



Kartlegging av behandlingsmetoder og behandlingssteder for penge- og dataspillproblematikk i Norge

Anna Dale Torvund, Gina Løge Flemmen, Rune Aune Mentzoni og Ståle Pallesen

2018



Nasjonalt kompetansesenter
for spillforskning

UNIVERSITETET I BERGEN



Innholdsfortegnelse

FORORD	2
1. GENERELL BAKGRUNN	3
2. PENGESPILL	4
3. DATASPILL	6
4. METODE	7
5. RESULTATER	12
5.1. PENGESPILL	12
5.2. DATASPILL	22
6. NORSK PASIENTREGISTER	30
7. OPPSUMMERING	31
REFERANSER	32

Forord

Denne rapporten er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning (SPILLFORSK) på oppdrag fra Helsedirektoratet. SPILLFORSK er forankret ved Universitetet i Bergen og driver med forskning knyttet opp mot pengespill og dataspill. Kompetansesenteret driver forskning uavhengig og er finansiert gjennom regjeringens “Handlingsplan mot spilleproblemer 2016-2018”. Dette er den fjerde handlingsplanen som er laget med tanke på spillproblematikk i befolkningen og omhandler både dataspill og pengespill. En overordnet målsetting med handlingsplanen er at det skal rettes et større fokus på spillforskning og utveksling av kunnskap og informasjon.

Delmål 3.1.b i Handlingsplan mot spilleproblemer (2016-2018) viser til at mye arbeid er gjennomført når det gjelder behandling med pengespill og dataspill, og at dette arbeidet skal utvikles og videreføres. Kompetansehevende tiltak skal etableres for å øke kunnskap i fagmiljøene. En vurdering bør også tas om behandlingstilbudene er godt nok organiserte for å møte fremtidige behov for kompetanse og tilgjengelighet i tjenesteapparatet. I vurderingen skal kobling til fagområdet tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngå. Dette punktet i handlingsplanen var bakgrunnen for denne rapporten, der målet er å kartlegge hvilket kartleggings og behandlingstilbud som tilbys innenfor spesialisthelsetjenesten når det gjelder penge- og dataspillproblematikk.

Bergen, November 2018

1. Generell bakgrunn

I “Handlingsplan mot spilleproblemer 2016-2018” fremsettes tre hovedmål:

1. Færrest mulig skal ha problemer med spill
2. Kunnskap om spill og spillproblemer skal økes og deles
3. Tidlig identifisering og god behandling for problematisk spilleatferd

Med bakgrunn i hovedmål 2 har Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging av behandlingsmetoder og behandlingssteder i Norge innenfor spesialisthelsetjenesten.

I denne rapporten presenteres en gjennomgang av behandlingstilbudet til personer med penge- eller dataspillproblematikk, vurdert ved blant annet omfanget av behandlingstilbudet, innholdet i behandlingstilbudet og hvilken metodikk behandlingstilbudet var forankret i. Gjennomgangen baserer seg på informasjon fra behandlingsstedene, i tillegg til annen tilgjengelig informasjon.

2. Pengespill

Pengespill kan defineres som det å satse penger eller andre materielle verdier på hendelser hvor utfallet helt eller delvis er bestemt av tilfeldigheter (Bolen & Boyd, 1968). I tillegg må man kunne unngå tap ved å ikke delta (Griffiths, 1995).

Pengespill kan beskrives som et nullsumspill, det vil si at en vinner mottar like mye som taperen mister. Dermed skjer det ingen verdiskapning; verdiene blir bare omfordelt (Walker, Schellink, & Anjoul, 2008). Pengespill har eksistert i praktisk talt alle kulturer, og så langt tilbake i tid som vi har historiske nedtegnelser (Schwartz, 2007).

Deltakelse i pengespill er omfattende. I 2016 viste en befolkningsundersøkelse at 57,9% av den norske befolkningen hadde deltatt i en eller annen form for pengespill i løpet av det siste året (Pallesen, Molde, Mentzoni, Hanss, & Morken, 2016). Tidligere studier har antydnet at denne andelen er enda høyere internasjonalt; 73% av den britiske befolkningen deltok i pengespill i løpet av et år (Wardle et al., 2011), og 94,7% av befolkningen i Nord-Amerika har deltatt i pengespill i løpet av livet (Shaffer & Hall, 1999). Mange benytter pengespill som uproblematisk rekreasjon, men for enkelte kan det utvikle seg problemer knyttet til spillingen (Pallesen, Hanss, Mentzoni, Molde, & Morken, 2014). I 1980 fikk pengespillproblemer status som offisiell diagnose (American Psychiatric Association, 1980). Den femte utgaven av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) og den tiende utgaven av International Classification of Disorders (ICD-10) (World Health Organization, 1992), som er de viktigste diagnosesystemene man bruker i dag, klassifiserer lidelsen som henholdsvis en ikke-kjemisk avhengighet (pengespilllidelse) og impulsforstyrrelse (patologisk spillelidenskap).

Pengespillavhengighet har blitt assosiert med flere negative effekter, blant annet for helse (Raisamo, Halme, Murto, & Lintonen, 2013; Sagoe et al., 2017). I tillegg kan det få relasjonelle, økonomiske eller rettslige konsekvenser, for eksempel når det går ut over arbeidsliv og nære relasjoner, eller i forbindelse med lovlig eller ulovlig finansieringen av spillingen (Molde et al., 2004). Dette fokuset blir fremhevet i "Handlingsplan mot spilleproblemer 2016-2018".

Pengespillpolitikken i Norge har vekslet mellom å være restriktiv og liberal. Rundt 1980 startet liberaliseringen. Frem til dette hadde utviklingen foregått på lik linje som store deler av verden, med en relativt restriktiv lovgivning og lite pengespillproblematikk. Liberaliseringen foregikk samtidig med teknologiske fremskritt på området, med blant annet raskere og mer aggressive spilleautomater på 90-tallet. Flere fikk tilby pengespilltjenester og større summer ble involvert. I 1997 hadde Norge høyest tetthet av spilleautomater per innbygger i verden (Rossow & Hansen, 2016). Spillindustrien omsatte for 22 milliarder kroner i 2001, og 42 milliarder i 2005 (Øren & Leistad, 2010). I 2003 rapporterte 81 prosent at de hadde deltatt i pengespill i løpet av de siste 12 månedene, og 42 prosent rapporterte at de spilte minst en gang i uken (Lund & Nordlund, 2003). I etterkant av dette ble den norske pengespillpolitikken strammet inn. Stiftelses- og lotteritilsynet ble etablert i 2001 for å få bedre kontroll på aktørene i markedet, og deres oppgaver var blant annet å fremlegge statistikk om spillatferd, og å motarbeide negative konsekvenser ved pengespill. Andre tiltak fokuserte på spilleautomater, blant annet seddelinntak og tidsbegrensninger, i tillegg til statlig monopol på spilleautomater (Rossow & Hansen, 2016).

3. Dataspill

Dataspill er et voksende fenomen som engasjerer store deler av befolkningen. I likhet med pengespill er også dataspill en uproblematisk rekreasjonsaktivitet for de fleste. Medietilsynet (2016) viser til undersøkelse fra barn og medier og foreldreundersøkelsen i 2018. Denne viser at 96 prosent av gutter og 63 prosent av jenter mellom 9 - 18 spiller dataspill. 93 prosent jenter i alderen 9 spiller spill, men dette er en tendens som gradvis avtar frem til 18 års alder.

Også når det gjelder dataspill kan noen utvikle problemer. I 2016 ble det anslått at 0,3% av befolkningen er dataspillavhengige, mens 3,0% kan kalles problemspillere (Pallesen et al., 2016). Sammenliknet med pengespillproblem har det tradisjonelt vært forholdsvis lite fokus på problemer som følge av overdreven dataspilling. Imidlertid har dette temaet de senere årene fått økt oppmerksomhet (Pallesen et al., 2016). I år ble dataspillavhengighet eller problematisk bruk av dataspill en egen diagnose ved lanseringen av ICD-11. Denne diagnosemanualen er enda ikke oversatt til norsk. I den engelske versjonen beskrives det slik:

6C51 Gaming Disorder «Gaming disorder is characterized by a pattern of persistent or recurrent gaming behaviour ('digital gaming' or 'video-gaming'), which may be online (i.e., over the internet) or offline, manifested by: 1) impaired control over gaming (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context); 2) increasing priority given to gaming to the extent that gaming takes precedence over other life interests and daily activities; and 3) continuation or escalation of gaming despite the occurrence of negative consequences.»
(World Health Organization, 2018)

Den amerikanske psykiaterforeningens femte utgave av diagnosemanualen (DSM-5) inneholder også kriterier for "Internet Gaming Disorder" (American Psychiatric Association, 2013). "Handlingsplan mot spillproblemer 2013-2015" (Kulturdepartementet, 2012) og "Handlingsplan mot spilleproblemer 2016-2018" (Kulturdepartementet, 2015) omtaler dataspillproblematikk samt tiltak

mot dette. Hjelpelinjen for spilleavhengige har over flere år også tatt imot henvendelser og gitt råd i forbindelse med dataspillproblemer. Siden 2011 har mer enn 200 henvendelser årlig utelukkende omhandlet dataspillproblemer (Pallesen et al. 2016).

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 2016-2018".

4. Metode

For å få informasjon om omfanget av behandling ble aktuelle behandlingssteder bedt om å oppgi antall pasienter som ble behandlet for pengespillproblematikk og dataspillproblematikk i 2016 og 2017. Behandlingssteder som ikke kunne fremlegge nøyaktig antall pasienter, ble bedt om å gjøre et overslag. Informasjon fra Norsk Pasientregister (NPR) ble videre benyttet for å få tak i antall personer i behandling for F63.0 i perioden 2011 - 2017.

Per 23.01.18 hadde helsenor.no oppført følgende lister med behandlingssteder for rus og avhengighet:

- Alkoholproblemer, rus- og avhengighetsbehandling
- Problemer med illegale rusmidler rus - og avhengighetsbehandling
- Problemer med vanedannende legemidler, rus - og avhengighetsbehandling
- Samtidige alvorlige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (ROP-lidelser), rus – og avhengighetsbehandling
- Spillavhengighet, rus - og avhengighetsbehandling

For å samle inn informasjon om tilbud på de ulike behandlingsstedene ble det tatt kontakt på telefonnummer som var oppgitt hos helsenorge.no. Videre ble det informert om at Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning (SPILLFORSK) ved Universitetet i Bergen arbeidet med en kartlegging av behandlingstilbudet for penge - og dataspillproblematikk. Deretter etterspurte vi å snakke med fagperson(er) eller en avdelingsleder som kjenner til den aktuelle problemstillingen. Enkelte ønsket å svare over telefon der og da, andre ønsket å få tilsendt en epost med vedlagte spørsmål. Det ble så avtalt et nytt telefonmøte hvor intervju ble gjennomført. Dersom aktuell fagperson eller leder ikke var tilgjengelig ba vi om kontaktinformasjon for å sende informasjon om kartleggingen og spørsmålene direkte. E-post inneholdt også informasjon om at vi kom til å ta kontakt i nær fremtid for å gjennomføre et telefonintervju. En representant som kunne besvare vedlagte spørsmål fra behandlingsstedet ble etterspurt. All kommunikasjon ble utført av to av rapportens forfattere: Gina Løge Flemmen og Anna Dale Torvund.

Listene fra helsenorge.no tilsa at 173 behandlingsteder skulle kontaktes. Dubletter (dobbeltoppføringer; f.eks. 2 avdelinger innenfor samme institusjon) ble fjernet og noen institusjoner valgte å svare for flere avdelinger i ett. Underveis ble det oppdaget strukturelle uoverensstemmelser mellom listen og reelt antall avdelinger, noen avdelinger eksisterte for eksempel ikke som egne enheter. Dermed endte vi opp med i alt 150 behandlingssteder som oppfylte kriteriene for inklusjon i undersøkelsen. I alt 146 (97,3%) institusjoner deltok. Vi mottok svar fra behandlingssteder fra alle fire helseregioner (Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Nord). Vedrørende behandlingssteder som verken hadde tilbud for behandling av penge- og/eller dataspillavhengighet ble dette registrert og intervjuet avsluttet.

Som en del av innsamlingen ønsket vi også å rekruttere minst en avdeling på minst ett behandlingssted som ikke kartla pengespillproblematikk systematisk til et prosjekt der alle nye pasienter over en periode på 4 mnd ble forespurt om å fylle ut et spørreskjema om pengespillproblematikk. En klinikk, Borgestadklinikken i Skien, ble rekruttert til dette. Dette delprosjektet ble godkjent av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, helseregion sør-øst (prosjekt nr. 2018/1107/REK sør-øst). Behandlingsstedene ble eller bedt om å besvare følgende spørsmål:

Spørsmål om behandling av pengespillproblematikk

1. Har dere et tilbud om behandling for pengespillavhengighet / problematisk bruk av pengespill?
2. Hva er vanlig ventetid for denne typen behandling? (Oppgitt ventetid for dere hos helsenorge.no er X uker)
3. Om utredning: Brukes standard kartleggingsverktøy / diagnoseverktøy? Hvis ja: hvilke(t)
4. Antall pasienter med pengespillproblem som hovedfokus 2016 (evt. 2017 i tillegg, hvis dette er kjent) på deres behandlingssted: hvis nøyaktig antall ikke er kjent, gi et overslag:
5. Kjønnssfordeling av denne pasientgruppen? Omtrent prosentandel menn
6. Alder til hovedandelen av denne pasientgruppen?
7. Hvilken behandlingsform tilbys vanligvis (flere kryss er mulige)? (Poliklinikk, døgnet, individuell, gruppe, parterapi, familieterapi, annet)
8. Hvilken behandlingsmetode brukes mest/er den dominerende ved pengespillproblem (flere kryss er mulige)? (kognitiv-atferd/ psykodynamisk/ mindfulness/ motiverende intervju/ integrativ/ medikamenter/ annet; hva).
9. Er behandlingen manualbasert? (Følger en manual time for time?) (Nei/Ja, hvilken manual)

10. Hva er typisk varighet av poliklinisk behandling? (Antall timer per uke, antall uker varighet)

11. Hva er typisk varighet av døgnbehandling? (Antall døgn)

12. Hvilke faggrupper bidrar i behandlingen av pengespillavhengige (flere kryss er mulige)? (Sosionom/ sykepleier/ vernepleier/ psykolog/ psykiater/ fysioterapeut/ miljøterapeut, treningskontakt/ andre; hvilke)

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. Det kan settes kryss i begge ruter. (En eller flere personer som har tatt formell utdanning innen feltet pengespillproblematikk / En eller flere ansatte som har spesifikt fokus på pengespillproblematikk)

14. Har institusjonen rutiner for å følge opp suicidalitet i forbindelse med pengespillproblematikk? (Ja/Nei)

a. Hvis ja, hvilke rutiner? (Spesifikke spørreskjema, intervjuer etc.)

15. Kartlegger dere pengespillproblematikk systematisk (f.eks. standard kartleggingsmetode) for alle pasienter på deres institusjon (uavhengig av henvisningsgrunn)? (Ja, hvilken / nei)

a. Hvis, nei: Nasjonalt kompetansesenter for spillforskning ønsker å rekruttere en klinikk som per i dag ikke kartlegger pengespillproblematikk systematisk – der vi vil at alle nye pasienter over en periode på 6 mnd intervjues eller fyller ut et spørreskjema om pengespillproblematikk. Er dere villige til å delta på dette mot økonomisk kompensasjon?

Spørsmål om dataspillproblematikk:

16. Har dere et tilbud om behandling for dataspillavhengighet/problematisk bruk av dataspill? (Ja / nei)

17. Hva er vanlig ventetid? Oppgitt ventetid for dere hos hels norge.no er X uker)

18. Om utredning: Brukes standard kartleggingsverktøy/ diagnoseverktøy? Hvis ja: Hvilke(t)
19. Antall pasienter med dataspillproblem som hovedfokus 2016 (Evt. 2017 også, hvis dette er kjent) på deres behandlingssted? Hvis nøyaktig antall ikke er kjent, gi et overslag:
20. Kjønnnsfordeling av pasienter? Omtrent prosent andel menn:
21. Alder til hovedandelen av pasientene
22. Dataspillavhengighet eksisterer ikke som diagnose. Hvilken diagnose settes i hovedsak av institusjonen for disse pasientene? (Ingen / Pengespill (F63.0) / Andre spesifiserte vane- og impulsforstyrrelser (F.63.8) / Andre uspesifiserte vane- og impulsforstyrrelser (F.63.9) / Andre; hvilke).
23. Hvilken behandlingsform tilbys vanligvis (flere kryss er mulige)? (Poliklinikk, døgn, individuell, gruppe, parterapi, familieterapi, annet)
24. Hvilken behandlingsmetode brukes mest/er den dominerende ved dataspillproblem (flere kryss er mulige)? (kognitiv-atferd/ psykodynamisk/ mindfulness/ motiverende intervju/integrativ/ medikamenter/ annet; hva).
25. Er behandlingen manualbasert? (følger en mal/oppskrift time for time)? (Ja, hvilken manual /nei)
26. Hva er typisk varighet av poliklinisk behandling? (Antall timer per uke, antall uker varighet)
27. Hva er typisk varighet av døgnbehandling? (Antall døgn)
28. Hvilke faggrupper bidrar i behandlingen? (flere kryss er mulige) (Sosionom/ sykepleier/vernepleier/ psykolog/ psykiater/ fysioterapeut/ miljøterapeut, treningskontakt/ andre; hvilke)
29. 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. Det kan settes kryss i begge ruter. (En eller flere personer som har tatt formell utdanning innen feltet pengespillproblematikk / En eller flere ansatte som har spesifikt fokus
-

på pengespillproblematikk)

Generelt:

Dersom aktuelt; hvordan tilpasser dere behandlingstilbudet (både vedr pengespill- og dataspillproblematikk) til fremmedspråklige?

5. Resultater

5.1: Pengespill

Behandlingstilbud

Av 146 behandlingsinstitusjoner fra helsenorge.no som svarte, oppgir 54 institusjoner (37,0%) at de har et behandlingstilbud for pengespillproblematikk. To av disse oppgir at de hadde tilbud, men at de ikke har hatt pasienter enda. På bakgrunn av dette har de ikke besvart de resterende spørsmålene, da det ikke oppfattes som relevant. En av disse institusjoner ligger i Helse Nord, den andre i Helse Vest. Analysene vedrørende type tilbud osv. er derfor basert på 52 institusjoner, dersom ikke annet er spesifisert.

I alt 31 av de resterende 92 institusjonene svarte at de ikke hadde et direkte behandlingstilbud for pengespillproblematikk, da de ikke tok inn pasienter som hadde dette som hovedproblematikk, men at de ville kunne behandle dette som en komorbiditet. Totalt 48 av de 54 som ikke har behandlingstilbud for pengespillproblem er institusjoner med ren døgnbehandling.

Per 23.01.2018 var det 60 institusjoner oppført under "Spilleavhengighet, rus- og avhengighetsbehandling" på helsenorge.no (Direktoratet for E-helse, u.å.). Av disse er 48 med i vårt utvalg. Av de 12 resterende, var det 7 som ikke svarte. Resten valgte å svare for mer enn en avdeling på listen, og har derfor blitt slått

sammen. Av disse 48, svarte kun 41 at de hadde et tilbud for spilleavhengige. Dermed er det 7 institusjoner som står oppført som institusjoner som tilbyr behandling for spilleavhengige, men som i realiteten ikke gjør det. Samtidig er det 13 institusjoner som tilbyr behandling for spilleavhengige som ikke står oppført i listen til helsenorge.

Blant de 54 institusjoner som oppgir at de har et tilbud, er alle fire helseregioner representert (Helse Sør-Øst: 27 institusjoner, Helse Midt-Norge: 8 institusjoner, Helse Vest: 13 institusjoner og Helse Nord: 6 institusjoner).

Av de 54 institusjonene som tilbyr behandling besvarte 50 av disse spørsmål om ventetid. Ventetiden varierte fra under 1 uke til mer enn 2 måneder, og hovedandelen (42,6%) oppgir en ventetid på 1 – 2 måneder. I alt 4 behandlingssteder svarte at de ikke kunne oppgi ventetid da det var varierte basert på pasienten og dens problematikk. Bare 2 institusjoner har ikke ventetid oppført på helsenorge. Dersom vi sammenligner de 48 resterende basert på deres rapporterte ventetid i intervjuet og ventetid oppført på helsenorge.no, ser vi at 56,3% samsvarer, 16,7% steder oppgir kortere ventetid enn helsenorge, mens 27,1% oppgir lengre ventetid enn helsenorge.

Kartleggingsverktøy og særskilt kompetanse

Alt 61,5% av de 52 institusjonene som tilbyr behandling benytter standard kartleggingsverktøy i utredningen av pasienter med pengespillproblematikk. Disse institusjonene med unntak av en oppgir hvilket kartleggingsverktøy de benytter. I alt 13,5% av institusjonene svarte at de ikke visste om det ble brukt, mens 25,0% oppgir at de ikke benyttet standard kartleggingsverktøy i utredning av pasientene for pengespillproblematikk.

Hvilket kartleggingsverktøy som benyttes varierer. Av 32 institusjoner benytter 50,0% "South Oaks Gambling Screen" (SOGS) (16 institusjoner). Utover dette benyttes "Gamblers Beliefs Questionnaire" (GBQ) (8 institusjoner), "NORC Diagnostic Screen for Gambling Disorders" (NODS) (5 institusjoner), 5 institusjoner bruker "Drug Use Disorders Identification Test" (DUDIT), "Gambling Symptom Assessment Scale" (G-SAS) (5 institusjoner), "Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju (MINI) (4 institusjoner), "Symptom Checklist 90" (SCL-90) (4 institusjoner), "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT) (4 institusjoner) og basisskjema fra Ko-Rus Øst (4 institusjoner). Det er åpenbart at ikke alle disse instrumentene inneholder spørsmål om pengespill.

Institusjonene ble spurt om de hadde en særskilt kompetanse på behandling av pengespillproblematikk. Med særlig kompetanse refereres det til personer som har spesialisert seg på feltet enten gjennom formell utdanning og/eller gjennom spesifikt fokus i praksis. Totalt 48,8% av de 52 institusjonene som tilbyr behandling har personell som tatt en formell utdanning innen feltet pengespillproblematikk. Høgskolen i Lillehammer sitt fag i "Spillavhengighet og problemskapende dataspilling" er et fag som oppgis av flere. Totalt 51,9% av de 52 institusjonene oppgir at en eller flere ansatte har et spesifikt fokus på pengespillproblematikk. Spesifikt fokus forklares blant annet med at de har en spesiell interesse eller lang erfaring med denne typen problematikk. Av de 52 institusjonene svarer 32,7% at de både har en eller flere hadde en formell utdanning og at en eller flere ansatte som har et spesifikt fokus på pengespillproblematikk. Av de 52 institusjonene oppgir 32,7% at de ikke har noen form for utdanning eller spesifikt fokus, men enkelte av de forteller at de har hatt noen fagdager og/eller kurs knyttet til problematikken.

Av de 27 behandlingstinstitusjonene som oppgir at de har en særskilt kompetanse på dataspillavhengighet, kunne man kanskje forvente at de benytter standard kartleggingsverktøy. Dette er ikke tilfelle for alle behandlingsstedene. Av de 27

institusjonene oppgir 25 behandlingssteder at noen ansatte har formell utdanning og 10 institusjoner at de har et spesifikt fokus. Blant disse 27 oppgir 17 institusjoner at de både har personell med formell utdanning og et spesifikt fokus i praksis. 12,5% av institusjoner der det er ansatte som kun har formell kompetanse svarer at de ikke vet om det benyttes standard kartleggingsverktøy mens 87,5% av de benytter dette. 40,0% av de som kun har et spesifikt fokus benytter ikke standard kartleggingsverktøy, mens 60,0% av de benytter dette. Av institusjoner som oppgir at de har en særskilt kompetanse i form av både en formell utdanning og spesifikt fokus i praksis benytter 11,8% av de ikke standard kartleggingsverktøy, 5,9% av de vet ikke, mens 82,4% oppgir at dette benyttes. Av de som oppgir at de ikke har noen særskilt kompetanse oppgir 29,4% at de ikke vet om det benyttes, 29,4% at det benyttes og 41,2% oppgir at de ikke benytter standard kartleggingsverktøy. Samlet ser det ut til at formell kompetanse og/eller særskilt interesse for tematikken er assosiert med høyere bruk av standard kartleggingsinstrumenter sammenliknet med institusjoner uten ansatte med formell kompetanse eller særskilt interesse.

Pasienter 2016

Av de 52 institusjonene, oppgir 39 institusjoner at de har hatt pasienter i 2016. Disse har til sammen hatt 1232 pasienter. Dette er i gjennomsnitt 31,6 pasienter per institusjon, fordelt på de 39 institusjonene. I tillegg har 5 institusjoner ikke hatt noen pasienter, og 8 institusjoner oppgir ikke antall pasienter med pengespillproblematikk i løpet av 2016. De fleste (36; 78,3%) hadde 20 eller færre pasienter. Fire steder hadde derimot 100 eller flere pasienter (hhv. 100, 130, 176 og 306). De tre institusjonene med flest pasienter ligger i Helse Sør-Øst, behandlingsstedet med 100 pasienter ligger i Helse Vest.

Helse Sør-Øst hadde 863 pasienter fordelt på 21 institusjoner, i tillegg til to institusjoner uten pasienter og fire institusjoner som ikke visste hvor mange de

hadde hatt. Helse Vest hadde 230 pasienter fordelt på 8 institusjoner, i tillegg til to institusjoner uten pasienter og to institusjoner som ikke visste hvor mange de hadde hatt. Helse Midt-Norge hadde 105 pasienter fordelt på seks institusjoner, i tillegg til en institusjon uten pasienter og en institusjon som ikke visste hvor mange de hadde hatt. Helse Nord hadde 34 pasienter fordelt på fire institusjoner, i tillegg en institusjon som ikke visste hvor mange pasienter de hadde hatt.

Dette vil si at 70,0% av pasientene i rusbehandling får behandling i Helse Sør-Øst, 18,7% i Helse Vest, 8,5% i Helse Midt-Norge og 2,8% i Helse Nord. Det er ikke overraskende at det er flere pasienter på Østlandet siden det bor langt flere der enn i de andre helseregionene. Samlet har Helse Sør-Øst ansvar for omtrent 56,1% av befolkningen, Helse Vest for 21,0%, Helse Midt for 13,7% og Helse Nord 9,2% (Regjeringen, 2014; Statistisk sentralbyrå, 2018). Vi ser dermed at det er en viss skjevfordeling, der relativt flere er i behandling i Helse Sør-Øst og relativt færre mottar behandling i Helse Nord.

I alt 11 av 52 institusjoner oppgir ikke hovedvekt av aldersgrupper, 4 av disse fordi de ikke hadde noen pasienter i 2016. En institusjon oppgir aldersgruppe selv om de ikke hadde pasienter. Blant de resterende 41 stedene er flertallet av pasientene i aldersgruppen 26-35 (24; 58,5%). 14 behandlingssteder oppgir ikke kjønnsfordeling, 5 av disse fordi de ikke hadde noen pasienter i 2016. 26,3% av de 52 institusjonene oppgir at de hadde 100% menn.

Pasienter 2017

Av de 52 institusjonene, oppgir 34 institusjoner at de har hatt pasienter i 2017. Disse har til sammen hatt 1013 pasienter. Dette er i gjennomsnitt 29,8 pasienter per institusjon, fordelt på de 34 institusjonene. I tillegg har to institusjoner ikke hatt noen pasienter, og 16 oppgir ikke antall pasienter med pengespillproblematikk i løpet av 2017. De fleste av de 34 (24; 70,6%) hadde

mellom 1 og 20 pasienter. Tre steder hadde derimot over 100 (hhv. 104, 158 og 296). Alle disse tre ligger i Helse SørØst.

Helse Sør-Øst hadde 768 pasienter fordelt på 18 institusjoner, i tillegg til en institusjon uten pasienter og åtte institusjoner som ikke visste hvor mange de hadde hatt. Helse Vest hadde 109 pasienter fordelt på åtte institusjoner, i tillegg til en institusjon uten pasienter og tre institusjoner som ikke visste hvor mange de hadde hatt. Helse Midt-Norge hadde 90 pasienter fordelt på fire institusjoner, i tillegg til fire institusjoner som ikke visste hvor mange pasienter de hadde hatt. Helse Nord hadde 46 pasienter fordelt på fire institusjoner, i tillegg en institusjon som ikke visste hvor mange pasienter de hadde hatt.

I alt 19 av 52 institusjoner oppgir ikke hovedvekt av aldersgrupper, 2 av disse fordi de ikke hadde noen pasienter i 2017. Blant de resterende 33 stedene er flertallet av pasientene i aldersgruppen 26-35 (18; 54,6%). Vedrørende spørsmål om kjønnsfordeling oppgir 18 institusjoner ikke dette, 2 av disse fordi de ikke hadde noen pasienter i 2017. 29,4% oppgir at de hadde 100% menn. Et behandlingssted oppgir 100% kvinnelige pasienter. Dette utgjorde imidlertid bare en pasient, som var den eneste de hadde hatt.

Informantenes informasjon om pasientene varierte veldig. Noen har systematisk registrering og dermed nøyaktige tall, andre hadde overslag, og noen svarte ut fra subjektive antakelser og egen erfaring. Derfor er de tallene som har blitt presentert her omtrentlige.

Behandlingstype

Individuell behandling er den hyppigste behandlingstypen for pengespillavhengighet da 73,0% av de 52 institusjonene oppgir denne. I tillegg tilbyr 25,0% gruppebehandling, 25,0% tilbyr parterapi og 25,0% tilbyr

familieterapi. Poliklinisk behandling tilbys av 88,5% (46) institusjoner. Av disse 46 tilbyr 69,6% individuell behandling, 19,6% gruppebehandling, 26,1% parterapi, 26,1% familieterapi og 17,4% svarer annet. Annet innebærer samtale med ektefelle/pårørende, familie – og generasjonsperspektiv, og fjernbehandling over telefon. Døgnbehandling tilbys av 8 av de 52 institusjonene. Av disse tilbyr 7 individuell behandling, 4 gruppebehandling, 1 parterapi og 1 familieterapi. Kun 3 institusjoner svarer at de tilbyr både poliklinisk- og døgnbehandling, mens 1 tilbyr hverken poliklinisk- og døgnbehandling, da de tilbyr fjernbehandling over telefon.

Behandlingsmetode

Kognitiv atferdsterapi er den mest dominerende behandlingsmetoden, der 92,3% av de 52 institusjonene oppgir at denne benyttes. Hovedandelen av institusjonene som tilbyr kognitiv atferdsterapi (KAT) ligger i Helse Midt-Norge (8 institusjoner; 100%), Helse Nord (5 institusjoner; 100%), Helse Sør-Øst (25 institusjoner; 92,6%) og i Helse Vest (10 institusjoner; 83,3%). Motiverende intervju tilbys av 69,2% av 52 institusjonene, Helse Nord (4 institusjoner; 80%), Helse Sør-Øst (19 institusjoner; 70,4%), Helse Vest (8 institusjoner; 66,7%) og i Helse Midt-Norge (5 institusjoner; 62,5%). Psykodynamisk behandling tilbys av 15,4% av institusjonene. Helse Sør-Øst (6 institusjoner; 22,2%), Helse Vest (1 institusjon; 8,3%) og i Helse Nord (1 institusjon; 20%).

Det er et fåtall av behandlingsstedene som oppgir mindfulness (4 steder; 7,7%), medikamenter (3 steder; 5,8%) og integrative tilnærminger (1 sted; 1,9%) som behandlingsmetode. Mindfulness tilbys i Helse Sør-Øst, i Helse Vest og i Helse Midt-Norge. Medikamentell behandling og integrativ behandling tilbys kun i Helse Sør-Øst. Annen behandlingsmetode enn disse oppgis totalt av 21,2%, 37,5% av institusjonene i Helse Midt-Norge, 22,2% i Helse Sør-Øst, 20% i Helse Nord og 8,3% i Helse Vest. Det som oppgis som annet i behandlingsmetode er

blant annet gestaltterapi, psykoterapi, systemisk terapi, endringsfokusert rådgiving, psykoedukasjon og samtaleterapi.

Manualisert behandling

I alt 41 av de 52 behandlingsinstitusjonene bruker ikke manual. Blant de resterende 11, oppgir 4 institusjoner at de bruker manual, men kan ikke angi hvilken. Bergensklinikkens manual benyttes av 2 institusjoner, Bergensklinikkene er en av disse. Borgestadklinikkens manual benyttes av 2 institusjoner, mens 1 bruker en egen versjon basert på Borgestadklinikkens manual. I tillegg til Bergensklinikkene, bruker 2 institusjoner en egenutviklet manual. Det kan stilles spørsmål rundt hvor standardiserte de egenutviklede manualene er. Bergensklinikkene og Borgestadklinikkens manualer er kjent i behandlingsmiljøet, dog er det gjort lite systematisk psykoterapiforskning vedrørende effekten.

Vi vet mindre om de resterende 3 egenutviklede/reviderte manualene. Et vanlig svar blant mange var at de brukte elementer fra manualer, men at behandlingen ikke følger den standardiserte/manualiserte formen.

Varighet

Svarene som omhandler varighet er i de fleste tilfeller omtrentlige. Flere av behandlingsinstitusjonene understreker at de har stor variasjon i varigheten av tilbudet, da dette tilpasses den enkelte pasients individuelle behov. De presiserer også at antall timer i uken ofte justeres underveis i forløpet, gjerne med flere timer i uken i starten til kun en gang i blant mot slutten.

Gjennomsnittlig antall timer i uken. I alt 45 av 52 behandlingsinstitusjoner svarte på spørsmål om antall timer som tilbys i uken. Gjennomsnittlig ligger dette på 1,09 timer i uken. Det mest vanlige (86,7%) er 1 time i uken. Variasjonene i antall

timer i uken er fra 0,5 til 3 timer per uke. Noen av de som kun tilbyr døgn svarte på dette, men ikke alle. Typisk varighet poliklinikk. Blant de 38 behandlingsinstitusjonene som tilbyr poliklinisk behandling, er gjennomsnittlig varighet på 35 uker. Det mest vanlige var 52 uker (18,4%). Variasjonen var fra 1 uke til 2 år. Typisk varighet døgn. Gjennomsnittlig varighet oppgis som 10 uker for døgnbehandling. Variasjonen var fra 2 til 26 uker.

Faggrupper som behandler

I alt 96,1% av de 52 institusjonene har mer enn en faggruppe som står for behandling av pengespillproblematikk. De vanligste faggruppene som oppgis er psykolog (41; 78,8%), sosionom (40; 76,9%), sykepleier (27; 51,9%) og psykiater (23; 44,2%). Andre faggrupper som oppgis er vernepleier (9; 17,3%), miljøterapeut (7; 13,4%), fysioterapeut (4; 7,6%) og treningskontakt (2; 3,8%).

I alt 40,3% (21 steder) oppgir at de benytter andre faggrupper, spesifikt er dette psykologspesialist (6; 11,5%), uten at det oppgis hvilken spesialisering, psykiatrisk sykepleier (4; 7,7%), lege (4; 7,7%) og lege i spesialisering (3; 5,7%). Barnevernspedagog, spesial sykepleier, familieterapeut, høyskoleutdannet med videreutdanning, klinisk sosionom, sykepleier med videreutdanning, barnepleiere, lærer, overlege, psykoterapeut, fengselsbetjent, rusteraut/avhengighetsterapeut og sosialfaglig oppgis minst en gang.

Suicidalitet

Alle institusjonene oppgir at de har rutiner for å følge opp suicidalitet. Disse rutinene baserer seg stort sett på en vurdering ved inntak, og videre oppfølging dersom nødvendig. De fleste oppgir at de følger nasjonale retningslinjer og at rutinene er de samme som for annen problematikk. Vurderingen ved inntak varierer fra systematisk kartlegging, til “dersom noe kommer opp”.

Systematisk kartlegging

Til sammen 11 (21,2%) av de 52 behandlingsinstitusjonene som svarte kartlegger pengespillproblematikk blant alle nye pasienter, uavhengig av henvisningsgrunn. Kartleggingsmetodene varierer fra spesifikke spørreskjemaer som SOGS, til spørsmål om avhengighet i anamnesen.

Pengespillproblematikk hos nye pasienter i rusklinikk

Ved en avdelingen ved Borgestad ble nye pasienter over en 4 måneders periode i 2018 rekruttert til et prosjekt der de ble bedt om å besvare spørsmål om pengespillproblematikk (både nåværende og livstids) basert på kriteriene i DSM-5. I alt 29 (20 menn og 9 kvinner) pasienter sa ja til å delta. Gjennomsnittsalder var 48.2 år (spennvidde: 19-66 år). Av disse hadde 17 alkoholmisbrukslidelse, 3 misbrukte stimulantia, 3 oppga blandingsmisbruk, 2 hadde pengespilllidelse, 1 hadde cannabis som misbrukssubstans mens en hadde avhengighet til flere stoffer. I alt 2 pasienter hadde andre psykiske lidelser som hoveddiagnose. 3 av pasientene (inkludert de 2 med pengespilllidelse) oppfylte de formelle kriteriene (minst 4 kriterier) for pengespilllidelse på måletidspunktet. Ellers oppfylte en pasient et kriterium og en annen pasient to kriterier. Det var ikke flere som i løpet av livet hadde hatt pengespilllidelse, det vil si at lidelsen var aktuell for de fleste som slet med dette problemet. I dette utvalget var det således om lag 10% av pasientene som hadde pengespilllidelse, men på grunn av at utvalget er lite er det vanskelig å si noe om utbredelsen av pengespilllidelse blant nye pasienter i rusbehandling, da estimatet på grunn av utvalgsstørrelsen er usikkert.

5.2. Dataspill

Diagnose

I år ble dataspillavhengighet eller problematisk bruk av dataspill definert som en egen diagnose i ICD-11. Dette er ikke en offisiell diagnose i ICD-10, som benyttes i Norge. Ettersom behandlingsinstitusjonene som regel har plikt til å stille diagnose for pasienter i behandling ble de spurt om hvilken diagnose de setter for pasienter med dataspillproblematikk som hovedproblem. Totalt svarte 31 av behandlingsinstitusjonene på dette spørsmålet. De fikk muligheten til å svare mer enn et alternativ. Av de 31 institusjonene som svarte oppgir 12,9% at de benytter flere ulike diagnoser på denne gruppen, mens 9,7% oppgir at de ikke setter en diagnose på gruppen. Totalt 87,1% av behandlingsstedene rapporterer å bruke F63 diagnose (vane- og impulsforstyrrelse), spesifisert som enten F63.0 (patologisk spillelidenskap) (38,7%), F63.8 (andre impulsforstyrrelser) (38,7%) eller F63.9 (uspesifisert vane- og impulsforstyrrelse) (9,7%). F63.0 diagnosen omhandler pengespill, dermed kan ikke denne diagnosen for dataspillproblematikk tas i bruk uten å tilpasse kriteriene. 22,6% av behandlingsinstitusjonene forteller at de bruker andre diagnoser. Dette kan for eksempel være F43.9 (Generell belastning, psykisk belastning) eller ulike R-diagnoser (Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted). Andre forteller at pasientene har andre eller tidligere diagnoser de kan benytte. På grunn problemene og den uklare og inkonsistente praksis knyttet til diagnose, har det vært utfordrende for mange av behandlingsinstitusjonene å svare på spørsmålene angående dataspill.

Behandlingstilbud

Av 146 behandlingssteder fra helsenorge.no som svarte, oppgir 41 behandlingsinstitusjoner (28,1%) at de har et behandlingstilbud for dataspillproblematikk. Alle disse tilbyr også behandling for

pengespillproblematikk. I tillegg oppgir 26 institusjoner at de ikke har et direkte behandlingstilbud for dataspillproblematikk, da de ikke har tatt inn pasienter som hadde dette som hovedproblematikk, men at de ville kunne behandle dette som en komorbid tilstand. Av de som ikke har et behandlingstilbud er det 52 institusjoner med ren døgnbehandling. Av de 41 som har tilbud, har 9 institusjoner ikke hatt noen pasienter de siste to årene. Disse har ikke besvart de resterende spørsmålene, da det ikke oppfattes som relevant. I tillegg har to institusjoner valgt å ikke svare på de resterende spørsmålene fordi de ikke skiller mellom pengespill- og dataspillavhengighet i diagnosesystemet sitt. Analysene er derfor basert på 30 behandlingssteder, dersom ikke annet er spesifisert.

Av de 41 som oppgir at de har tilbud til dataspillavhengige, står 29 oppført under “Spilleavhengighet, rus- og avhengighetsbehandling” på helsenorge.no (Direktoratet for E-helse, u.å.). Altså er det 12 institusjoner som tilbyr behandling til spilleavhengige som ikke står oppført på helsenorge. I alt 17 av institusjonene på listen har kun behandling for pengespill, ikke dataspill. Totalt 20 institusjoner hadde pasienter i 2016 og/eller 2017, 14 av disse er på listen. Totalt, ni institusjoner vet at de ikke har hatt pasienter i både 2016 og 2017, 5 av disse er på listen. 12 institusjoner vet ikke om de har hatt pasienter, 10 av disse er på listen.

Av de 41 stedene som oppgir at de har et tilbud, er alle fire helseregioner representert (Helse Sør-Øst: 19 institusjoner, Helse Midt-Norge: 7 institusjoner, Helse Vest: 9 institusjoner og Helse Nord: 6 institusjoner). Ventetiden hos de 30 behandlingsstedene varierte fra under 2 uker til mer enn 2 måneder, og hovedandelen (43,3%) oppgir en ventetid på 1 - 2 måneder. Flere behandlingssteder påpeker at ventetiden varierer da unge ofte har kortere ventetid. 44,8% av de oppgitte ventetidene samsvarer med ventetidene som sto

oppført på helsenorge, 20,7% av institusjonene oppgir kortere ventetid enn helsenorge, mens 34,5% oppgir lengre ventetid enn opplysningene på helsenorge.

Kartleggingsverktøy og særskilt kompetanse

Blant de 30 institusjonene benytter 60,0% standard kartleggingsverktøy i utredningen av pasienter med dataspillproblematikk, mens 33,3% benytter ikke standard kartleggingsverktøy for dataspillavhengige. Totalt to institusjoner visste ikke om dette ble gjort.

Det mest brukte kartleggingsverktøyet er Game Addiction Scale for Adolescent (GASA) (6 institusjoner). Videre benyttes et instrument basert på On-line Gamers Anonymous (OLGA) av 1 institusjon og Problem Video Game Playing Questionnaire (PVPQ) av 1 institusjon. Disse er alle kartleggingsverktøy direkte innrettet mot dataspillproblematikk. KoRus Samtaleguide for dataspillproblematikk ble brukt av 5 steder. "Kartleggingsverktøy fra KoRus" og "Manualer fra KoRus" ble også nevnt, uten videre spesifisering. Til sammen 10 institusjoner benytter minst ett av disse verktøyene. Resten oppgir enten verktøy som er basert på andre typer avhengighet, som Audit eller Dudit, eller mer generelle verktøy, som Mini Pluss eller SCL-90. En institusjon skilte seg ut, da de brukte WAIS, Diva (Diagnostisk intervju for utredning av ADHD hos voksne) og SCID 1 og 2 (diagnoseverktøy for å skille mellom alvorlige mentale forstyrrelser og personlighetsforstyrrelser), i tillegg til Mini og Dudit.

Behandlingsinstitusjonene ble spurt om de hadde en særskilt kompetanse på behandling av dataspillproblematikk. Med særskilt kompetanse menes det at personell har spesialisert seg på feltet enten gjennom formell utdanning eller gjennom spesifikt fokus i praksis. Til sammen svarer 70% av de 30 institusjonene oppgir at de har en særskilt kompetanse. Igjen oppgis Høgskolen i Lillehammer sitt fag i "Spillavhengighet og problemskapende dataspilling" her av flere.

Også her kan det forventes at særskilt kompetanse om behandling av dataspillavhengighet og bruk av standard kartleggingsverktøy henger sammen. Av 30 institusjoner har totalt 18 personell med formell utdanning og 12 institusjoner har et spesifikt fokus i praksis. Blant disse 30 har 9 institusjoner både personell med formell utdanning og et spesifikt fokus i praksis.

Av ni behandlingsinstitusjoner som kun har formell kompetanse benytter seks institusjoner seg av standard kartleggingsverktøy, mens tre institusjoner ikke gjør det. Blant de tre som kun har et spesifikt fokus benytter en institusjon seg av standard kartleggingsverktøy, mens to institusjoner ikke gjør det. Av de ni behandlingsinstitusjonene som oppgir at de både har en særskilt kompetanse i form av personell med formell utdanning og et spesifikt fokus, oppgir to institusjoner at de ikke benytter standard kartleggingsverktøy, seks institusjoner benytter dette, mens en ikke vet om dette benyttes. Av de ni behandlingsstedene som oppgir at de ikke har noen særskilt kompetanse benytter fem standard kartleggingsverktøy, tre benytter ikke og en vet ikke om dette benyttes.

Pasienter 2016

Av de 30 institusjonene, oppgir 19 institusjoner at de har hatt pasienter i 2016. Disse har til sammen hatt 79 pasienter. Dette er i gjennomsnitt 4,16 pasienter per institusjon, fordelt på de 19 institusjonene. I tillegg har to institusjoner ikke hatt noen pasienter, og ni oppgir ikke antall pasienter med dataspillproblematikk i løpet av 2016. De fleste (14; 73,7%) hadde mellom 1 og 4 pasienter. Kun to institusjoner hadde 10 eller flere pasienter. Disse lå i Helse Midt-Norge (10 pasienter) og Helse SørØst (20 pasienter). Man kan dermed si at dataspillproblematikk utgjør en liten del av virksomheten til behandlingsinstitusjoner.

I alt 11 behandlingsinstitusjoner oppga ikke hovedvekt av aldersgrupper, 2 av disse fordi de ikke hadde noen pasienter i 2016. Blant de resterende 19 er flertallet i pasientene i aldersgruppen 18-25 (15; 78,9%). Denne gruppen er altså yngre enn gruppen med pengespillproblematikk. I alt 13 behandlingsinstitusjoner oppgir ikke kjønnsfordeling. Av de resterende 17, oppgir 70,6% at de hadde 100% menn. Ingen oppgir lavere andel for menn enn 70%.

Pasienter 2017

Av de 30 institusjonene, oppgir 12 institusjoner at de har hatt pasienter i 2017. Disse har til sammen hatt 57 pasienter. I tillegg har tre institusjoner ikke hatt noen pasienter, og 15 oppgir ikke antall pasienter med pengespillproblematikk i løpet av 2017. Dette er i gjennomsnitt 4,75 pasienter per institusjon, fordelt på de 15 institusjonene. De fleste (9; 75%) hadde mellom 1 og 4 pasienter. Kun to institusjoner hadde 10 eller flere pasienter. Disse lå i Helse Midt (10 pasienter) og Helse Sør-Øst (20 pasienter).

I alt 18 behandlingsinstitusjoner oppgir ikke hovedvekt av aldersgrupper. Blant de resterende 12 institusjonene er flertallet av pasientene i aldersgruppen 18-25 (10; 83,3%). I alt 18 behandlingsinstitusjoner oppgir ikke kjønnsfordeling. Blant dem som oppgir dette rapporterer 75% at de hadde 100% menn. Ingen institusjon oppgir lavere andel menn enn 90%.

Informantenes informasjon om pasientene varierte veldig. Noen har systematisk registrering og dermed nøyaktige tall, andre hadde overslag, og noen svarte basert på eget subjektivt inntrykk og egenerfaring. Derfor er de tallene som har blitt presentert her omtrentlige.

Behandlingstype

Individuell behandling er den hyppigste behandlingsmetoden da 70% av 30 behandlingsinstitusjoner oppgir denne. Både gruppebehandling og parterapi tilbys hos 10% av behandlingsinstitusjonene, mens familieterapi tilbys hos 33%. Vi ser dermed at dette benyttes hyppigere ved dataspillproblematikk enn ved pengespillproblematikk. Dette kan henge sammen med at pasientgruppen knyttet til dataspillavhengighet i hovedsak er en yngre gruppe. Poliklinisk behandling tilbys av 96,7% av institusjonene. Blant disse tilbyr 66,7% av de 30 behandlingsinstitusjonen individuell behandling, 6,7% gruppebehandling, 10,0% parterapi, 30,0% familieterapi og 10,0% svarer annet. Annen behandlingsform spesifiseres som familiesamtaler eller pårørendesamtaler som utføres på en måte som ikke samsvarer med klassisk/tradisjonell familie- eller parterapi. Samhandling på tvers av etater nevnes også, for eksempel skole og kommune. Døgnbehandling tilbys av 2 behandlingsinstitusjoner. Den ene institusjonen tilbyr kun individuell behandling. Institusjonen tilbyr også poliklinisk behandling. Den andre institusjoner har kun døgnbehandling, og tilbyr individuell behandling, gruppebehandling og familieterapi.

Behandlingsmetode

I likhet med behandlingsinstitusjoner som har tilbud til pengespillproblematikk oppgir den store majoriteten at metodene som benyttes for ataspillproblematikk er kognitiv atferdsterapi (93,3%) og motiverende intervju (80,0%). Hovedandelen av institusjonene som tilbyr kognitiv atferdsterapi (KAT) ligger i Helse Midt Norge (6 institusjoner; 85,7%), Helse Sør-Øst (15 institusjoner; 78,9%), Helse Vest (5 institusjoner; 55,6%) og Helse Nord (2 institusjoner; 33,3%). Motiverende intervju tilbys i Helse Midt-Norge (5 institusjoner; 71,4%), Helse Sør-Øst (12 institusjoner; 63,2%), Helse Vest (5 institusjoner; 55,6%) og i Helse Nord (2 institusjoner; 33,3%). Psykodynamisk terapi oppgis av 16,7% behandlingssteder. Denne behandlingsmetoden fordeles i helseregionene slik;

Helse Sør-Øst (3 institusjoner; 15,8%), Helse Midt-Norge (1 institusjon; 14,3%) og i Helse Vest (1 institusjon; 11,1%). Integrativ terapi oppgis av 16,7% (5 institusjoner) av behandlingsinstitusjonene. Dette gjelder 22,2% (2 institusjoner) i Helse Vest og 15,8% (3 institusjoner) i Helse Sør-Øst.

Et fåtall av behandlingsinstitusjonene oppgir at de bruker mindfulness (2 institusjoner; 6,7%), ingen oppgir medikamentell behandling. Mindfulness tilbys i Helse Vest og i Helse Sør-Øst. Andre behandlingsmetoder enn disse oppgis av 13,3%. Det som oppgis som annet er gestaltterapi, endringsfokusert rådgiving, psykoedukasjon, involvering av pårørende, samarbeid på tvers av instanser, familieterapi og psykoedukasjon.

Manualisert behandling

Det foreligger en norskutviklet behandlingsmanual for dataspillproblematikk, utviklet av fagpersoner tilknyttet Borgestadklinikken og Universitetet i Bergen. Vår kartlegging tyder på at denne i svært liten grad benyttes. Kun en behandlingsinstitusjon benytter denne. En annen behandlingsinstitusjon forklarte at de benyttet Samtaleguide fra KoRus-Øst. Denne kan imidlertid ikke regnes som behandlingsmanualer ettersom de ikke inneholder spesifiserte opplegg for behandling. En institusjon svarer at de benytter elementer fra manualer, men at behandlingen ikke følger et standardisert løp. Resten av institusjonene benytter ingen manual. På bakgrunn av dette kan man si at behandling av dataspillproblematikk i Norge i liten grad er standardisert. Ingen av institusjonene informerer på helsenorge.no om behandlingstilbudet er standardisert eller manualisert.

Varighet

I likhet med pengespillproblematikk, er svarene vedrørende varighet av behandling omtrentlige. Gjennomsnittlig antall timer i uken. 28 svarte på gjennomsnittlig antall timer i uken. Gjennomsnittet totalt er 1 time i uken. Det mest vanlige (76,7%) var 1 time i uken. Spennet var fra 0,5 til 3 timer i uken.

Typisk varighet. 25 svarte vedrørende poliklinisk varighet. Gjennomsnittlig varighet var 30 uker. Det mest vanlige var 52 uker (16,7%). Spennet var fra 5 til 65 uker. Varighet for døgnbehandling ble oppgitt til gjennomsnittlig 6 og 8 uker hos de 2 behandlingsinstitusjonene som tilbyr dette.

Faggrupper som behandler

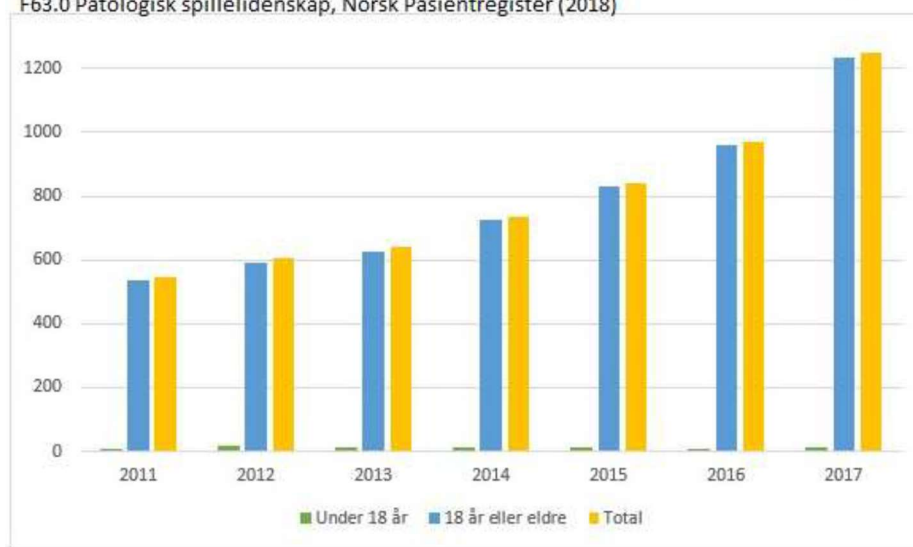
93,4% av 30 institusjoner som har tilbud til dataspillavhengige har mer enn en faggruppe som behandler. De vanligste faggruppene som oppgis er sosionom (23; 76,7%) og psykolog (23; 76,7%). Andre faggrupper som oppgis er sykepleier (16; 53,3%), psykiater (14; 46,7%), vernepleier (7; 23,3%), miljøterapeut (3; 10,0%), treningskontakt (3; 10,0%) og fysioterapeut (2; 6,7%). 46,7% av behandlingsinstitusjonene oppgir også andre faggrupper, spesifikt er dette familieterapeut (3; 10,0%), psykiatrisk sykepleier (3; 10%), psykologspesialist (3; 10%), uten at det oppgis hvilken spesialisering, klinisk sosionom (2; 6,7%), lege (2; 6,7%), lege i spesialisering (2; 6,7%). Følgende faggrupper oppgis en gang; barnevernspedagog, høyskoleutdannede, overlege, psykoterapeut, rusteraut/avhengighetsterapeut, sosialfaglig og spesialsykepleier.

6. Norsk pasientregister

Informasjon om behandling ble hentet inn fra Norsk Pasientregister (NPR), administrert av Helsedirektoratet. Informasjon som er hentet inn er nasjonale data om behandling knyttet til diagnosen F.63.0 (ICD-10) patologisk spillelidenskap. Man kan se en økende trend med antall pasienter som får F63.0 som hoveddiagnose (se Figur 1).

I kartleggingen opplyser imidlertid flere behandlingsinstitusjoner at de ikke skiller mellom pengespill- og dataspillavhengighet. Dermed vil pasienter som har et problematisk forhold til bruk av dataspill, ofte diagnostiseres med F63.0 (patologisk spillelidenskap). Det blir da vanskelig å skille mellom de som har en ren pengespillavhengighet og de som har problematisk forhold til dataspill. Man kan stille seg spørrende til hvorfor det er en økning i antall pasienter som registreres med F63.0. Det kan tenkes å være et faktisk økende problem vedr pengespillavhengighet, endringen kan skyldes en økning i pasienter som har et problematisk bruk av dataspill, eller at flere av pasientene med disse problemene disse “fanges” opp i avhengighetsbehandling enn tidligere. Det er også mulig at institusjonene hyppigere enn før bruker diagnosen F63.0 ved denne type problematikk.

Figur 1. Antall personer i behandling, spesialisthelsetjenesten 2011-2017. Hoveddiagnose F63.0 Patologisk spillelidenskap, Norsk Pasientregister (2018)



Figur 1: Antall pasienter i behandling for F63.0 i perioden 2011 – 2017

7. Oppsummering

Informasjonen som ligger på Helsenorge.no er mangelfull i den grad at den opplyser kun om hvilken behandlingsinstitusjonen som ligger under en gitt kategori, antatt ventetid og om det er poliklinisk og/eller døgnbehandling. Det burde vært flere detaljerte opplysninger om hvilke behandlingsmetoder, behandlingsform og behandlere som inngår i de ulike tilbudene, ikke minst hvilken særskilt kompetanse de ulike behandlerne/behandlingsstedene har og om de benytter manualbasert behandling eller ikke.

Pasienter som har penge - eller dataspillproblematikk kan få behandling i alle helseregionene, men hvilket tilbud de får på institusjonene er varierende. Selv om institusjonene oppgir at de har tilbud, er det kun 35 av 52 behandlingssteder som oppgir at de har en særskilt kompetanse for pengespillavhengige og 21 av 30 behandlingssteder for dataspillproblematikk. Av disse så er det flere som oppgir at de ikke benytter eller ikke vet om det benyttes standard kartleggingsverktøy i behandling av pasientene. Behandlingsmetode som benyttes er også varierende, men kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju er metoder som går mye igjen. Behandlingsinstitusjonene har stort sett mer enn en faggruppe som behandler pasientene. Overraskende nok så er det flere behandlingssteder som oppgir at de benytter manual i behandling, men de vet ikke hvilken. Kanskje mest overraskende er at 41 av 52 behandlingssteder ikke bruker manual i behandling av pengespillavhengige, og at det kun er et behandlingssted som bruker dette i behandling av dataspillavhengige. Samlet fremstår både kartleggingsvirksomheten og behandlingen av penge- og dataspillavhengighet i Norge som ganske lite spesifikk. Det synes som det er lite standardisering av metodikk på tvers av behandlingsinstitusjonene. Ingen av institusjonene tilbyr internettbasert behandling til sine pasienter. Dersom et slikt tilbud ble utviklet med nasjonalt nedslagsfelt og med høy faglig kompetanse og i tillegg var gratis tilgjengelig, kunne det avlastet spesialisthelsetjenesten.

Siden det også er kjent at mange som har penge- og dataspill ikke søker behandling (Suurvali, Cordingley, Hodgins, & Cunningham, 2009) ville et slik tilbud også kunne senket terskelen for å søke behandling.

Referanser

American Psychiatric, A. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. ed.). Washington, D.C: The Association.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bolen, D. W., & Boyd, W. H. (1968). Gambling and the problem gambler: A review and preliminary findings. Archives of general psychiatry, 18, 617-629.

Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., Melkevik, O. R., Torsheim, T., Samdal, O., Hetland, J., Pallesen, S. (2013). Gaming Addiction, Gaming Engagement, and Psychological Health Complaints Among Norwegian Adolescents. Media Psychology, 16(1),115-128. doi:10.1080/15213269.2012.756374

Direktoratet for E-helse (u.å.) Spilleavhengighet, rus- og avhengighetsbehandling. Hentet 23.01.2018 fra <https://helsenorge.no/velg-behandlingssted/ventetider-for-behandling?bid=95>

Griffiths, M. (1995). Adolescent gambling. London: Routledge.

Kulturdepartementet. (2012). Handlingsplan mot spillproblemer 2013-2015. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kud/spill_og_lotteri/handlingsplan_mot_spillproblemer_des2012.pdf

Kulturdepartementet. (2015). Handlingsplan mot spilleproblemer 2016-2018. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/2b4b872673364d5a986164dca96b54c8/handlingsplan_mot_spilleproblemer_2016-2018.pdf

Lund, I., & Nordlund, S. (2003). Pengespill og pengespillproblemer i Norge.

Oslo: SIRUS.

McCoy, A. N., & Platt, M. L. (2005). Risk-sensitive neurons in macaque posterior cingulate cortex. *Nature neuroscience*, 8(9), 1220-1227. doi:10.1038/nn1523

Medietilsynet (2016), Barn og medier 2016. Hentet den 20.11.18 fra

<https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/barnog-medier-2016-komprimert-ensidig.pdf>

Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K. J. M.,

Hetland, J., & Pallesen, S. (2011). Problematic Video Game Use: Estimated

Prevalence and Associations with Mental and Physical Health. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(10), 591-596. doi:10.1089/cyber.2010.0260

Molde, H., Ingjaldsson, J., Kvale, G., Pallesen, S., Støylen, I. J., Prescott, P., &

Johnsen, B. H. (2004). Spilleavhengighet ; kartlegging, utbredelse, etiologi og behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41(9), 713-722.

Pallesen, S., Hanss, D., Mentzoni, R. A., Molde, H., & Morken, A. M.,

Universitetet i Bergen Institutt for samfunnspsykologi, (2014). Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2013. In. Hentet fra:

https://issuu.com/lotteri-ogstiftelsestilsynet/docs/omfang_av_penge-og_dataspillproblem

Pallesen, S., Molde, H., Mentzoni, R. A., Hanss, D., Morken, A. M., Universitetet i

Bergen Institutt for, s. (2016). Endring av penge- og dataspillproblemer i Norge 2013-2015. Bergen: Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnspsykologi.

Raisamo, S., Halme, J., Murto, A., & Lintonen, T. (2013). Gambling-Related

Harms Among Adolescents: A Population-Based Study. *Journal of Gambling Studies*, 29(1), 151-159. doi:10.1007/s10899-012-9298-9

Regjeringen. (2014, 24. november). De regionale helseforetakene. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---y/de-regionale-helseforetakene/id528110>

Rossow, I., & Hansen, M. B. (2016). Gambling and gambling policy in Norway—an exceptional case. *Addiction*, 111(4), 593-598. doi:10.1111/add.13172

Sagoe, D., Pallesen, S., Hanss, D., Leino, T., Molde, H., Mentzoni, R. A., & Torsheim, T. (2017). The Relationships between Mental Health Symptoms and Gambling Behavior in the Transition from Adolescence to Emerging Adulthood. *Frontiers in Psychology*, 8(478). doi:10.3389/fpsyg.2017.00478

Schwartz, D. G. (2007). Roll the bones. The history of gambling. New York: Gotham Books.

Shaffer, H., & Hall, M. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1369-1376. doi:10.2105/AJPH.89.9.1369

Statistisk sentralbyrå (2018) 07459: Befolkning, etter region, statistikkvariabel og år. Hentet fra <http://www.ssb.no/statbank/sq/10015244/>

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. doi:10.1007/s10899-009-9129-9

Walker, M., Schellink, T., & Anjoul, 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.

Wardle, H., Moody, A., Spence, S., Orford, J., Volberg, R., Jotangia, D., . . .

Dobbie, F. (2011). British Gambling Prevalence Survey 2010. National Centre for Social Research.

Wittek, C., Finserås, T., Pallesen, S., Mentzoni, R., Hanss, D., Griffiths, M., & Molde, H. (2016). Prevalence and Predictors of Video Game Addiction: A Study Based on a National Representative Sample of Gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(5), 672-686. doi:10.1007/s11469-015-9592-8

World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018). The International Classification of Diseases and Related Health Problems 11th edition (ICD-11). Geneva: World Health Organization.

Øren, A., & Leistad, L. (2010). Endring i den norske befolkningens pengespillvaner og påvirkning av spilleautomatforbudet. (SINTEF A16020). SINTEF Teknologi og samfunn. Hentet fra: <https://lottstift.no/wp-content/uploads/2015/11/Endringer-i-norske-pengespillvaner-SINTEF-rapport-2010.pdf>



uib.no

Universitetet i Bergen / Postboks 7800. 5020 Bergen

ISBN 978-82-91713-65-6