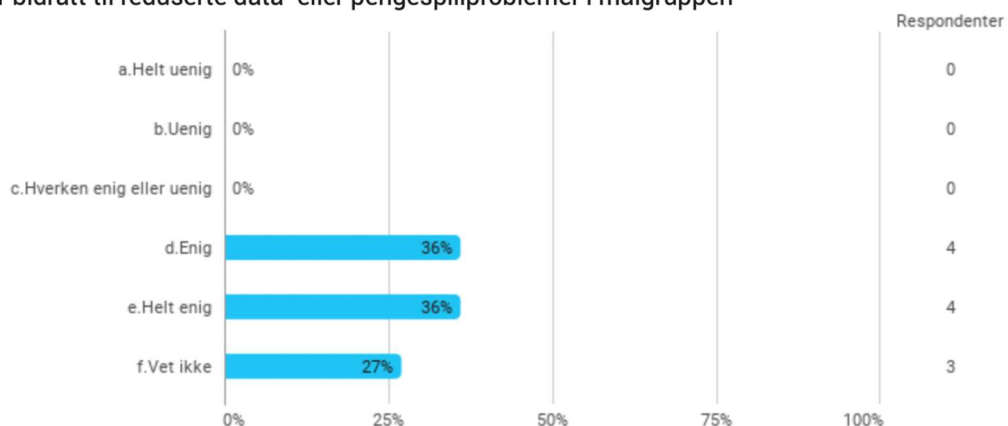
Figur 5.5.3**4. Hvor stor andel av målgruppen ble nådd med tiltakene?**

Figur 5.5.3 viser hvor stor andel av målgruppen som ble nådd gjennom tiltakene finansiert av Nasjonal handlingsplan. Flertallet av respondentene oppgir at tiltakene nådde hele målgruppen (64

%). Samtidig rapporterte en betydelig andel (27 %) at mindre enn halvparten av målgruppen ble nådd.

Figur 5.5.4

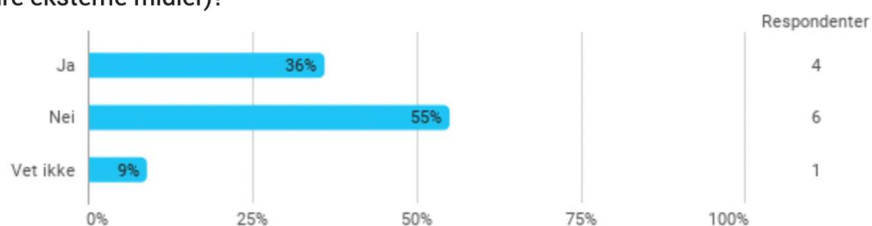
5. Tiltakene har bidratt til reduserte data- eller pengespillproblemer i målgruppen



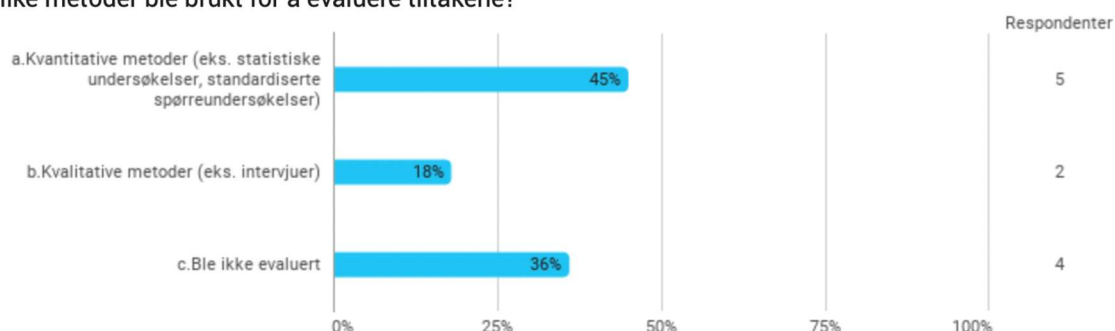
Figur 5.5.4 viser tilskuddsmottakernes vurdering av hvorvidt tiltakene har bidratt til reduserte data- eller pengespillproblemer i målgruppen. Flertallet av respondentene (72 %) mener at tiltakene har hatt en positiv effekt på reduksjon av spillproblemer i målgruppen. Samtidig er det en viss andel (27 %) som er usikre på tiltakets effekt.

Figur 5.5.5

6. Kan tiltakene opprettholdes på lengre sikt uten videre ekstern finansiering (f.eks. med midler fra Handlingsplanene eller andre eksterne midler)?



Figur 5.5.5 viser tilskuddsmottakernes vurdering av om tiltakene kan opprettholdes på lengre sikt uten videre ekstern finansiering, for eksempel midler fra handlingsplanene eller andre eksterne kilder. Flertallet av respondentene (55 %) mener at tiltakene er avhengige av ekstern finansiering for å kunne opprettholdes. Omkring en tredjedel (36 %) mener at tiltakene kan videreføres uten ytterligere midler.

Figur 5.5.6**7. Hvilke metoder ble brukt for å evaluere tiltakene?**

Figur 5.5.6 viser hvilke metoder som ble brukt for å evaluere tiltakene knyttet til Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer. De fleste tiltakene ble evaluert ved hjelp av kvantitative metoder (45 %), mens bruk av kvalitative metoder var mindre vanlig (18 %). Omtrent én tredjedel (36 %) av tiltakene ble imidlertid ikke evaluert i det hele tatt.

Figur 5.5.7**8. Ble kontroll- eller sammenligningsgrupper brukt i evalueringen?**

Figur 5.5.7 viser hvorvidt kontroll- eller sammenligningsgrupper ble brukt i evalueringen av tiltakene. Ingen av tiltakene ble evaluert med kontroll- eller sammenligningsgrupper. Som nevnt tidligere ble omtrent én tredjedel (36 %) av tiltakene ikke evaluert i det hele tatt.

For respondentene som oppga at tiltakene ble evaluert, ble det videre spurt om hvilken metode som ble benyttet og hvilke resultater som forelå. En av mottakerne rapporterte at det ble gjennomført to questback-undersøkelser, men oppga ingen resultater. En annen mottaker benyttet både spørreundersøkelse og intervju. Evalueringen ble gjennomført blant deltakere etter et kompetansehevende prosjekt, som inkluderte fagmøter og innlegg for 25 ulike hjelpeinstanser. Totalt responderte 94 personer på undersøkelsen. Blant de fire påstandene som ble evaluert, ble resultatene fra to av dem rapportert. I alt 74,5 % av respondentene var enige eller helt enige i påstanden: «Jeg har fått ny kunnskap om barn og unge som spiller dataspill» og 85,1 % var enige eller helt enige i påstanden: «Jeg kommer til å benytte noe av denne kunnskapen i mitt arbeid med ungdom». En tredje mottaker oppga at både spørreundersøkelser og samtaler med brukere ble

gjennomført, og at tilbakemeldingene indikerte at hjelpen hadde god effekt. En fjernmottaker viser til en studie utført av Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning i 2020. Utvalget i denne studien består imidlertid av deltakere i et intervensjonsprogram rekruttert i 2017–2018, altså før Nasjonal handlingsplan for spilleproblemer 2019–2021 trådte i kraft. En siste mottaker som rapporterte at tiltaket ble evaluert, skrev at alle som deltok på kurset var positive.

6. Diskusjon

6.1 Kommuner

Resultatene tyder på en mangel på kjennskap til, oppmerksomhet og engasjement rundt Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025) i kommunene, til tross for deres betydning i arbeidet med spilleproblematikk. Kjennskapen til og bruken av handlingsplanen er svært begrenset, selv blant dem som faktisk har hørt om den. Over halvparten av respondentene var ikke kjent med handlingsplanen. Videre viser analysene at hele 38 % oppga at de ikke hadde satt seg inn i den i det hele tatt, mens ytterligere 44 % hadde satt seg lite inn i den. Dette antyder enten at handlingsplanen ikke oppfattes som relevant eller viktig nok til å bli prioritert på kommunalt nivå, eller at eksisterende informasjonsstrategier ikke treffer godt nok. Siden resultatene peker på svakheter i implementeringen, både når det gjelder kjennskap og faktisk bruk, kan en mulig strategi være å kommunisere handlingsplanen mer aktivt gjennom offentlige aktører og styrke dens forankring i kommunale planer.

Dette underbygges av funnet (Figur 5.1.4) som viser at kun 5 % av kommunene har integrert Nasjonal handlingsplan (2019–2021 og/eller 2022–2025) i sine overordnede helseplaner. Videre viser resultatene at svært få kommuner har iverksatt konkrete tiltak for å styrke innsatsen mot spilleproblematikk. Andelen som svarer «Ja» på spørsmål om tiltak, lavterskeltilbud, opplæring, samarbeid med frivillige organisasjoner og pårørendetilbud, er konsekvent lav. Dette tyder på at spilleproblematikk ikke er høyt prioritert i mange kommuner, enten på grunn av ressursmangel, lav oppmerksomhet eller manglende ansvarliggjøring. Den høye andelen «Vet ikke»-svar på flere av spørsmålene kan også indikere begrenset bevissthet og kunnskap om temaet blant kommunalt ansatte. Dette kommer også tydelig frem i svarene på spørsmålet om hvor den største utfordringen ligger i arbeidet mot spilleproblemer, der 66 % av respondentene peker på manglende kompetanse som en avgjørende faktor. For å styrke arbeidet med spilleproblematikk er det nødvendig med bedre forankring av tiltak i kommunale strategier, økt samarbeid med eksterne aktører og en mer aktiv innsats for kompetanseheving. Funnene kan også reflektere usikkerhet med tanke på hvor ansvaret for tiltak mot spilleproblematikk ligger (kommune, fylkeskommune, stat).

6.2 Behandlingssteder for rus og avhengighet

Resultatene viser en variabel grad av kjennskap til Nasjonal handlingsplanen mot spilleproblemer. Selv om en betydelig andel av respondentene (73,6 %) oppgir at de kjenner til handlingsplanen, er kun 11,1 % av respondentene oppgir at de har satt seg godt inn i planene. Dette kan indikere at informasjon om handlingsplanens innhold og tiltak ikke i tilstrekkelig grad når ut til denne målgruppen, eller at den ikke formidles på en måte som stimulerer til aktiv deltakelse og anvendelse i praksis. Det er også mulig at en betydelig andel av respondentene oppga større kjennskap til handlingsplanene enn de faktisk har, ettersom respondenter i telefonbaserte undersøkelser ofte er mer tilbøyelige til å gi sosialt ønskelige svar, noe som kan føre til overrapportering (Holbrook et al., 2003).

Diskrepansen mellom å kjenne til handlingsplanens eksistens og faktisk ha god kjennskap til innholdet kan delvis forklares gjennom hvordan informasjonen formidles. Resultatene viser at KORUS er den mest brukte informasjonskilden (49,1 %), men kjennskapen blant de som svarer KORUS i stor grad begrenset til «Delvis» eller «Lite». Tilsvarende har Helsedirektoratet færre respondenter (30,2 %), men en høyere andel av dem oppgir «God» kjennskap, noe som kan tyde på mer målrettet eller grundigere formidling. Samtidig oppga hele 26,4 % av respondentene at de på egenhånd fant frem til handlingsplanene. Dette kan indikere at informasjonen er tilgjengelig, men ikke nødvendigvis formidlet på en tilstrekkelig systematisk måte. At en såpass stor andel selv aktiv har søkt etter informasjon kan bety at eksisterende informasjonsstrategier ikke treffer godt nok. Videre viser analysen at 20,8 % har fått informasjon fra kolleger i egen organisasjon. Dette kan være positivt, men det kan også bety at tilgangen på informasjon til en viss grad er avhengig av tilfeldige eller uformelle nettverk snarere enn en strukturert formidlingsstrategi.

6.2.1 Pengespillproblematikk

Fra 2016 til 2023 ser andelen institusjoner som tilbyr behandling for pengespillavhengighet ut til å ha økt betydelig, fra 37,0 % til 79,2 %. Dette kan indikere økt bevissthet og tilgjengelighet av behandlingstilbud for pengespillproblematikk i denne perioden. Det er imidlertid viktig å ta hensyn til endringer i rapporteringspraksis. I denne undersøkelsen valgte flere avdelinger å svare samlet på vegne av hele institusjonen, i motsetning til undersøkelsen fra 2016, der flere svar trolig ble gitt på avdelingsnivå. Denne forskjellen kan ha bidratt til en høyere andel institusjoner som oppga å ha et behandlingstilbud, ettersom én avdeling med et slikt tilbud førte til at hele institusjonen ble registrert med tilbud. Selv om økningen kan reflektere en faktisk forbedring i behandlingstilbudet, bør man være forsiktig med å tolke den som en direkte indikasjon på en dobling i tilbudet. Den endrede svarpraksisen kan ha bidratt til en kunstig økning i rapportert tilgjengelighet.

For institusjonene som tilbyr behandling for pengespillproblem i 2023, tyder resultatene på at behandlingen av pengespillproblem er konsentrert i et fåtall institusjoner, mens de fleste behandlingssteder kun håndterer et begrenset antall pasienter med denne problematikken. Figur 5.2.6 viser at de fleste institusjonene behandler svært få pasienter med pengespillproblemer, mens noen få har et langt høyere antall, noe som antyder at spesialisert behandling primært tilbys ved enkelte steder. Denne ujevne fordelingen kan påvirke tilgjengeligheten av behandlingstilbudet, da pasienter med pengespillproblemer potensielt må oppsøke spesifikke institusjoner for å få hjelpen de trenger. Det kan også indikere at mange behandlingssteder kun sporadisk håndterer slike pasienter, noe som kan ha betydning for institusjonenes kompetanse og erfaring på feltet. Sammenlignet med i 2016 viser funnene at færre pasienter er i behandling for pengespillproblematikk i 2023, og at gjennomsnittlig antall pasienter per institusjon også har falt fra 31,6 til 18,3. Dataene viste videre at det totale antallet pasienter behandlet for pengespillproblematikk som hoveddiagnose innenfor det nasjonale pasientforløpet for rusbehandling sank fra 1232 til 789. Ifølge Norsk pasientregister (NPR) var det registrert 854 slike pasienter i 2016 og 1128 i 2017, som er årene rapporten fra Torvund et al. (2018) baserte seg på. Denne rapporten baserte seg på tall fra 2023 der det i NPR var registrert 969 personer med F63.0 (patologisk spillelidenskap) som hoveddiagnose.

Resultatene vedrørende selvrapportering fra rusklinikkene som viser en nedgang i antall behandlede pasienter fra 2016/2017 til 2023 er således langt på vei i tråd med data fra NPR. Funnene er også i samsvar med nedgangen i pengespillproblemer i den norske befolkning (basert på befolkningsstudiene fra UiB) mellom 2019 og 2022 (Pallesen et al., 2023; Pallesen et al., 2020).

Når det gjelder kompetansen på pengespillfeltet, viser resultatene en positiv utvikling både med tanke på formell utdanning og spesialisert praksis blant institusjonene som tilbyr behandling for pengespillproblematikk. Andelen behandlere med relevant utdanning økte med 12,6 prosentpoeng, mens andelen institusjoner med et spesifikt fokus på pengespillproblematikk økte med 9,5 prosentpoeng. Økt kompetanse kan bidra til mer målrettet behandling og bedre resultater for pasientene. Likevel er en økning i spesialisert praksis på 9,5 prosentpoeng relativt beskjeden, noe som kan tyde på at mange institusjoner fortsatt håndterer spilleproblemer som en del av bredere avhengighetsbehandling, snarere enn som et eget spesialfelt. Også her bør det tas i betraktning at en overrapportering kan ha påvirket tallene.

Selv om undersøkelsen indikerer at flere institusjoner nå tilbyr behandling for pengespillproblemer, viser figur 5.2.9 at det fortsatt er store kompetansebehov. Det høye antallet svar i forhold til antall respondenter i figur 5.2.10 tyder på at institusjonene opplever manglende kompetanse på flere områder innen pengespillproblematikk. Manglende kunnskap om diagnostisering kan føre til underrapportering av spilleproblemer, mens begrenset kjennskap til behandlingsmetoder kan gjøre intervensjoner mindre effektive. Behovet for økt kunnskap om kombinasjonsproblematikk antyder at spilleproblemer ofte sameksisterer med andre psykiske lidelser eller avhengighetsproblemer, noe som bekreftes av studier som viser at problematisk spilleatferd ofte er forbundet med rusavhengighet, stemningslidelser og angstlidelser (Lorains et al., 2011). Gjeldsproblematikk ble også gjentatte ganger nevnt som et område der det er behov for mer kompetanse. Studier viser at det til enhver tid kan være langt flere som sliter med pengespillgjeld og andre negative langtidseffekter av pengespillproblemer enn andelen som kategoriseres som problemspillere i en befolkning (Langham et al., 2016). Videre vet vi at noen som deltar i pengespill pådrar seg uhåndterlig gjeld og alvorlige økonomiske problemer, noe som i enkelte tilfeller kan føre til økonomiske lovbrudd som svindel eller underslag i et forsøk på å begrense skadevirkningene – men som ofte forverrer situasjonen ytterligere (Adolphe et al., 2019). Dette understreker viktigheten av å inkludere økonomisk rådgivning som en del av behandlingstilbudet, slik at pasienter ikke bare får hjelp med spilleavhengigheten, men også med de økonomiske konsekvensene dette fører med seg.

6.2.2 Dataspillproblematikk

På samme måte som for pengespillproblematikk, ser andelen institusjoner som tilbyr behandling for dataspillproblematikk ut til å ha økt fra 28,1 % i 2016 til 55,6 % i 2023. Selv om de metodologiske utfordringene er de samme som ved kartleggingen av pengespillproblematikk, tyder resultatene også her på økt bevissthet og en forbedring av behandlingstilbudet. Til tross for denne økningen viser resultatene imidlertid at behandlingstilbudet for dataspillproblematikk fortsatt er konsentrert til et fåtall institusjoner, mens de fleste behandlingssteder kun håndterer et begrenset antall pasienter med denne problematikken. Dette kan indikere at selv om flere institusjoner rapporterer å ha et tilbud, er det fortsatt få steder som har betydelig erfaring eller ressurser dedikert til behandling av dataspillavhengighet. Det kan også bety at pasienter med slike utfordringer ikke nødvendigvis prioriteres i like stor grad som andre avhengighetsproblemer, eller at kompetansen på området fortsatt er under utvikling.

Videre viser analysene at både det totale antallet pasienter og gjennomsnittlig antall pasienter med dataspillproblematikk per behandlingssted har økt fra 2016 til 2023, fra 79 til 189 pasienter, og fra et gjennomsnitt på 4,16 til 4,54 pasienter per institusjon. Ettersom den siste befolkningsundersøkelsen fra 2022 viste at andelen problemdataspillere og avhengige har vært statistisk uendret siden 2019 (Pallesen et al., 2023), er det rimelig å anta at økningen i antall problemdataspillere i behandling primært skyldes at flere med denne problematikken fanges opp, heller enn at forekomsten av dataspillavhengighet har økt i befolkningen. Dette kan tyde på en forbedret identifisering av problemet i behandlingsapparatet, økt bevissthet blant helsepersonell eller en lavere terskel for å søke hjelp. Det er blant annet kjent at dataspillavhengighet vil inngå som en formell diagnose i den 11. utgaven av International Classification of Disorders (World Health Organization, 2020), som skal fases inn i norsk helsevesen.

Likevel svarte hele 72,2 % av institusjonene at de følte et behov for mer kompetanse på dataspillproblematikk. Igjen tyder det høye antallet svar i forhold til antall respondenter på at institusjonene føler mangler på flere områder, også i forhold til dataspillproblematikk. Flest institusjoner ønsket mer kompetanse på behandlingsmetoder (78,8 %) og kombinasjonsproblematikk (78,8 %), men også i forhold til diagnostisering (51,9 %). Dette tyder på at selv om flere institusjoner nå tilbyr behandling for dataspillproblematikk, er det fortsatt betydelige udekkede kompetansebehov som kan påvirke kvaliteten og effektiviteten av behandlingen. Særlig behovet for mer kunnskap om behandlingsmetoder og kombinasjonsproblematikk indikerer at flere institusjoner mangler spesifikke verktøy for å håndtere dataspillavhengighet på en målrettet måte. Dette er spesielt viktig fordi dataspillproblemer ofte rammer unge (Pallesen et al., 2023) og kan medføre en rekke andre psykiske vansker. En longitudinell studie fant for eksempel at økende dataspillavhengighet over tid var assosiert med høyere forekomst av depresjon, angst og sosial fobi, samt negativt knyttet til skoleprestasjoner (Gentile et al., 2011). I en norsk studie ble det funnet at ensomhet, depresjon og angst kan være konsekvenser av dataspillavhengighet (Krossbakken et al., 2018).

Resultatene viser en interessant utvikling i kompetansen på dataspillproblematikk blant behandlingsinstitusjoner. Selv om andelen behandlere med formell utdanning på feltet har gått ned fra 60 % i 2016 til 55 % i 2025, har samtidig flere institusjoner innarbeidet dataspillproblematikk i sin praksis, med en økning fra 40 % til 50 %. Denne utviklingen skjer parallelt med en økning i andelen personer med dataspillproblematikk som mottar behandling i samme periode, noe som kan tyde på at flere behandlingssteder har måttet tilpasse seg en økende etterspørsel. Likevel kan nedgangen i formell utdanning indikere at fagfeltet fortsatt mangler spesialiserte utdanningsløp, noe som kan ha betydning for kvaliteten på behandlingen. Den økte integreringen av dataspillproblematikk i praksis

er positiv, men for å sikre en helhetlig tilnærming vil det være viktig å styrke både utdanningstilbud og klinisk kompetanse i årene fremover.

6.3 Kriminalomsorgen

Sett under ett tyder resultatene på at Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer 2019-2021 og 2022-2025 i liten grad har nådd ut til kriminalomsorgen. Figur 5.3.1 viste at ingen av respondentene kjente til handlingsplanen, hvilket enten kan skyldes lav interesse for tematikken i denne gruppen eller manglende kommunikasjon av planens innhold til denne gruppen av aktører. Siden handlingsplanene har som mål å redusere problematisk spilleatferd, kan det være hensiktsmessig å utvikle strategier for mer effektiv informasjonsformidling og økt motivasjon blant relevante aktører for å ta dem i bruk. Dette gjelder spesielt i kriminalomsorgen, hvor studier viser en høyere forekomst av spilleproblemer blant innsatte sammenlignet med den øvrige befolkningen (Tørdal et al., 2024). Det bør derfor vurderes tiltak for å sikre en bedre implementering av handlingsplanen i denne sektoren.

6.4 Fengsler i Norge

Resultatene viser at spilleproblematikk blant innsatte i norske fengsler i liten grad kartlegges eller håndteres systematisk. Videre var det ingen av fengslene som rapporterte at de hadde fått opplæring knyttet til penge- eller dataspillproblemer blant innsatte. Kun 28 % av fengslene oppga at de har et behandlingstilbud for innsatte med spilleproblemer. Dette tyder på at spilleproblemer vies begrenset oppmerksomhet i kriminalomsorgen, til tross for at tematikken kan være sentral for forståelsen av den innsattes atferd og behov for rehabilitering. En meta-analyse gjennomført av SPILLFORSK viste at om lag 1/3 av innsatte på verdensbasis sliter med pengespillproblem (Tørdal et al., 2024). Flertallet av respondentene (83 %) trakk frem mangel på kompetanse blant ansatte som den største utfordringen i arbeidet med å forebygge og håndtere spilleproblemer. Dette, kombinert med fravær av systematisk kartlegging og behandlingstilbud, peker på en sektor som i dag ser ut til å mangle både verktøy og kunnskapsgrunnlag for å møte problemstillingen på en helhetlig måte.

Ettersom fengselspopulasjonen er i en særlig sårbar posisjon for å utvikle spilleproblemer – og vi samtidig vet at problemspilling ofte koeksisterer med annen problematferd som økonomisk eller voldelig kriminalitet (Jessor & Jessor, 1977) – er det spesielt viktig at kriminalomsorgen i større grad prioriterer å identifisere og håndtere slike utfordringer. Modellen *criminogenic pathway* impliserer at spilleproblemer kan føre til kriminalitet (Adolphe et al., 2019; Langham et al., 2016), for eksempel ved at personer begår økonomiske lovbrudd for å dekke spillrelatert gjeld. Denne sammenhengen

kan imidlertid reflektere reversert kausalitet – idet studier også viser at det å være innsatt i seg selv kan fremme overdreven spilleatferd (Beauregard & Brochu, 2013). Denne gjensidige påvirkningen understreker viktigheten av å fange opp, kartlegge og håndtere spilleproblemer blant innsatte. Dersom fengselsoppholdet i seg selv bidrar til å utløse eller forsterke problemspilling, kan effekten bli selvforsterkende ved at flere innsatte utvikler problemer, som igjen øker risikoen for tilbakefall og svekker rehabiliteringsprosessen. En mer systematisk tilnærming til kartlegging, kompetanseheving og behandlingsmuligheter vil kunne styrke det kriminalitetsforebyggende arbeidet og trolig samtidig bidra til bedre rehabilitering av innsatte med komplekse behov.

6.5 Tilskuddsmottakere

Resultatene viser at tiltakene har nådd mange av målgruppene og oppfattes som effektive av en betydelig andel av respondentene. Likevel er det utfordringer knyttet til informasjonsspredning, langsiktig bærekraft og systematisk evaluering. Flere tilskuddsmottakere rapporterte om positive tilbakemeldinger fra deltakerne, men de fleste evalueringene mangler konkrete prosedyrer og direkte målbare resultater. Dette understreker behovet for en mer systematisk og omfattende evaluering for å dokumentere tiltakets effekt på en pålitelig måte. Særlig for større tiltak, hvor betydelige økonomiske ressurser investeres over lengre tid, er det avgjørende med kvantifiserbare evalueringer. Det kan argumenteres for at objektive resultater er nødvendige for å rettferdiggjøre ressursbruken og gi grunnlag for videreføring eller justering av tiltakene. Evalueringer som primært bygger på tilskuddsmottakernes egne oppfatninger eller subjektive vurderinger, kan være utilstrekkelige for å trekke pålitelige konklusjoner om tiltakets faktiske effekt. Derfor bør kvantitative og systematiske målinger i større grad inkluderes for å sikre sikker dokumentasjon og en solid evidensbase for videre beslutningstaking.

6.6 Overordnet diskusjon

Sett under ett viser resultatene fra undersøkelsen at selv om Nasjonal handlingsplan (2019-2021 og/eller 2022-2025) er kjent for flere, er det trolig et behov for en mer målrettet og effektiv distribusjon av planene. Det kan være særlig viktig å sikre at handlingsplanene ikke bare når ut til de riktige fagmiljøene, men også at de formidles på en måte som oppmuntrer til aktiv anvendelse og forståelse.

Til tross for en relativt høy svarprosent i undersøkelsene, var det likevel en betydelig andel som unnlot å svare – selv etter gjentatte påminnelser. Det er rimelig å anta en viss grad av «nonresponse bias», der enkelte respondenter kan ha valgt å ikke delta nettopp fordi de har lav kjennskap til

og/eller interesse for spilleproblematikk. En slik skjevhet er særlig vanlig i spørreundersøkelser distribuert via e-post, hvor det ofte er de mest engasjerte eller informerte som velger å svare. Dette samsvarer med det som i forskningslitteraturen omtales som «interest hypothesis», som tilsier at interessen for tematikken øker sannsynligheten for deltakelse (Armstrong & Overton, 1977). Denne tendensen kan ha ført til analysene overestimerer andelen som faktisk uttrykker at de har kjennskap til handlingsplanene. Overordnet er konklusjonen at behovet for en tydeligere og mer strukturert formidling av handlingsplanene for å løfte spilleproblematikk som satsingsområde klart er til stede.

Studier viser generelt at en vesentlig andel med spilleproblemer vegrer seg for å oppsøke hjelp. Vanlige barrierer inkluderer ønsket om å håndtere problemet på egen hånd, følelser av skam og stigma, og en motvilje mot å ta inn over seg problemomfanget. I tillegg trekkes mangel på kunnskap om tilgjengelige behandlingstilbud og praktiske utfordringer knyttet til oppmøte frem som hindre for å søke hjelp (Suurvali et al., 2009). Slike barrierer kan føre til betydelige mørketall, og det er grunn til å tro at langt flere enn det som kommer frem i statistikk og kartlegginger, faktisk sliter med problematisk spilleatferd.

Med tanke på de alvorlige konsekvensene vi vet at problematisk pengespill kan føre med seg, blant annet økonomiske vansker, psykiske helseplager, brudd i relasjoner og kriminalitet, er det avgjørende å styrke det forebyggende arbeidet og sikre at hjelpetilbudene er tilgjengelige og godt kjent for dem som trenger dem. Videre viser resultatene fra undersøkelsen at problematisk bruk av dataspill, til tross for økt oppmerksomhet de siste årene, fortsatt har noe begrenset oppmerksomhet i praksis. Dette er særlig bekymringsfullt med tanke på at unge, isolerte og sårbare grupper er i risikozonen for å utvikle overdreven bruk av dataspill. En nylig gjennomført systematisk litteraturgjennomgang viser en tydelig sammenheng mellom problematisk dataspillatferd og selvmordstanker, og i noen tilfeller også selvmordsforsøk. Studien understreker at overdreven spilling både kan være en medvirkende årsak til psykisk belastning og en strategi for å unngå det (Erevik et al., 2022). På bakgrunn av dette fremstår det som særlig viktig å arbeide for at tematikken blir kjent, og at relevante behandlingstilbud utarbeides og er lett tilgjengelige for de som måtte trenge det.

Referanseliste

- Abbott, M. (2020). The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. *Public Health*, 184, 41-45.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.04.003>
- Adolphe, A., Khatib, L., van Golde, C., Gainsbury, S. M., & Blaszczynski, A. (2019). Crime and Gambling Disorders: A Systematic Review. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 395–414.
<https://doi.org/10.1007/s10899-018-9794-7>
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armstrong, J. S., & Overton, T. S. (1977). Estimating Nonresponse Bias in Mail Surveys. *Journal of Marketing Research*, 14(3), 396-402.
<https://doi.org/10.1177/002224377701400320>
- Babbie, E. (2010) The practice of social research. 12th Edition, Wadsworth, Belmont.
- Beauregard, V., & Brochu, S. (2013). Gambling in prison: addiction or leisure activity? *International Gambling Studies*, 13(2), 160–175.
<https://doi.org/10.1080/14459795.2012.745162>
- Busetto, L., Wick, W., & Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*, 2, 14.
<https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>
- Bolen, D. W., & Boyd, W. H. (1968). Gambling and the problem gambler: A review and preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 18, 617-629.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago, IL: Rand McNally.
- Erevik, E. K., Landrø, H., Mattson, Å. L., Kristensen, J. H., Kaur, P., & Pallesen, S. (2022). Problem gaming and suicidality: A systematic literature review. *Addictive Behaviors Reports*, 15, 100419. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2022.100419>
- Fekjær, H. O. (2002). *Spillegalskap - vår nye landeplage*. Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2023). *Kva skal til for å gjera ei god effektevaluering?*
<https://www.fhi.no/he/senter-for-evaluering-av-folkehelsetiltak/effektevaluering/>
- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 127(2), e319–e329.
<https://doi.org/10.1542/peds.2010-1353>
- Holbrook, A. L., Green, M. C., & Krosnick, J. A. (2003). Telephone versus face-to-face interviewing of national probability samples with long questionnaires: Comparisons of respondent satisficing and social desirability response bias. *Public Opinion Quarterly*, 67(1), 79–125. <https://doi.org/10.1086/346010>
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kalischuk, R. G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem Gambling and its Impact on Families: A Literature Review. *International Gambling Studies*, 6(1), 31–60. <https://doi.org/10.1080/14459790600644176>
- Krossbakken, E., Pallesen, S., Mentzoni, R. A., King, D. L., Molde, H., Finserås, T. R., & Torsheim, T. (2018). A Cross-Lagged Study of Developmental Trajectories of Video Game Engagement, Addiction, and Mental Health. *Frontiers in Psychology*, 9, 2239.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02239>
- Kulturdepartementet. (2013). *Handlingsplan mot spilleproblemer*.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kud/spill_og_lotteri/handlingsplan_mot_spillproblemer_des2012.pdf
- Kulturdepartementet. (2016). *Handlingsplan mot spilleproblemer*.

- https://www.regjeringen.no/contentassets/2b4b872673364d5a986164dca96b54c8/handlingsplan_mot_spilleproblemer_2016-2018.pdf
- Kulturdepartementet. (2019). *Handlingsplan mot spilleproblemer*.
https://www.regjeringen.no/contentassets/a0c68b4328354008b2fceb011ce444a4/v-1007_handlingsplan-mot-spilleproblemer-2019-2021-.pdf
- Kultur- og kirkedepartementet. (2005). *Handlingsplan mot spilleproblemer*.
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kkd/pla/2005/0001/ddd/pdfv/256181-handlingsplan-spilleproblemer-190405.rtf.pdf>
- Kultur- og likestillingsdepartementet. (2022). *Handlingsplan mot spilleproblemer*.
https://www.regjeringen.no/contentassets/2c3a1fa0e0264fa296d8a4ef57e14da8/v-1030_handlingsplan-mot-spilleproblemer-2022-2025.pdf
- Langham, E., Thorne, H., Browne, M., Donaldson, P., Rose, J., & Rockloff, M. (2016). Understanding gambling related harm: a proposed definition, conceptual framework, and taxonomy of harms. *BMC Public Health*, 16, 80. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2747-0>
- Lorains, F. K., Cowlshaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490–498. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>
- Lotteri- og stiftelsestilsynet. (2024). *Hjelpetiltak for personer med problematisk spilleatferd*. <https://tilskudd.dfo.no/ordning/DT-0049/2025/hjelpetiltak-for-personer-med-problematisk-spilleatferd>
- Medietilsynet. (2022). Spillfrelste tenåringsgutter og jenter som faller fra. Slik gamer barn og unge. Fredrikstad: Medietilssynet.
- Molde, H., Ingjaldsson, J., Kvale, G., Pallesen, S., Støylen, I. J., Prescott, P., et al. (2004). Spilleavhengighet – kartlegging, utbredelse, etiologi og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 713-722.
- Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Torsheim, T., Erevik, E. K., Molde, H., & Morken, A. M. (2020). Omgang av penge -og dataspillproblemer i Norge 2019. https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/omfang_av_penge-og_dataspillproblemer_i_norge_2019.pdf
- Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Syvertsen, A., Kristensen, J. H., Erevik, E. K., & Morken, A. M. (2023). Omgang av penge -og dataspillproblemer i Norge 2022. <https://lottstift.no/content/uploads/2023/06/Omgang-av-Penge-og-dataspillproblemer-i-Norge-2022.pdf>
- Regjeringen. (2018). *Ny handlingsplan mot spilleproblemer*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/kud/pressemeldinger/2018/ny-handlingsplan-mot-spilleproblemer/id2623309/>
- Rossow, I., & Bang Hansen, M. (2016). Gambling and gambling policy in Norway - an exceptional case. *Addiction*, 111(4), 593–598. <https://doi.org/10.1111/add.13172>
- Schwartz, D. G. (2013). *Role the bones: The history of gambling* (Casino ed.). Las Vegas, NE: Winchester Books.
- Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C., & Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25(3), 407–424. <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9129-9>
- Torvund, A. D., Flemmen, G. L., Mentzoni, R. A., & Pallesen, S. (2018). Kartlegging av behandlingsmetoder og behandlingssteder for penge- og dataspillproblematikk i Norge. https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/rapport_kartlegging_av_behandlingsmetoder.pdf
- Tran, L. T., Wardle, H., Colledge-Frisby, S., Taylor, S., Lynch, M., Rehm, J., Volberg, R., Marionneau, V., Saxena, S., Bunn, C., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2024). The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, 9(8), e594–e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00126-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00126-9)
- Tørdal, E. V., Pallesen, S., Sagoe, D., Jones, L. Ø., & Mahjabeen, F. (2024). The prevalence

- of gambling problems in prison populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(1), 25–35. <https://doi.org/10.1556/2006.2024.00005>
- Walker, M., Schellink, T., & Anjou, F. (2008). Explaining Why People Gamble. In M. Zangeneh, A. Blaszczynski, & N. E. Turner (Eds.), *In the Pursuit of Winning: Problem Gambling Theory, Research and Treatment* (pp. 11-31). Boston, MA: Springer US.
- West, S. G., Duan, N., Pequegnat, W., Gaist, P., Des Jarlais, D. C., Holtgrave, D., Szapocznik, J., Fishbein, M., Rapkin, B., Clatts, M., & Mullen, P. D. (2008). Alternatives to the randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 98(8), 1359–1366. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.124446>
- World Health Organization. (2020, Oktober 22). *Addictive behaviours: Gaming disorder*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder>
- Zabor, E. C., Kaizer, A. M., & Hobbs, B. P. (2020). Randomized Controlled Trials. *Chest*, 158(1S), S79–S87. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.013>

Appendix 1

Spørreundersøkelse kommuner

- 1) Hvilken kommune representerer du?
 - a. Åpent felt
- 2) Kjenner du til Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025)?
 - a. Ja/Nei
- 3) Hvis ja, fra hvem fikk du informasjon om handlingsplanen? (flere svar er mulig)
 - a. Fra Helsedirektoratet
 - b. Fra Lotteri- og stiftelsestilsynet
 - c. Fra Medietilsynet
 - d. Fra Kompetansesenter for rusfeltet (KORUS)
 - e. Fra kolleger i egen kommune
 - f. Fra kolleger i andre kommuner
 - g. Fant fram til det selv
 - h. Annet; hva _____
- 4) Hvor godt har du satt deg inn i Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019-2021 og/eller 2022-2025)?
 - a. Godt
 - b. Delvis
 - c. Lite
 - d. Ingen
- 5) Er Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer integrert i kommunens overordnede planer?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 6) Har kommunen (evt. samarbeidskommuner) søkt om midler fra tilskuddsordningene tilknyttet handlingsplanene som gjaldt i 2019-2021 og/eller 2022-2025?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 7) Har kommunen (evt. samarbeidskommuner) gjennomført opplæring om spilleproblemer for relevante ansatte?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 8) Har kommunen (evt. samarbeidskommuner) satt i gang tiltak for at eksisterende behandlingstilbud mot data- og pengespillproblemer skal være lett tilgjengelig for de som måtte trenge det?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 9) Er det etablert lavterskeltilbud for data- og pengespillavhengige i kommunen (evt. samarbeidskommuner)?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 10) Er det utviklet tilbud i kommunen (evt. samarbeidskommuner) for pårørende til personer med pengespillproblemer?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 11) Er det utviklet tilbud i kommunen (evt. samarbeidskommuner) for pårørende til personer med dataspillproblemer?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 12) Samarbeider kommunen (evt. samarbeidskommuner) med frivillige organisasjoner som jobber med spilleproblemer?

a. Ja/Nei/Vet ikke

13) Hva mener du er de største utfordringene kommunen (evt. samarbeidskommuner) står overfor i arbeidet mot spilleproblemer? (flere kryss er mulig)

- a. Manglende tilgang på informasjon om spilleproblemer
- b. Manglende kompetanse på området
- c. Manglende opplæring fra eksterne aktører
- d. For dårlig økonomi til å gjennomføre tiltak og/eller utvikle tilbud
- e. Utfordringer med å integrere spilleproblemer i kommunens planer og tjenester
- f. Annet; hva _____

Appendix 2

Spørreundersøkelse behandlingssteder for rus og avhengighet

Spørsmål om handlingsplanene:

- 1) Kjenner du til Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025)?
 - a. Ja/Nei
- 2) Hvis ja, fra hvem fikk du informasjon om handlingsplanen? (flere svar er mulig)
 - a. Fra Helsedirektoratet
 - b. Fra Lotteri- og stiftelsestilsynet
 - c. Fra Medietilsynet
 - d. Fra Kompetansesenter for rusfeltet (KORUS)
 - e. Fra kolleger i egen organisasjon
 - f. Fra andre rus/avhengighetsklinikker
 - g. Fant fram til det selv
 - h. Annet; hva _____
- 3) Hvor godt har du satt deg inn i Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019-2021 og/eller 2022-2025)?
 - a. Godt
 - b. Delvis
 - c. Lite
 - d. Ingen
- 4) Har din institusjon søkt om midler fra tilskuddsordningen knyttet til handlingsplanen som gjaldt i 2019-2021 og/eller 2022-2025?
 - a. Ja/Nei

Spørsmål om behandling av pengespillproblematikk:

- 5) Har dere et tilbud om behandling for pengespillavhengighet/problematisk bruk av pengespill?
 - a. Ja/Nei
- 6) Antall pasienter med pengespillproblem som hovedfokus i 2023 på deres behandlingssted
 - a. Hvis nøyaktig antall ikke er kjent, gi et overslag: _____
- 7) Har institusjonen særlig kompetanse på området? Med særlig kompetanse menes personer som har spesialisert seg på feltet, enten gjennom formell utdanning eller gjennom spesifikt fokus i praksis. Flere svar er mulig:
 - a. en eller flere ansatte har tatt formell utdanning innen feltet pengespillproblematikk
 - b. en eller flere ansatte har spesifikt fokus på pengespillproblematikk
- 8) Har institusjonen behov for mer kompetanse på pengespillproblematikk?
 - a. Ja/Nei
- 9) Hvis ja, hva er det behov for mer kompetanse på? (flere svar er mulig)
 - a. Forebygging av pengespillproblematikk
 - b. Kartlegging og diagnostisering av pengespillproblematikk
 - c. Behandlingsmetoder spesifikt rettet mot pengespillavhengighet

- d. Kombinasjonsproblematikk (pengespillavhengighet sammen med andre psykiske lidelser)
 - e. Annet; hva _____
- 10) Hvis ja, hva er foretrukket metode for opplæring på pengespillproblematikk? (flere svar er mulig)
- a. Kurs og seminarer (fysiske)
 - b. Digitale kurs og webinar
 - c. Deltakelse i forskningsprosjekter eller fagnettverk
 - d. Annet; hva _____

Spørsmål om dataspillproblematikk:

- 11) Har dere et tilbud om behandling for dataspillavhengighet/problematisk bruk av dataspill?
- a. Ja/Nei
- 12) Antall pasienter med dataspillproblemer som hovedfokus i perioden 2023 på deres behandlingssted
- a. Hvis nøyaktig antall ikke er kjent, gi et overslag: ____
- 13) Har institusjonen særlig kompetanse på området? Med særlig kompetanse menes personer som har spesialisert seg på feltet, enten gjennom formell utdanning eller gjennom spesifikt fokus i praksis. Flere svar er mulig:
- a. en eller flere ansatte har tatt formell utdanning innen feltet dataspillproblematikk
 - b. en eller flere ansatte har spesifikt fokus på dataspillproblematikk
- 14) Har institusjonen behov for mer kompetanse på dataspillproblematikk?
- a. Ja/Nei
- 15) Hvis ja, hva er det behov for mer kompetanse på? (flere svar er mulig)
- a. Forebygging av dataspillproblematikk
 - b. Kartlegging og diagnostisering av dataspillproblematikk
 - c. Behandlingsmetoder spesifikt rettet mot dataspillavhengighet
 - d. Kombinasjonsproblematikk (dataspillavhengighet sammen med andre psykiske lidelser)
 - e. Annet; hva _____
- 16) Hvis ja, hva er foretrukket metode for opplæring på dataspillproblematikk? (flere svar er mulig)
- a. Kurs og seminarer (fysiske)
 - b. Digitale kurs og webinar
 - c. Deltakelse i forskningsprosjekter eller fagnettverk
 - d. Annet; hva _____

Appendix 3

Spørreundersøkelse kriminalomsorgen

- 1) Hva er ditt arbeidssted?
 - a. Åpent felt
- 2) Hva er din arbeidstittel?
 - a. Åpent felt
- 3) Kjenner du til Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025)?
 - a. Ja/Nei
- 4) Hvis ja, fra hvem fikk du informasjon om handlingsplanen? (flere svar er mulig)
 - a. Fra Helsedirektoratet
 - b. Fra Lotteri- og stiftelsestilsynet
 - c. Fra Medietilsynet
 - d. Fra Kompetansesenter for rusfeltet (KORUS)
 - e. Fra kolleger i egen organisasjon
 - f. Fra kolleger ved andre regionskontor av Kriminalomsorgen
 - g. Fant fram til det selv
 - h. Annet; hva _____
- 5) Hvor godt har du satt deg inn i Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019-2021 og/eller 2022-2025)?
 - a. Godt
 - b. Delvis
 - c. Lite
 - d. Ingen
- 6) Er Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer integrert i kriminalomsorgens overordnede planer for å redusere forekomsten av spilleproblemer blant innsatte?
 - a. Ja/Nei//Vet ikke
- 7) Har dere søkt om midler fra handlingsplanene som gjaldt i 2019-2021 og/eller 2022-2025 for å finansiere prosjekter mot spilleproblemer?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke

Appendix 4

Spørreundersøkelse fengsler i Norge

- 1) Hvilket fengsel er du ansatt ved?
 - a. Åpent felt
- 2) Har dere felles helsetjeneste med andre fengsler/avdelinger?
 - a. Ja/Nei
- 3) Hvis ja, hvilke(t)?
 - a. Åpent felt
- 4) Har dere fått opplæring i utfordringer knyttet til spilleproblemer (penge- og/eller dataspill) blant innsatte i fengselet?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 5) Gjennomføres det systematisk kartlegging vedrørende omfanget av pengespillproblemer blant de innsatte?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 6) Gjennomføres det systematisk kartlegging vedrørende omfanget av dataspillproblemer blant de innsatte?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 7) Har dere tilstrekkelig tilgang til ressurser for å identifisere og håndtere spilleproblemer blant innsatte?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 8) Er det tilstrekkelig informasjon tilgjengelig for ansatte om hvordan spilleproblemer kan håndteres blant innsatte?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 9) Finnes det tilgjengelige behandlingstilbud for innsatte med spilleproblemer?
 - a. Ja/Nei/Vet ikke
- 10) Hva mener du er de største utfordringene fengselet står overfor i arbeidet mot spilleproblemer? (flere svar er mulig)
 - a. Manglende kompetanse på området hos ansatte
 - b. Manglende opplæring fra eksterne aktører
 - c. Begrensede økonomiske ressurser for å utvikle og opprettholde tiltak
 - d. Vansker med å identifisere innsatte med spilleproblemer
 - e. Begrenset kapasitet til å tilby behandling av spilleproblemer
 - f. Annet; hva_____

Appendix 5

Spørreundersøkelse tilskuddsmottakere fra handlingsplanene 2019-2021 og/eller 2022-2025

- 1) Hvordan fikk du vite om Nasjonal handlingsplan mot spilleproblemer (2019–2021 og/eller 2022–2025)? (flere svar er mulig)
 - a. Fra Helsedirektoratet
 - b. Fra Lotteri- og stiftelsestilsynet
 - c. Fra Medietilsynet
 - d. Fra Kompetansesenter for rusfeltet (KORUS)
 - e. Fra kolleger i egen institusjon
 - f. Fra andre institusjoner
 - g. Fant fram til det selv
 - h. Annet; hva _____
- 2) Beskriv kort hva det ble søkt om midler til
- 3) Hvilken målgruppe ble forsøkt nådd med tiltakene? (flere svar er mulig)
 - a. Barn og unge
 - b. Yngre voksne menn
 - c. Pårørende og familier
 - d. Idrettsutøvere
 - e. Minoriteter
 - f. Utsatte grupper i sosiale situasjoner (f.eks. de med lav inntekt, studenter eller innsatte)
 - g. Utsatte grupper i sårbare situasjoner (f.eks. ved sykdom eller tidligere problemspilling)
 - h. Annet; hva _____
- 4) Hvor stor andel av målgruppen ble nådd med tiltakene?
 - a. Hele målgruppen
 - b. Over 50 % av målgruppen
 - c. Under 50 % av målgruppen
- 5) Tiltakene har bidratt til reduserte data- eller pengespillproblemer i målgruppen
 - a. Helt uenig
 - b. Uenig
 - c. Hverken enig eller uenig
 - d. Enig
 - e. Helt enig
 - f. Vet ikke
- 6) Kan tiltakene opprettholdes på lenge sikt uten videre ekstern finansiering (f.eks. med midler fra Handlingsplanene eller andre eksterne midler)?
 - a. Ja/Nei/vet ikke
- 7) Hvilke metoder ble brukt for å evaluere tiltakene?
 - a. Kvantitative metoder (eks. statistiske undersøkelser, standardiserte spørreundersøkelser)
 - b. Kvalitative metoder (eks. intervjuer)
 - c. Ble ikke evaluert
- 8) Ble kontroll- eller sammenligningsgrupper brukt i evalueringen?
 - a. Ja/Nei

b. Ble ikke evaluert

8) Dersom evaluering av tiltaket ble gjort, beskriv kort evalueringsmetoden og resultatene fra denne (åpent felt).

Appendix 6

Oversikt behandlingssteder for rus- og avhengighet som kvalifiserte til inklusjon/eksklusjon, og hvilke avdelinger som svarte på vegne av hvem

Behandlingssteder som inkluderte til inklusjon

- Poliklinikken A-senteret svarte på vegne av poliklinikken, døgnetenheten og Villa Berg (3)
- Akershus universitetssykehus, avdelings for rus- og avhengighet Nedre Romerike poliklinikk svarte på vegne av poliklinikkene ved Nedre Romerike, Follo, Groruddalen, Klosteret, Kongsvinger, Øvre Romerike (6)
- Blå kors klinikk Lade oppga ett svar for kvinne- og manneposten (2)
- Blå kors klinikk Skien poliklinikken svarte for poliklinikken og behandlingsenheten (2)
- Fossumkollektivet Valnesfjord svarte også for Gården, Primæren gutter, Primæren jenter og Rud (5)
- Helse Bergen HF, avdeling for rusmedisin oppga ett svar for Askøy, poliklinikk Engenhuset, korttidspost Engenhuset, Dr. Martens, Tertnes, poliklinikk Murhjørnet og Floen Manager (7)
- Helse Førde oppga ett svar for poliklinikkene ved Førde og Florø DPS (2)
- Helse Nord Trøndelag, avdeling for rusmedisin Levanger svarte også for Namsos (2)
- Helse Stavanger, ruspoliklinikk ung Stavanger svarte også for Sandnes (2)
- Karasjok TSB poliklinikk oppga ett svar for barne- og ungdomspsykiatri, og voksenpsykiatri (2)
- Nordlandssykehuset, avdelings for rus- og avhengighet, ruspoliklinikken oppga ett svar for rusteam og korttidsenhet rus (2)
- Origosenteret oppga ett svar for avdeling voksen og avdeling familie (2)
- Oslo Universitetssykehus, Ullevål, ga ett svar for rus- og avhengighetsbehandling (seksjon voksen), ruspoliklinikken, ruspoliklinikk 1 & 2, ruspoliklinikk 3 (4)
- Riisby behandlingssenter ga ett svar for kvinner, menn og par (3)
- UNN, Rusbehandling Åsgård, Ruspoliklinikken svarte også for Russeksjon og UNN Tromsø (2)

- St. Olavs hospital, Rusklinikken Klostergata svarte også for rusklinikken døgnavdeling og døgnavdeling allmenn (3)
- Sykehuset i Vestfold HF, avdeling for rus- og avhengighet, Larvik svarte for Larvik og Sandefjord (2)
- Sykehuset Innlandet, avdeling for TSB, DPS Hamar svarte også for Elverum (2)
- Sykehuset Innlandet, DPS Gjøvik oppga ett svar for Gjøvik, Hadeland og Valdres (3)
- Sykehuset Innlandet, DPS Lillehammer svarte for Lillehammer og Otta (2)
- Sykehuset Telemark Skien svarte for Skien, Notodden og Kragerø (3)
- Sykehuset Østfold, poliklinikk rus og avhengighetsbehandling Moss svarte også for utredning og behandling (2)
- Sørlandet sykehus, avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand svarte også for gruppebehandling (2)
- Tyrilistiftelsen svarte for Tyrili Arena Arendal og Oslo, Tyrili Frankmotunet, Tyriliseret i Molde, Molde 18-25 år, Oslo, Sandnes, Skien, Trondheim, Trondheim 18-25 år og Lillehammer (11)

Behandlingssteder som ikke kvalifiserte til inklusjon

- Akershus universitetssykehus, Elvestad døgn, Follo døgn (2)
- Blå kors klinikk Lade enhet for gravide og småbarnsfamilier, avrusingsavdeling og skjermingsavdelingen (3)
- Blå kors klinikk Skien behandlingspost, enhet for gravide, og familieenheten (3)
- Helse Stavanger, Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (1)
- Oslo universitetssykehus, seksjon rusakuttmottak og avgiftning, Asker (1)
- Sykehuset Innlandet, avdeling for TSB, Reinsvoll-Sanderud (4)
- Sykehuset Telemark, DPS Seljord (1)
- Sykehuset Østfold, avdeling for rusbehandling, avgiftning og kartlegging (1)
- Sørlandet sykehus, avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand – duplikat (1)
- Sørlandet sykehus, avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, poliklinikken Arendal – duplikat (1)

- Sørlandet sykehus, avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Arendal og Kristiansand, enhet for avgiftning og døgnenhet Byglandsfjord (3)
- UNN ruspoliklinikken Åsgård, avrusning og utredning og Re-Start (2)
- Vestre Viken, avdeling for avdeling for rus- og avhengighet, avgiftning Drammen og Bærum (2)
- Helse Møre og Romsdal DPS Molde og DPS Ålesund, rusteam (2)
- Sykehuset i Vestfold HF, avdeling for rus- og avhengighet, Nøtterøy, Skjerve (1)
- Vestre Viken, ARA Blakstad (1)

