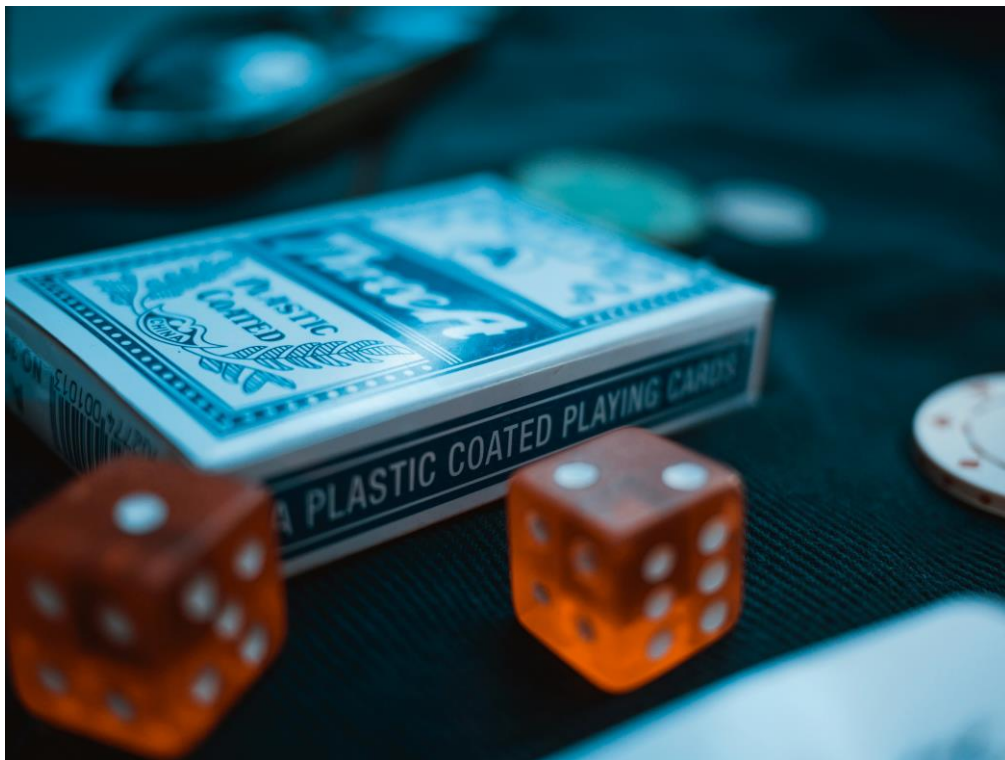


Til
Sundheds- og Ældreministeriet

Dokumenttype
Evalueringsrapport

Dato
Oktober 2018

EVALUERING AF MODTAGERE AF PULJEMIDLER TIL BEHAND- LING OG FOREBYGGELSE AF LUDOMANI, 2015-2017



EVALUERING AF MODTAGERE AF PULJEMIDLER TIL BEHANDLING OG FOREBYGGELSE AF LUDOMANI, 2015- 2017

Modtager **Sundheds- og Ældreministeriet**
Dokumenttype **Evalueringsrapport**
Version **2018.1**
Dato **September 2018**
Udarbejdet af **Rambøll Management Consulting**
Kreditering **Udvalgte ikoner designet fra Flaticon.com**

Rambøll
Hannemanns Allé 53
DK-2300 København S

T +45 5161 1000
F +45 5161 1001
www.ramboll.dk

INDHOLD

Introduktion	2
1.1 Om nærværende evaluering	4
1.2 Evalueringens metoder	5
1.3 Baggrund om ludomani og en klients vej gennem et behandlingsforløb	6
1.4 Læsevejledning	8
2. Resumé og hovedpointer	9
2.1 Behandling	9
2.2 Forebyggelse	11
2.3 Mulige initiativer til at styrke indsatsen mod ludomani	12
3. Puljens bidrag til behandling af ludomani	13
3.1 Målgruppen for behandlingen: karakteristik af klienter	15
3.2 Behandlingstilbuddenes selvvaluerede virkning for klienterne	17
3.3 Behandlingstilbuddenes form og indhold	21
4. Puljens bidrag til forebyggelse af ludomani	43
4.1 Primær, sekundær og tertiær forebyggelse	44
4.2 Eksponering af forebyggelsesindsatserne	51
4.3 Virkningsfulde elementer i forebyggelsesindsatserne	53
5. Metode og datagrundlag	63
6. Bilag	66

INTRODUKTION

Denne rapport er en evaluering af puljemidler til behandling og forebyggelse af ludomani i 2015-2017. Evalueringen er igangsat af Sundheds- og Ældreministeriet, gennemført af Rambøll Management Consulting og udspringer af følgende kontekst.

Liberalisering af spilmarkedet og en styrket indsats for bekæmpelse af ludomani

Siden 1. januar 2012 er der gennemført en gradvis og delvis liberalisering af det danske spilmarked. Det har betydet, at danskerne kan vælge frit mellem forskellige spiludbydere. Derudover har liberaliseringen sikret mere fair konkurrencevilkår mellem forskellige spiludbydere. Sideløbende har der i en årrække været afsat midler til forebyggelse og behandling af ludomani samt undersøgelser af spilproblemer i Danmark.

I 2011 udarbejdede en arbejdsgruppe, nedsat af det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium, en rapport om forebyggelse af ludomani.

Et bredt flertal i Folketinget indgik i 2014 en delaftale om at gennemføre to ludomaniundersøgelser i regi af Skatteministeriet med henblik på at undersøge udbredelsen af spilproblemer blandt unge (12-17-årige) og voksne (18-74-årige) i 2016¹ samt opfølgende undersøgelser af, om de spillere, der i de forudgående undersøgelser fra hhv. 2005 (voksne) og 2007 (unge) havde udvist spilproblemer, fortsat havde spilproblemer. Derudover blev der iværksat et forskningsprojekt om effektfulde behandlingsmetoder til behandling af ludomani i regi af Sundheds- og Ældreministeriet, som blev offentliggjort i 2016².

De to ludomaniundersøgelser blev ligeledes offentliggjort af SFI i 2016 (nu VIVE) og viste, at selvom udbuddet af spil er blevet større, og mulighederne for at spille er blevet flere, så spiller færre om penge i 2016 sammenlignet med i 2005 og 2007. Til gengæld er antallet af personer med spilafhængighed steget i perioden.

Sundheds- og Ældreministeriet har gennem en årrække afsat årlige midler til forebyggelse og behandling af ludomani. I lyset af udviklingen på spilmarkedet og stigningen i antallet af personer med spilafhængighed ønskede aftalepartierne³ i 2017 at styrke indsatsen mod ludomani yderligere. Partierne indgik en aftale om at øge midlerne til forebyggelse, behandling og forskning i ludomani for fremadrettet at sikre, at indsatsen er evidensbaseret. Det indgår også i aftalen, at der i 2018 skal gennemføres en ekstern evaluering af kvalitet, effekt og effektivitet og service hos modtagerne af puljemidler til behandling og forebyggelse for 2015-2017.

På denne baggrund iværksatte Sundheds- og Ældreministeriet nærværende evaluering af modtagere af puljemidler til behandling og forebyggelse af ludomani, som blev givet i perioden 2015-2017.

¹ Rapporterne "Pengespil og Spilleproblemer i Danmark 2005-2016", SFI, 2016 og "Pengespil blandt unge i Danmark 2007-2016", SFI, 2016.

² Undersøgelse af "Effekten af behandlingsmetoder inden for ludomani", Aarhus Universitetshospital, 2016.

³ Aftalepartierne var i 2017 følgende: Regeringen (Venstre, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti), Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti, Enhedslisten, Alternativet, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti.

Tabel 0-1.1 Rapporter og politiske aftaler indgået i perioden 2011-2018

2011		Rapport om forebyggelse af ludomani og spilafhængighed i Danmark <i>Arbejdsgruppe nedsat af Indenrigs- og Sundhedsministeriet</i>
2014	December	Delaftale om ludomani til styrkelse af indsatsen for bekæmpelse af ludomani. <i>I regi af Skatteministeriet</i>
2016	Maj	Rapport: Effekten af behandlingsmetoder indenfor ludomani <i>Aarhus Universitetshospital i regi af Sundheds- og Ældreministeriet</i>
2016	August	Rapport: Pengespil og spilleproblemer i Danmark 2005-2016 <i>SFI i regi af Skatteministeriet</i>
2016	December	Rapport: Pengespil blandt unge i Danmark 2007-2016 <i>SFI i regi af Skatteministeriet</i>
2017	November	Aftale om indsatsen for bekæmpelse af ludomani <i>I regi af Sundheds- Og Ældreministeriet</i>
2018	Februar	Strategi til forebyggelse af ludomani i Danmark. <i>I regi af Sundheds- og Ældreministeriet</i>
2018	Juni	Aftale om nye tiltag mod spilafhængighed og justering af spilaftale <i>I regi af Skatteministeriet</i>

Tabel 1.1. ovenfor viser et overblik over de centrale politiske aftaler og rapporter, som går forud for nærværende evaluering. Derudover er strategien til forebyggelse af ludomani i Danmark fra februar 2018 og Aftale om nye tiltag mod spilafhængighed og justering af spilaftale indgået i juni 2018 tilføjet til tidslinjen for at bringe den seneste udvikling på området i spil. Evalueringen af forebyggelsen refererer til forebyggelsesstrategien og derudover vil nogle af evalueringens perspektiver på mulige indsatser mod ludomani være at finde i Aftale om nye tiltag mod spilafhængighed og justering af spil.

Puljen til behandling og forebyggelse af ludomani 2015-2017

Der har fra 2015-2017 været økonomisk støtte i form af Sundheds- og Ældreministeriet årlige pulje til forebyggelse og behandling af ludomani. Puljemidlerne til behandling af ludomani kan søges af private behandlingsinstitutioner for personer med ludomani eller andre institutioner, der kan varetage denne opgave efter nogle fastsatte kriterier.

I perioden 2015-2017 var puljen på ca. 30 mio. kr. sammenlagt til både behandling og forebyggelse. I nedenstående tabel 1.2 fremgår fordelingen af midlerne mellem puljemodtagere inden for de tre år.

Tabel 0-1.2 Udmøntning af midler til forebyggelse og behandling af ludomani 2015-2017 (2017-niveau).

Navn/år	2015	2016	2017
Center for Ludomani	12,9	12,6	12,7
Frederiksberg Centeret	3,1	3	2,8
Forskningsklinikken for Ludomani (AUH)	2,3	2,2	2
Behandlingscenter Tjele	2,9	3,7	4,2
Dansk Ludomani Behandling (Samarbejde mellem Forskningsklinikken for Ludomani og Mindwork Psykologisk Center)	2,6	2,5	2,5
Forskningsklinikken for Ludomani og kriminalforsorgen – LIV Ludomani og Indsattes Velfærd (pilotprojekt)	-	1	0,8
Udmøntede midler til behandling i alt	23,7	25	25
Center for Ludomani	4,1	4	4
Frederiksberg Centeret	1,5	1,5	1,5
Udmøntede midler til forebyggelse i alt	5,7	5,5	5,5
Udmøntet i alt til behandling og forebyggelse	29,4	30,6	30,5

Midlerne til forebyggelse af ludomani er udmøntet til forskellige målgrupper. I 2015 blev forebyggelsesindsatserne målrettet danskere med anden etnisk baggrund. I 2016 blev indsatserne målrettet ældre medborgere og i 2017 blev indsatserne målrettet medlemmer af sportsklubber.

1.1 Om nærværende evaluering

Opdraget til evalueringen var indledningsvist at undersøge hhv. kvalitet, effekt, effektivitet og service af behandling og forebyggelse af ludomani i 2015-2017. Det har dog inden for evalueringens rammer samt tilgængelige data for det første ikke været muligt at afdække effekt og effektivitet af behandling, hvorfor evalueringen i stedet for har undersøgt hhv. virkningen og produktiviteten. For det andet har det i afdækningen af forebyggelsen ikke været muligt at afdække effekt, effektivitet eller produktivitet. I afsnit 1.2 fremgår en operationalisering af de fire fokusområder for evalueringen.

I perioden 2015-2017 blev midlerne fordelt på seks forskellige centre til behandling⁴ og to centre til forebyggelse, der er listet i tabel 1.2, hvilket er de puljemodtagere der er undersøgt i denne evaluering.

De to centrale undersøgelsesspørgsmål, som denne evaluering besvarer, er:

- 1) *Hvorvidt puljemidlerne har bidraget til realisering af målene med puljen 2015-2017?*
- 2) *Hvad der kendetegner virkningsfuld behandling og forebyggelse?*

Dette besvares i indeværende rapport, der bygger på en grundig evaluering, som belyser både målopfyldelse, virkning og indsatsernes organisering og tilgange med brug af både kvantitative og kvalitative metoder. Rapporten indeholder dels en evaluering af behandling af ludomani, dels en evaluering af forebyggelsesindsatsen. Metoden er uddybet i kapitel 5.

⁴ Tre af indsatserne (Forskningsklinikken for Ludomani (AUH), Forskningsklinikken for Ludomani og kriminalforsorgen samt Dansk Ludomanibehandling) er relaterede til hinanden på den måde, at ét center har relation til tre forskellige behandlingsinitiativer.

1.2 Evalueringens metoder

Evalueringen anvender både kvantitative og kvalitative dataindsamlingsmetoder i afdækningen af kvalitet, virkning, produktivitet og service hos modtagerne af puljemidler til behandling og forebyggelse af ludomani i 2015-2017.

I **evalueringen af behandlingen** anvendes den kvantitative dataindsamling til at give en vurdering af behandlingens kvalitet og i et vist omfang virkning på baggrund af behandlingscentrenes egen vurderinger samt enkelte behandlingscentres systematiske indsamling af data om klienternes score på en skala som måler graden af spilafhængighed før og efter behandlingen. Derudover lægger den kvantitative dataindsamling til grund for en vurdering af behandlingscentrenes produktivitet, dvs. antallet af klienter, centrene har i løbet af et år i forhold til de tildelte puljemidler.

Som før nævnt har det ikke været muligt at udtrække konklusioner om behandlingens effektivitet, da der ikke er indsamlet effektdata stringent i på behandlingscentre, som muliggør en effektivitetsanalyse. Dermed er det ikke muligt at sammenligne om centrenes ressourceforbrug opfylder formålet for behandlingen tilstrækkeligt, som vil være en del af en effektivitetsanalyse. I stedet afdækkes behandlingscentrenes produktivitet. Produktiviteten afdækkes ved at sammenholde de enkelte behandlingscentres puljemidler og antallet af klienter der påbegynder et forløb de enkelte undersøgelsesår. Dette mål er bare en indikation af deres produktivitet, da behandlingscentre dels kan få penge andre steder fra, og dels anvender dem forskelligt.

Den kvantitative analyse suppleres af den kvalitative dataindsamling med udsagn fra klienter, pårørende og medarbejdere om behandlingens virkning, kvalitet og service og derved kan de oplevede virkninger også beskrives i rapporten. Service i behandlingen undersøges gennem en afdækning af behandlingstilbuddenes tilgængelighed, opfølgning, løbende vejledning, tilpasning til klienternes individuelle forhold, modtagelse af klienter samt klienternes generelle tilfredshed.

I **evalueringen af forebyggelsen** af ludomani inddrages også både kvantitative og kvalitative data. De kvantitative data består af data om eksponeringen af forebyggelsesindsatser. Eksponeringen af indsatser er en operationalisering af evalueringens opdrag om at undersøge effekten af forebyggelsesindsatserne. Gennem en kvalitativ analyse belyser evalueringen elementer i forebyggelsesindsatser som opleves virkningsfuldt af informanterne. Effekten kan på lige fod med effektiviteten af forebyggelsesindsatserne ikke afdækkes i evalueringen, idet meget data om forebyggelsesindsatseres effekt ikke kan indfanges – eksempelvis effekten af en reklame ved et busstoppested.

Den kvalitative analyse af forebyggelsen baserer sig på fokusgruppeinterviews med 4 tidligere/nuværende klienter, 2 pårørende og 2 personer, som har vist interesse for forebyggelsesindsatserne (fx ved at efterspørge et foredrag om ludomani fra en af afsenderne eller henvende sig til afsenderne ifm. en indsats afholdt af afsenderen). Da den kvalitative analyse bygger på et udsnit af de mulige modtagere, vil det være muligt at sige noget om tendensen ift. virkninger af forebyggelsesindsatserne, men med dette datagrundlag eller metode vil det ikke være muligt at generalisere, blot at indikere hvad der opleves som virkningsfuldt.

I forbindelse med evalueringen blev en følgegruppe bestående af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Spillemyndigheden og Børne- og Socialministeriet foruden Sundheds- og Ældreministeriet nedsat, som løbende har fulgt og kvalificeret evalueringen. Derudover er de afsnit, som refererer til specifikke centre blevet valideret af centrene selv⁵.

⁵ Det skal indledende bemærkes at den ene puljemodtager Frederiksberg Centeret i løbet af evalueringsperioden er gået konkurs, det har derfor den mindre konsekvens for evalueringen, at beskrivelser og data herfra ikke været muligt at få valideret inden rapportens udgivelse.

Inden evalueringens hovedindsigter præsenteres fremgår nedenfor en kort introduktion til ludomani, herunder hyppigheden og en beskrivelse af lidelsen og en klients typiske vej gennem et behandlingsforløb.

1.3 Baggrund om ludomani og en klients vej gennem et behandlingsforløb

Liberaliseringen af spillemarkedet i Danmark er som før beskrevet sket i takt med en række politiske tiltag for at forebygge og begrænse udviklingen af ludomani og spilafhængighed, som er både individuelt, familiemæssigt og samfundsmæssigt omkostningsfyldt.

De fleste danskere oplever spil som en underholdende og fornøjelig aktivitet, og ser det som en vigtig del af kulturen. Langt de fleste danskere (82%) har prøvet at spille pengespil og er i stand til at holde det på et kontrolleret niveau. For nogle mennesker bliver pengespil en lidenskab, der dominerer deres liv på bekostning af sociale, arbejds- og familiemæssige værdier og forpligtelser. Når spilleomfanget tiltager i både hyppighed og økonomi, og der opstår skadevirkninger for personen selv og deres omgivelser, taler man om afhængighed af pengespil eller i daglig tale om ludomani⁶.

Ludomani karakteriseres som en afhængighedslidelse på linje med kemiske misbrug såsom alkohol- og narkotikamisbrug⁷. Dette indebærer en erkendelse af, at når en person har udviklet ludomani, er pengespil blevet en tvangspræget handling, som vedkommende har vanskeligt ved at kontrollere og begrænse, uagtet hvor meget personen ønsker det. Pengespillet bliver det centrale omdrejningspunkt i personens liv, hvorfor familie, venner, uddannelse, arbejde og fritidsinteresser ofte nedprioriteres. Ludomani kan derfor have mange alvorlige konsekvenser både for spilleren selv og spillerens pårørende.

Den spilafhængige vil typisk opleve økonomiske problemer i form af en stor gæld, men også sociale problemer er hyppigt forekommende. Dette skyldes, at mange spilafhængige bliver mentalt fraværende, udvikler adfærdsproblemer og ofte isolerer sig fra omverdenen, da spillet bliver førsteprioritet⁶. Hertil kommer, at ludomani kan få omfattende konsekvenser på flere områder eksempelvis ift. andet misbrug⁵. Ludomani kan således have alvorlige konsekvenser for den spilafhængige, de pårørende og for samfundet.

SFI estimerede i rapporten "Pengespil og Spilleproblemer i Danmark 2005-2016" (SFI, 2016), at omkring 125.000 danskere over 18 år har problemer med pengespil, og at ca. 10.000 personer lider af ludomani. Mens der i perioden er sket et fald i antal voksne, som spiller om penge, så antallet af personer med spilleproblemer er steget fra 98.000 til 125.000 personer og antallet af personer der lider af ludomani er steget fra ca. 6.000 til ca. 10.000 personer⁸. I rapporten beskrives det, at det primært er 18 til 39-årige mænd, som er i risikozonen for at udvikle spilleafhængighed. Der ses desuden en sammenhæng mellem debutalder ved pengespil og omfanget af spilleproblemer, hvor personer med de største spilleproblemer i gennemsnit er yngre ved spilledebut. En tidlig debutalder øger således risikoen for spilafhængighed, hvorfor der er et stort forebyggelsespotential. SFI undersøgelsen om udbredelsen af pengespil og risikabel spilleadfærd blandt 12-17-årige i 2016 viste, at færre unge i 2016 spillede pengespil, sammenlignet med i 2007. Dog var der på samme tid dog ikke forskel i andelen af 12-17-årige med en risikabel spilleadfærd 8,9 pct. (målt med den reducerede version af NODS) siden 2007. Det er langt overvejende drenge i de ældre aldersgrupper, der har en risikabel spilleadfærd og de spiller en del af deres pengespil online⁹.

⁶ Rapporten "Pengespil og Spilleproblemer i Danmark 2005-2016", SFI, 2016

⁷ WHO ICD-10 <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>

⁸ Den statistiske usikkerhed omkring disse resultater betyder dog, at man må regne med, at antallet af ludomaner målt på baggrund af spilleadfærden inden for det seneste år i 2016 er et sted imellem ca. 4.000 personer og ca. 15.500 personer.

⁹ "Pengespil blandt unge i Danmark 2007-2016", SFI, 2016

Vej ind i behandlingsforløbet

Der er forskellige veje ind i et behandlingsforløb. Dog gennemgår den enkelte klient typisk de trin som figuren nedenfor illustrerer.

Figur 1.10-2 Illustration af klientrejsen



Overordnet kan behandlingsforløbet beskrives i tre faser: 1) vejen ind i forløbet, 2) selve behandlingsforløbet og 3) resultatet af forløb og eventuelt efterforløb. Disse beskrives kort nedenfor.

1. Vejen ind i forløbet

Klienterne, der første gang opsøger behandlingen, har enten hørt om behandlingen via pårørende, fået anbefalet behandling af andre de kender, blevet henvist via ludomanilinjen.dk eller har søgt informationen om behandling via internettet. Nogle klienter kender til ludomanibehandlingen fra tidligere behandlingsforløb.

Klienten retter henvendelse til et givent behandlingscenter og der foregår en form for prævisitation, hvor klientens problematik indledende vurderes i forhold til at matche behandlingen af ludomani. Når klienten vurderes i målgruppen for behandling deltager klienten typisk i en indledende udredning, hvor spilleproblemet og dets mulige negative konsekvenser afdækkes og hvor forløbet for behandlingen aftales nærmere.

2. Selve behandlingsforløbet

Selve forløbet indeholder en række forskellige muligheder for indsatser og forløb. Fokus i behandlingen er på at dæmpe eller fjerne spillelyst og/eller spilleadfærd. Der kan også i forløbet være behandling målrettet de pårørende.

3. Resultatet af forløb og eventuelt efterforløb

Resultatet af behandlingsforløbet er i de fleste tilfælde stabil progression og i mange tilfælde ikke længere spillelyst eller problematisk spilleadfærd hos klienten. Klienten anvender nye værktøjer fra behandlingen til at dæmpe eller fjerne problematisk spillelyst fremadrettet i eget liv. Nogle steder er der opfølgende samtaler efter endt behandling, og det er ofte muligt at kontakte behandlingscentret, hvis der opstår en krise og man har brug for guidning. Derudover afsluttes behandlingen nogle steder med en eftermåling. Behandlingscentrene måler på virkning/effekter af behandlingen i varierende omfang og med forskellige metoder.

Forebyggelsesindsatserne er i relation til klientrejsen at finde i fasen før fase 1. Dvs. det er indsatser, som er målrettet borgere uden spilleproblemer, borgere med begyndende spilleproblemer og med borgere med spilleproblemer, som opfordres til at reflektere over egen spillevaner og evt. søge behandling såfremt pengespillet har taget overhånd.

1.4 Læsevejledning

- **Kapitel 1** introducerer baggrunden for evalueringen, herunder dens formål og undersøgelsesspørgsmål.
- **Kapitel 2** indeholder resume af evalueringen og dens hovedpointer.
- **Kapitel 3** omhandler behandling af ludomani. Kapitlet præsenterer målgruppen der har modtaget behandling og analyserer effekter og oplevede virkninger. Dertil beskrives behandlingen ift. til metoder, fagligheder samt undersøger tilgængelighed og læring og videreudvikling.
- **Kapitel 4** har fokus på forebyggelse af ludomani og præsenterer forebyggelsesindsatser målrettet danskere med anden etnisk baggrund, ældre medborgere og medlemmer af sportsklubber. Kapitlet fremlægger en tværgående analyse heraf.
- **Kapitel 5** præsenterer datagrundlaget og metoden for evalueringen.
- **Kapitel 6** indeholder bilag i form af besvarelser fra spørgeskemaundersøgelse fra behandlingscentrene.

2. RESUMÉ OG HOVEDPUNKTER

2.1 Behandling

Modtagere af behandling er primært mænd samt personer i alderen 18-30 år

88 pct. af alle personer i behandling for ludomani i 2015-2017 er mænd, og 61 pct. af personer i behandling for ludomani spillede på onlinespil. I gennemsnit er 45 pct. af klienterne på behandlingscentrene mellem 18 og 30 år og over halvdelen, 55 pct., er i arbejde.

Ca. 1.100 klienter får hvert år behandling for ludomani

Antallet af klienter i behandling for ludomani har været stigende fra 2015 til 2017 og ligger på nu på ca. 1.100 klienter årligt. Center for Ludomani har i evalueringsperioden haft godt halvdelen, 55 pct., af alle klienter i behandling, hvilket stemmer overens med, at behandlingscenteret også har modtaget halvdelen af puljemidlerne. Den gennemsnitlige ventetid på opstart af behandling efter en prævisitations samtale er hos de fleste centre ca. 4 uger. Der påbegyndes i gennemsnit 46 pårørende forløb pr. 100 påbegyndte forløb for klienter med ludomani. Antallet af afviste ansøgere har været stigende fra 2015 til 2017, afvisningerne skyldes primært en anden diagnose overskygger ansøgerens ludomani samt i mindre grad manglende kapacitet på centrene.

Behandlingen vurderes at have en positiv virkning på klienternes spilleadfærd

Evalueringen viser samlet set, at 85 pct. af klienterne af behandlingscentrene vurderes ikke at have ludomani efter behandlingen. Det vil sige, at behandlingen har en positiv virkning på klienternes spilleadfærd. Det er dog vigtigt at bemærke, at vurderingen af effekten i højere grad beror på selvurdering hos nogle af behandlingscentrene og ikke bygger på effektdata og denne virkning ikke fortæller noget om den vedvarende virkning eller langtidseffekterne af behandlingen. I interviewene fortæller klienter, pårørende og repræsentanter fra behandlingscentrene, at det særligt er klienternes *spilleadfærd*, der ophører, mens klienterne ikke nødvendigvis ophører med at have en *spillelyst*.

Pårørende til klienter har gavn af tilbud om samtaler og/eller gruppeforløb

Tilbud til pårørende giver denne målgruppe viden om ludomani og redskaber til at håndtere og rumme problematikker i relationen med vedkommende, der er i behandling. Pårørende som har deltaget i evalueringen oplever generelt de tilbud, de får og har fået, som positive.

De fleste klienter får individuel behandling og mange får flere tilbud

I gennemsnit er 75 pct. i ambulant individuel behandling. Andelen varierer dog på tværs af behandlingscentrene og mange andre typer behandling tilbydes ligeledes. Hvad angår behandlingens rammer viser evalueringen, at individuel tilpasning af behandlingsforløbet er vigtigt for klienternes oplevelse af at føle sig *mødt* i behandlingen. Individuel tilpasning kan fx handle om at tilbyde supplerende aktiviteter til den ambulante individuelle behandling, herunder gruppeforløb.

Stor variation i faglige kompetencer, dog kognitiv adfærdsterapi som primær metode

Behandlingscentrene har forskellige faglige kompetenceprofiler. Nogle har udelukkende psykologer ansat som behandlere, nogle har udelukkende socialfagligt behandlingspersonale, og andre har en bredere sammensætning af fagligheder. Variationen i den faglige sammensætning afspejles også i behandlingscentrenes metodiske tilgange. Mens nogle primært anvender én metode, anvender andre flere metoder og tager først stilling til valg af metode i relation til den enkelte klient. Ikke desto mindre dominerer kognitiv adfærdsterapi som den primære metode på tværs af alle centrene. Fælles for alle behandlingscentre er, at man via faglige perspektiver og valg af metode/metoder, tilstræber en helhedsorienteret tilgang til klienten.

Fleksibilitet er afgørende for behandlingens virkning

Budskabet fra både behandlingscentre og klienter er, at det er afgørende, at klienterne hurtigt kommer i gang med behandling, når de har henvendt sig til et behandlingscenter. Dette er vigtigt for klienternes motivation for behandling og dermed sandsynligheden for at der opnås positive virkninger af behandlingen. En høj grad af fleksibilitet i tilrettelæggelse af behandlingsforløbet er endvidere en fordel.

Ikke stringent tilgang til læring i klientforløb og i selve behandlingstilbuddene

Der er stor variation mellem behandlingscentrene i, hvordan dokumentation og evaluering af behandling gennemføres samt hvad den data, dokumentationen genererer, anvendes til. Nogle steder indsamles systematisk data på individniveau via validerede psykometriske værktøjer, hvilket skaber gode muligheder for dels at anvende data i selve behandlingen af den enkelte klient (fx illustrere og drøfte en klients udvikling gennem behandlingsforløbet), dels at benytte aggregeret data i løbende udvikling og forbedring af behandlingstilbuddene. Evalueringen viser overordnet set et markant potentiale for mere systematisk dokumentation, evaluering og omsætning af data på tværs af behandlingscentrene.

Hovedpointer om behandling af høj oplevet kvalitet – set med klienternes øjne

- **Tydelig information om forskellige behandlingstilbud** er vigtig for klienterne, herunder beskrivelser af muligheder for samt fordele ved forskellige typer behandlingsforløb (individuelle og gruppe).
- **Anvendelse af kognitiv adfærdsterapi i alle behandlingsforløb** opleves at skabe et solidt afsæt for at opnå positive virkninger i behandlingen. Kognitiv adfærdsterapi kan evt. suppleres med andre metodiske greb afhængig af den enkelte klients behov.
- **Fokus på konkrete værktøjer og strategier** kan hjælpe både klienter og pårørende til at fastholde effekterne af behandlingen, når behandlingen er afsluttet, fordi de kan integrere viden og metoder fra behandlingen til deres almindelige liv.
- **Inddragelse af pårørende** er for mange klienter en fordel, fordi pårørende kan være en vigtig støtte i livet før, under og efter behandlingen. Derfor bør der være fokus på at belyse fordele ved at involvere pårørende i behandling samt fokus på, i tilbud til pårørende, at give pårørende redskaber til både at arbejde med sig selv og med, hvordan de kan støtte vedkommende, som er/har været i behandling.

2.2 Forebyggelse

De fleste af forebyggelsesindsatserne er af analog karakter, fx plakater eller oplæg

- Der er gennemført omkring 113 forebyggelsesindsatser i løbet af den treårige periode. Størstedelen af forebyggelsesindsatserne (61 pct.) gjorde brug af analoge formater og fandt sted fysisk, eksempelvis i form af en folder, en plakat, et oplæg eller et møde mm.

Forebyggelsesindsatsernes formater og arenaer er målrettet forskellige målgrupper

- Forebyggelsesindsatserne målrettet danskere med anden etnisk baggrund (2015) blev primært distribueret til særlige boligområder (den valgte arena). I udarbejdelsen af indsatserne inddrog afsenderne eksperter, gjorde sig overvejelser om sproglige barrierer og søgte at engagere lokale ressourcepersoner i indsatserne.
- Forebyggelsesindsatserne tiltænkt ældre medborgere (2016) var målrettet personer over 45 år, formaterne var primært analoge og indsatserne søgte at vise konsekvenserne af spil - både for målgruppen og målgruppens pårørende.
- Forebyggelsesindsatserne målrettet medlemmer af sportsklubber (2017) var primært målrettet unge i sportsklubber på tværs af sportsgrene og havde et sekundært fokus på spillernes forældre og trænere. Der blev brugt relativt flere digitale formater sammenlignet med de øvrige målgrupper, blandt andet lancering af videoer, indhold på sociale medier og en række hjemmesider.

Hovedpointer om god forebyggelse i målgruppernes øjne

- **Brug forskellige formater i samme indsats:** en god forebyggelsesstrategi er en strategi, der indtænker *forskellige* formater i forebyggelsesarbejdet, fx en kombination af analoge og digitale formater.
- **TV-spots, videoer og oplæg ved ambassadører skaber relevans:** formater som kampagnevideoer, TV-spots, oplæg og ambassadører kan videreformidle den personlige historie og gøre forebyggelsesindsatserne levende for målgruppen, selvom de også kan pege på ulemper ved disse formater.
- **Husk at aftabuisere ludomani:** Den gode vinkling på en indsats er når den indeholder budskaber som anerkender problemet, arbejder med at aftabuisere det og synliggør konsekvenserne ved pengespil.
- **Hjælp til mere hjælp:** Den gode forebyggelsesindsats oplyser tydeligt og klart om, hvor og hvordan man kan henvende sig for at få hjælp.

2.3 Mulige initiativer til at styrke indsatsen mod ludomani

Evalueringen kan give anledning til overvejelser om, hvordan man på samfundsniveau kan styrke forebyggelse og behandling af ludomani:

- **Systematisk tilgang til dokumentation** både i forhold til *indsamling* og *anvendelse* af data. I puljens ansøgningskriterier er der på nuværende tidspunkt alene et dokumentationskrav om, at centrene skal foretage en årlig evaluering og status af behandlingen. Dermed er det op til centrene selv at definere hvordan og på hvilket metodisk niveau denne årlige evaluering gennemføres. Da der ikke er ens tilgang til dokumentation hos behandlingscentre, er det ikke muligt at måle på effekter af behandling generelt. Der kan derimod blot vurderes på indikatorer af virkning af behandlingen. Der eksisterer således et potentiale for at styrke systematikken i tilgangen til dokumentation på tværs af modtagere af puljemidler, hvilket kan bidrage til øget kvalitet i behandling generelt. En systematisk og konsistent tilgang til dokumentation indbefatter indsamling og anvendelse af relevante data om den enkelte klient, herunder vedkommendes progression under og evt. efter behandlingen. Dette udgør desuden afsæt for at bruge klientdata på aggregeret niveau formativt til at videreudvikle behandlingstilbuddene, herunder skræddersy tilbud til forskellige klienttyper. Desuden kan systematisk dokumentation over tid bidrage til at styrke viden – på det enkelte center og ultimativt på tværs af centre – om, hvad der bidrager med effekt i behandling af ludomani. På samme vis vil en mere systematisk og ensartet tilgang til, hvad der skal måles og vurderes på i forbindelse med forebyggelsesaktiviteterne, skabe et bedre afsæt for fremtidige forebyggelsesaktiviteter.
- **En længere periode for bevillingen** til forebyggelses- og behandlingsaktiviteter kan understøtte mere bæredygtige forebyggelsesindsatser og behandlingstilbud. Den hidtidige ordning med årlige bevillinger skaber utryghed for klienter og medarbejdere, da der ikke er vished om hvad behandlingskapaciteten vil være det følgende år. Ved en længere periode for bevillinger bliver behandlingstilbuddet mere robust, hvilket kan bidrage til en større grad af sammenhængende behandlingsforløb og højere kvalitet i behandlingen¹⁰.
- **Mere generel oplysning om, hvad spilafhængighed og ludomani er** målrettet den almene befolkning, eksempelvis forankret i skolen, kan bidrage til, at budskaber i forebyggelsen af ludomani bedre forstås og dermed opnår virkning for flere. Evalueringen peger på, at en grundlæggende viden om ludomani blandt såvel personer med ludomani som deres pårørende, skaber et godt udgangspunkt for både forebyggende og behandlende indsatser¹¹.
- **Fokus på at undgå geografisk/centerspecifik skævvridning** i form af forebyggelsesindsatser, som kun henviser til de centre, der er afsendere på indsatserne. Der var i 2015-17 to behandlingscentre, som også har fået midler til at arbejde med forebyggelse. Det har betydet, at det alene har været de nævnte behandlingscentre, forebyggelsesindsatserne har henvist til. Dermed har der været målgrupper i Danmark, som ikke har fået glæde af forebyggelsesindsatserne i samme grad som andre, fordi eks. analoge indsatser oftere har været placeret i de større byer. Det kan styrke sammenhængen mellem forebyggelse og de forskellige typer af behandling og behandlingscentre, hvis alle forebyggelsesindsatserne henviser til én indgang til behandling, eksempelvis en fælles telefonisk indgang¹², som dernæst kan henvise til relevant behandling.

¹⁰ Det følger af Aftale om nye tiltag mod spilafhængighed og justering af spilaf tale (af 29. juni 2018), at der etableres en model med flerårige bevillinger til behandlingsinstitutionerne til behandling af spilafhængighed med henblik på at sikre budgetsikkerhed for behandlingsinstitutionerne. I forslag til finanslov for 2019 er anført, at tilskud gives som tilsagn inden for en periode på op til 2 år. Forslaget er med forbehold for finanslovens vedtagelse. Derudover har det i 2018 været muligt at søge om midler til forebyggelsesindsatser, der løber over to år.

¹¹ Sundheds- og Ældreministeriet har i 2018 lanceret en ny forebyggelsesstrategi, hvor et af pejlemærkerne netop består i generel oplysning på nationalt og lokalt plan bl.a. i skoler, hvilket således er i tråd med evalueringens fund vedr. ludomani som specifikt forebyggelsesområde

¹² Det følger af aftale om nye tiltag mod spilafhængighed og justering af spilaf tale, at der etableres en uvildig spilafhængigheds-hotline hos Spillemyndigheden til spillere, der ønsker eller evt. har brug for hjælp til deres spilafhængighed. Forslaget er med forbehold for relevant lovgivning.

3. PULJENS BIDRAG TIL BEHANDLING AF LUDOMANI

KAPITLETS HOVEDINDSIGTER

Hvem er det, der får behandling i 2015-2017?

88 pct. af alle personer i behandling for ludomani på de fire centre i 2015-2017 er mænd, og 61 pct. af personer i behandling for ludomani spillede på onlinespil. I gennemsnit er 45 pct. af klienterne på behandlingscentrene mellem 18 og 30 år, og 55 pct. er i arbejde.

Hvor mange får behandling?

Antallet af klienter i behandling for ludomani har været stigende fra 2015 til 2017 og ligger på nu på ca. 1100 klienter årligt. Center for Ludomani har i evalueringsperioden haft godt halvdelen – 55 pct. – af alle klienter i behandling, hvilket stemmer overens med, at behandlingscentret også har modtaget halvdelen af puljemidlerne.

Den gennemsnitlige ventetid på opstart af behandling efter en prævisitationssamtale er hos de fleste centre ca. 4 uger. Der påbegyndes i gennemsnit 46 pårørendeforløb pr. 100 påbegyndte forløb for klienter med ludomani.

Antallet af afviste ansøgere har været stigende fra 2015 til 2017. 71-80 pct. af afvisningerne skyldes, at en anden diagnose overskygger ansøgerens ludomani. I 21-27 pct. af tilfældene var årsagen til afvisningen manglende kapacitet på centrene.

Hvordan virker behandlingen?

Evalueringen viser samlet set og på tværs af behandlingscentrene, at behandling af ludomani har positiv indvirkning på klienterne: ca. 85 pct. af klienterne lider ikke længere af ludomani, når de har gennemført behandlingen. Det er dog vigtigt at bemærke, at vurderingen af effekten i højere grad beror på selvurdering hos nogle af behandlingscentrene og ikke bygger på effektdata og denne virkning ikke fortæller noget om den vedvarende virkning eller langtidseffekterne af behandlingen. I interviewene fortæller klienter, pårørende og repræsentanter fra behandlingscentrene, at det særligt er klienternes spilleadfærd, der ændres, mens klienterne ikke nødvendigvis ophører med at have en spillelyst.

Pårørende til klienter i behandling for ludomani oplever de tilbud, de får, positivt. Via tilbudene får pårørende viden om ludomani og redskaber til at håndtere og rumme problematikkerne i relationen med vedkommende, der er i behandling.

Hvilken type af behandling får klienterne?

I gennemsnit er 3 ud af 4 klienter i ambulans individuel behandling. Andelen varierer dog på tværs af behandlingscentrene, og mange andre typer behandling tilbydes ligeledes. Hvad angår behandlingens rammer viser evalueringen, at individuel tilpasning af behandlingsforløbet er vigtigt for klienternes oplevelse af at føle sig mødt i behandlingen.

Behandlingscentrene har forskellige faglige kompetenceprofiler. Nogle behandlingscentre har udelukkende psykologer ansat som behandlere, nogle har udelukkende socialfagligt behandlingspersonale, og nogle har en bredere sammensætning af fagligheder.

Hvad er den faglige metode, og hvem behandler klienterne?

Mens nogle behandlingscentre primært anvender én metode, anvender andre flere metoder og tager først stilling til valg af metode i relation til den enkelte klient. Ikke desto mindre dominerer kognitiv adfærdsterapi som den primære metode på tværs af alle centrene. Metoden er den bedst undersøgte psykoterapeutiske intervention til behandling af ludomani, og den intervention, hvor der er størst evidens for en behandlingseffekt¹³.

I forlængelse af prioritering af anvendelse af metoder i behandlingen er der ligeledes variation i behandlingscentres tilgang til behandlernes faglighed. Nogle steder er det udelukkende psykologuddannet personale, der varetager behandling, mens andre steder har en bredere og mere tværfaglig tilgang til varetagelse af behandling. Fælles for alle centre er, at man, bl.a. via det/de faglige perspektiver i behandlingstilbuddene, tilstræber en helhedsorienteret tilgang til klienten.

Hvad er sammenhængen mellem puljemidler og behandlingsaktiviteter?

Evalueringen viser, at der er en sammenhæng mellem allokerede puljemidler og antallet af behandlede klienter, således at de to centre, der modtager flest midler også har tilsvarende flere klienter/forløb. De centre, der modtager færrest midler pr. klient, er også de største centre, hvilket kan indikere, at der er stordriftsfordele ved at være et stort center. De seks behandlingscentres tilbud om behandling varierer på parametrene: behandlingens rammer (herunder typen af forløb, der tilbydes), anvendelse af metoder, prioritering og sammensætning af faglighed, tilgængelighed og fleksibilitet samt tilgangen til dokumentation og evaluering.

Hvor fleksibel og tilgængelig er behandlingen?

Hvad angår fleksibilitet og tilgængelighed viser evalueringen, at det er afgørende for klienternes motivation for behandling og dermed behandlingens sandsynlighed for at opnå positive effekter, at klienterne hurtigt kommer i gang med behandling, når de har henvendt sig til et behandlingscenter. En høj grad af fleksibilitet i tilrettelæggelse af behandlingsforløbet er endvidere en fordel.

Hvordan sikres læring i klientforløb og i selve behandlingstilbuddene?

Der er stor variation mellem behandlingscentre i, hvordan dokumentation og evaluering af behandlingstilbuddene gennemføres samt hvad den data, dokumentationen genererer, anvendes til. Nogle steder indsamles systematisk data på individniveau via validerede psykometriske værktøjer, hvilket skaber gode muligheder for dels at anvende data i selve behandlingen af den enkelte klient (fx illustrere og drøfte en klients udvikling gennem behandlingsforløbet), dels at benytte aggregeret data i løbende udvikling og forbedring af behandlingstilbuddene. Evalueringen viser overordnet set et markant potentiale for mere systematisk dokumentation, evaluering og omsætning af data på tværs af behandlingscentre.

Dette kapitel præsenterer resultaterne af evalueringen af behandlingstilbud til personer, som lider af ludomani. På baggrund af evalueringens kvantitative og kvalitative datagrundlag indeholder afsnittet indledningsvis en beskrivelse af målgruppen for behandling (afsnit 3.1). Herefter følger en analyse af behandlingscentrenes selvvaluerede effekter af behandlingstilbuddene (afsnit 3.2.). Kapitlet præsenterer dernæst en samlet analyse af oplevede effekter og virkninger af behandlingen med afsæt i beskrivelser af behandlingstilbuddenes form og indhold (afsnit 3.3.). Analysen går på tværs af de seks behandlingscentre og på tværs af informanter, som indgår i evalueringen.

¹³ Dette findes blandt andet i rapporten 'Effekten af behandlingsmetoder inden for ludomani' fra 2016.

Analysen tager afsæt i fem parametre og fremhæver herunder, hvad evalueringen peger på som virkningsfulde elementer i behandlingen af ludomani på de seks behandlingscentre. De fem parametre, som i nogen grad afspejler puljens vurderingskriterier, er:

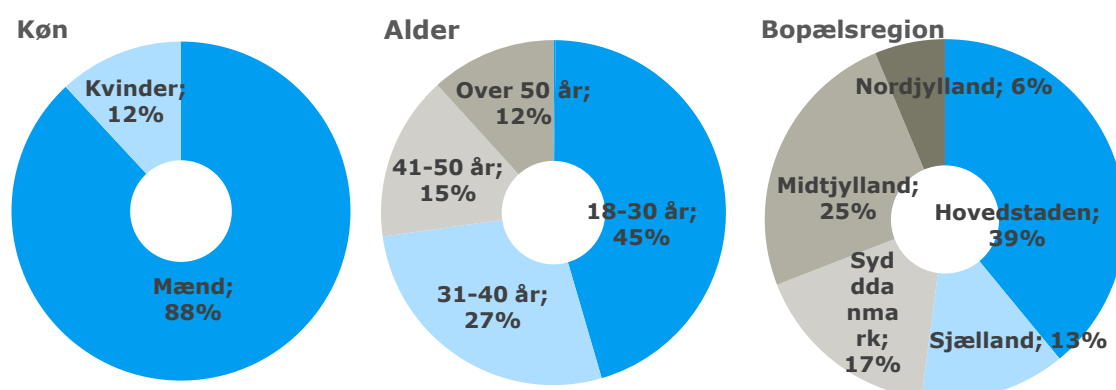
- 1) Typer af behandling
- 2) Metoder i behandlingen
- 3) Faglige kompetencer
- 4) Tilgængelighed og fleksibilitet
- 5) Dokumentation, evaluering og læring.

3.1 Målgruppen for behandlingen: karakteristik af klienter

I dette afsnit beskrives gruppen af personer, der er i behandling for ludomani på behandlingscentrene, som modtager puljemidler. I afsnittet præsenteres dels en samlet beskrivelse af klienter i behandling på tværs af behandlingscentrene, dels en analyse af forskellene i klientsammensætningen mellem behandlingscentrene, og dels en sammenligning med alle personer, der lider af ludomani i Danmark, hvilket er undersøgt i prævalensundersøgelsen lavet af SFI¹⁴. Sammenligningen bidrager til at belyse, om der er skævheder i, hvem der kommer i behandling, og hvem der ikke gør. I afsnittet vil figurerne udelukkende vise de samlede gennemsnit på tværs af behandlingscentrene. Tabeller og tal for de enkelte centre kan alle findes i bilag.

Figuren herunder viser fordelingen over køn, alder og bopæl for personer i behandling for ludomani i 2015-2017 på tværs af de seks behandlingscentre, der indgår i evalueringen.

Figur 3-1 Målgruppens karakteristika ift. køn, alder og bopæl



Note: Alle fordelinger er vægtede gennemsnit ift. de enkelte centres fordelinger. Gennemsnittene er vægtet ift. antal påbegyndte klienter fra 2015-2017.

88 pct. af alle personer i behandling for ludomani i 2015-2017 er mænd. Andelen af mænd er lav sammenlignet med andelen af mænd i SFI's undersøgelse på landsplan, hvor 96 pct. af de, der har moderate eller alvorlige spilleproblemer, anslås at være mænd. Dette indikerer, at kvinder kan være mere tilbøjelige til at søge og/eller gå i behandling for ludomani end mænd.

Aldersfordelingen viser, at gennemsnitligt 45 pct. af klienterne på behandlingscentrene er mellem 18 og 30 år. Denne aldersgruppes omfang varierer en smule mellem behandlingscentrene, fra 40 pct. til 61 pct. i hhv. Behandlingscenter Tjele og Frederiksberg Centeret. I gennemsnit er kun 12 pct. af klienterne over 50 år og udgør således den mindste gruppe blandt de behandlede klienter. Forskningsklinikken for Ludomani er det behandlingscenter, som har den største andel af klienter over 50 år. Her udgør den ældre aldersgruppe 20 pct. af det samlede klientel.

¹⁴ Beskrivelsen af personer med ludomani i Danmark er undersøgt af SFI i 2016 i rapporten "Pengespil og spilleproblemer i Danmark 2005-2016". Her er godt 6000 tilfældigt udvalgte personer i Danmark blevet interviewet om deres pengespil. I dette afsnit sammenlignes der udelukkende med gruppen af personer, som har moderate eller alvorlige spilleproblemer i 2016 i SFI's undersøgelse (tabel 5-14).

Når klienterne deles op på mænd og kvinder (se bilag), er der stor forskel på aldersfordelingen mellem kønnene. Kvinder er generelt ældre, når de er i behandling for ludomani, end mænd. Således er det kun 18 pct. af kvinderne i behandling, som er mellem 18-30 år, mens 33 pct. er over 50 år. Mandlige klienter fordeler sig med 49 pct. i aldersgruppen 18-30 år og bare 9 pct. i aldersgruppen over 50 år.

Den sidste del af figuren viser, hvor i landet klienterne i behandling for ludomani bor. Størstedelen, 39 pct., bor i Region Hovedstaden. Den næststørste andel, 25 pct. bor i Region Midtjylland, mens den mindste andel, 6 pct., bor i Region Nordjylland. Sammenholdes dette med SFI's undersøgelse af personer med ludomani og deres bopælsregion, er der overensstemmelse mellem fordelingerne af henholdsvis personer med ludomani generelt og personer med ludomani i behandling. SFI finder, at 30 pct. af alle personer med ludomani i Danmark har bopæl i Region Hovedstaden. Regionen med flest personer med ludomani er Region Midtjylland, hvor 37 pct. af alle personer med moderate eller alvorlige spilleproblemer har bopæl. I forhold til tallene fra nærværende evaluering indikerer det, at personer med spilleproblemer i Region Hovedstaden er relativt mere tilbøjelige til at gå i behandling, end personer i Region Midtjylland. SFI finder, at kun 2 pct. af personer med moderat eller alvorlige spilleproblemer bor i Region Nordjylland. Dette indikerer, at der ikke er nogen egentlige underrepræsentation af personer i behandling for ludomani fra Nordjylland, da der i udgangspunktet ikke er mange personer med ludomani med bopæl i regionen.

Der er stor forskel på, hvor behandlingscentrenes klienter er bosat. 70 pct. af Frederiksberg Centrets klienter er bosat i Region Hovedstaden, hvorimod Forskningsklinikken for Ludomani og Ludomani og Indsattes Velfærd ikke har nogen klienter, som er bosat i Region Hovedstaden. Her kommer langt størstedelen, hhv. 70 pct. og 67 pct., af klienterne fra Region Midtjylland. Der er således også en tydelig sammenhæng mellem behandlingscentrenes lokation og deres klienters bopælsregion, hvilket ikke mindst understøttes af, at Center for Ludomani, som udbyder behandling i København, Odense og Århus, har en spredning i klientsammensætningen over flere regioner end de øvrige centre.

I nedenstående figur ses fordelingen af personer i behandling for ludomani i forhold til deres arbejdsmarkedsstatus, etniske herkomst, og om de har spillet onlinespil, da de påbegyndte behandlingen.

Figur 3-2 Personer i behandling for ludomani opdelt på arbejdsmarkedsstatus, herkomst og spil



Note: Alle fordelinger er vægtede gennemsnit ift. de enkelte centres fordelinger. Gennemsnittene er vægtet ift. antal påbegyndte klienter fra 2015-2017.

Hvad angår den præcise angivelse af tilknytning til arbejdsmarkedet har det ikke været muligt for alle behandlingscentre at vurdere deres klienters arbejdsmarkedsstatus. Derfor indeholder figuren kun et gennemsnit for de tre centre, hvor det har været muligt at opgøre. Størstedelen, dvs. 55 pct. af klienterne i behandling for ludomani, er i arbejde. Den næststørste andel er klienter, som modtager arbejdsmarkedsydelse, herunder dagpenge, kontanthjælp og sygeunderstøttelse. Denne gruppe udgør 22 pct. af klienterne på tværs af de tre centre. Til sammenligning finder SFI, at 41 pct. af personer med moderate eller alvorlige spilleproblemer i Danmark er i arbejde. Der er derfor en overrepræsentation af klienter i arbejde i behandling. Dertil finder SFI, at der kun er 9 pct., som er arbejdsløse, så også her er der en stor overrepræsentation af denne gruppe i behandling.

Fordelingen af klienternes arbejdsmarkedsstatus varierer mellem behandlingscentre. Centrene adskiller sig fra hinanden ved, at Frederiksberg Centret har relativt mange klienter, 20 pct., som modtager uddannelsesstøtte, hvor andelen kun er henholdsvis 5 og 12 pct. på de to øvrige centre. Dette kan hænge sammen med, at Frederiksberg Centeret har den største andel af unge, 61 pct., under 30 år. Behandlingscenter Tjele har en stor gruppe, 30 pct., i kategorien 'Ingen af ovenstående'. Dette kan skyldes, at det ikke har været muligt at opgøre eller vurdere, hvilken arbejdsmarkedsstatus denne gruppe af klienter har.

Figuren over klienternes etniske herkomst viser, at i gennemsnit 85 pct. er af dansk herkomst. Det skal pointeres, at behandlingscentre ikke systematisk registrerer deres klienters herkomst, og at disse tal derfor er et skøn. Fordelingen af etnisk herkomst adskiller sig lidt mellem centrene. Behandlingscentre vurderer, at andelen af etniske danskere blandt klienterne ligger på mellem 85 pct. og 90 pct.

Den sidste del af figuren viser, om personer i behandling for ludomani har spillet onlinespil, da de påbegyndte deres behandling. Dette gør sig gældende for 61 pct. af klienterne på tværs af de seks behandlingscentre. Frederiksberg Centret er det behandlingscenter med den største andel af personer med online spilafhængighed. Dette stemmer med, at dette behandlingscenter har den yngste klientsammensætning, som er dem, der ofte spiller online jf. SFI, sammenlignet med de øvrige behandlingscentre. Forskningsklinikken for Ludomani er det center, hvor færrest spiller online, med bare 44 pct.

Sammenligningen med prævalensundersøgelsen lavet af SFI viser, at der generelt er forskel på, *hvem der er i behandling og den gennemsnitlige person med ludomani*. Kvinder og yngre personer er relativt mere tilbøjelige end mænd og ældre personer til at være i behandling. Derudover er der relativt flere i Region Hovedstaden, som kommer i behandling i forhold til den generelle andel af personer med ludomani i regionen.

3.2 Behandlingstilbuddenes selvvaluerede virkning for klienterne

I det følgende præsenteres indledningsvis centrale fund fra den kvantitative del af evalueringen, hvor der sættes fokus på behandlingscentrenes *vurderede virkning af behandlingen*. Nogle af behandlingscentre indsamler systematisk viden om deres klienters ludomani på validerede skalaer, mens andre centre i højere grad har vurderet virkningen af behandlingen. Dette holdes op imod data på individniveau, som er genereret via *før- og eftermålinger* af klienter i behandling for ludomani¹⁵. I forlængelse heraf suppleres analysen med indsigter fra den kvalitative del af evalueringen.

¹⁵Frederiksberg Centeret og LIV har ikke vurderet, i hvor høj grad deres behandling virker, da de ikke indsamler viden om dette og derfor ikke har kunnet opgøre det. De to centre indgår derfor ikke i figurene i afsnittet.

Figuren herunder viser andelen af klienter i behandling for ludomani, som behandlingscentre vurderer ikke at have ludomani efter behandlingen – med andre ord: andelen af klienter, som behandlingen har hjulpet af med deres aktive spilleproblem.

Figur 3.3 Andel af centerets klienter, der ikke har ludomani umiddelbart efter endt behandling



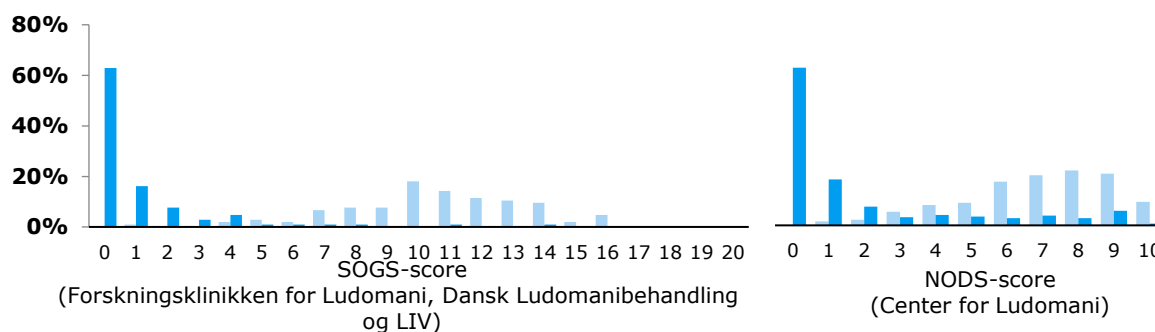
Note: Frederiksberg Centeret og LIV har ikke vurderet, i hvor høj grad deres behandling virker, da de enten ikke indsamler viden om dette eller har været i tilfælde, hvor det ikke har givet mening at indsamle. Derfor ikke har de kunnet opgøre det. De to centre indgår derfor ikke i figurene i afsnittet.

Centrene vurderer gennemsnitligt, at 85 pct. af de klienter, som gennemfører behandling for ludomani, ikke længere er spilleafhængige efter behandlingen.

Center for Ludomani har i samtlige tre undersøgelsesår systematisk indsamlet før- og eftermålinger og har derfor god viden om, at en stor andel af deres klienter ikke længere kategoriseres som havende ludomani efter deres behandling (målt på NODS-score¹⁶). Ved Dansk Ludomani Behandling, Forskningsklinikken for Ludomani og LIV indsamler man ligeledes systematiske før- og eftermålinger med screeningsværktøjet SOGS¹⁷.

Da behandlingscentre Center for Ludomani, Forskningsklinikken for Ludomani, Dansk Ludomanibehandling og LIV indsamler systematisk viden om deres klienters ludomani på validerede skalaer før og efter behandling, kan der derfor gennemføres en egentlig analyse af virkningerne af behandling. I figuren herunder ses før- og eftermålingerne på hhv. NODS-scoren og SOGS-scoren fra Center for Ludomani og de tre øvrige.

Figur 3.4 Før- og eftermålinger af klienter i behandling for ludomani (andel af klienterne på hver score)



På begge skalaer defineres en klient som værende ludoman, når vedkommende har en samlet score på over 5. I førmålingen (de lyseblå søjler) ligger langt den største andel af klienterne over 5. I eftermålingen er 94 pct. af klienterne målt på SOGS-scoren under 5 og 80 pct. af klienterne hos Center for Ludomani målt på NODS-scoren under 5.

De systematiske målinger ved brug af skalaer som SOGS eller NODS giver endvidere mulighed for at undersøge, om bestemte individkarakteristika eller behandlingskarakteristika i højere grad end

¹⁶ NORC Diagnostic Screen for Gambling Problems (NODS) er et screeningsredskab for ludomani. Brugeren svarer på en række spørgsmål, som udmunder i en score, der indikerer graden af ludomani. Der sondres mellem spillere uden risiko, spillere med mild risiko, spillere med moderat risiko og spillere med ludomani. Kilde: http://www.ncrg.org/sites/default/files/uploads/docs/monographs/nods_full.pdf.

¹⁷ South Oaks Gambling Screen (SOGS) er et screeningsredskab for ludomani. Brugeren svarer på en række spørgsmål, som udmunder i en score, der indikerer graden af ludomani. Der sondres mellem spillere uden et spilleproblem, spillere med et moderat spilleproblem og spillere med ludomani. Kilde: <http://www.ncrg.org/sites/default/files/uploads/docs/monographs/sogs.pdf>.

andre medvirker til en virkningsfuld behandling. Sådanne undersøgelser kan eksempelvis foretages ved at lave statistiske regressionsanalyser¹⁸, hvor det undersøges, om der er sammenhæng mellem klienternes samt behandlingens karakteristika og virkningen af behandlingen. Af den gennemførte regressionsanalyse fremgår, at bl.a. klientens alder, køn samt behandlingens varighed har betydning for en virkningsfuld behandling. Således peger analysen på følgende:

- Blandt **kvinder** er der en signifikant større forskel på før- og eftermålingerne af niveauet af ludomani end blandt mænd
- Jo **ældre** en person er, des mere sandsynligt er det, at behandlingen får positiv virkning
- Behandling, der strækker sig **over længere tid**, har større positiv virkning på klienternes.

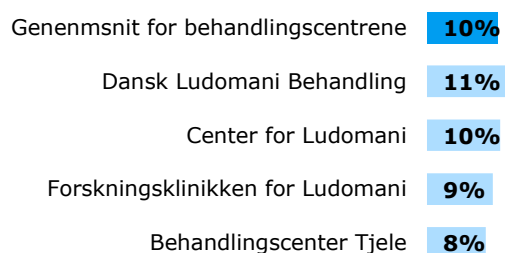
Øvrige karakteristika som bopæl og spilletepe har ikke nogen betydning for udbyttet af behandlingen. I de regressionsanalyser, der er foretaget, er der ikke nogen forskel på centrene, når der tages højde for målgrupperne og behandlingens varighed (se kapitel 5 for metodebeskrivelse).

De forskellige behandlingstilbud varierer i **omfang og intensitet**. Den kvantitative del af evalueringen viser her, at der er en positiv sammenhæng mellem behandlingens udstrækning over tid og effekten af behandlingen. Evalueringen kan derimod ikke konkludere, om behandlingsfrekvensen (hvor mange behandlingsaktiviteter, der finder sted inden for behandlingens samlede periode) har betydning for effekten.

Klienterne giver generelt set udtryk for, at de har fundet behandlingsforløbets tilrettelæggelse passende, men samtidig lægger mange vægt på, at der er et stort behov for **opfølgning på behandlingen**, hvad de fleste behandlingscentre også tilbyder. Behovet for opfølgning kan hænge sammen med, at det for nogen kan virke udfordrende, efter et relativt intenst behandlingsforløb med eksempelvis 1-2 ugentlige samtaler over 2-3 måneder, at skulle stå helt på egne ben i forhold til eksempelvis at opretholde tillærte strategier for ikke at spille. Endvidere er det ikke op til den enkelte at vurdere, hvornår vedkommende er parat til at afslutte behandlingen. Her kan vissheden om opfølgende samtaler virke beroligende. En klient understreger desuden vigtigheden af at møde op til opfølgende samtaler og arrangementer som et signal til omverdenen, herunder vedkommendes familie, om, at man fortsat er 'på ret køl'. I evalueringen er der endvidere eksempler på, at klienter, som har gået i gruppeforløb, kan bruge hinanden som støtte i tiden efter behandlingen, og at gruppen således kan fungere som et forum for opfølgning og fastholdelse.

Foruden at vurdere virkningen af behandlingen, er de forskellige centre blevet bedt om at angive, hvor stor en andel af deres færdigbehandlede klienter, der vender tilbage til centret og påbegynder et nyt behandlingsforløb. Figuren herunder viser centrene vurderinger af, hvor mange klienter der påbegynder et nyt forløb.

¹⁸ Regressionsanalyserne er lavet med Ordinary least square (OLS) metoden med robuste standard errors. Den afhængige variabel har forskel i før- og eftermålingen, således at en negativ koefficient indikerer, at klienten har en lavere score i eftermålingen end i før-målingen. Da centrene måler på hver deres scores, er analyserne lavet separat, så alle observationer på NODS er i en analyse og SOGS i en anden. Der er også lavet en fælles analyse ved brug af en logit-regression, hvor den afhængige variable er, om klienten er under eller over score 5 i eftermålingen. I logit-regressionen er behandlingscentrene med som dummy.

Figur 3.5 Andel, der påbegynder et nyt forløb efter at være færdigbehandlet

Centrene vurderer, at gennemsnitligt 10 pct. af klienterne vender tilbage for at modtage yderligere behandling senere i deres liv efter at være færdigbehandlet. Dette sker dog ofte først flere år efter behandlingen er afsluttet.

I den kvalitative del af evalueringen skelnes mellem opnåede virkninger af behandlingen på henholdsvis **klienternes spilleadfærd** og **spillelyst**. De interviewede klienters udsagn understøtter det overordnede billede af, at ludomanibehandling har en positiv virkning på klienternes spilleadfærd. Klienterne stopper som regel allerede tidligt i behandlingsforløbet med at spille, hvorefter behandlingen har fokus på, hvordan klienterne kan tøjle følelsen af afhængighed og abstinenser, samt hvordan de skal forholde sig, hvis de bliver tilbagefaldstruede. Konklusionen vedrørende klienternes spillelyst er imidlertid mindre entydig. Mens nogen oplever, at behandlingen har en virkning på deres lyst til at spille, oplever andre, at behandlingen giver dem mulighed for at *modstå* lysten igennem en ændret adfærd, men at lysten består. Således forsvinder lysten ikke nødvendigvis, men bliver håndterbar. En forhenværende klient beskriver sin oplevelse på følgende måde:

“Det er forkert at sige, at lysten helt forsvinder. (...) Jeg har ikke spillelyst, men spilletanker.”

- Tidligere klient

En anden klient understøtter dette med en pointe om, at vedkommende stadig tænker på at spille, men at lysten kan styres ved, at vedkommende fx bruger alternative aktiviteter i sin hverdag. At genfinde lysten til andre ting end spil kan i sig selv kan gøre en stor forskel. Flere forhenværende klienter fortæller således om, hvordan de har fået lysten til at være sammen med andre mennesker tilbage, samt hvordan de er begyndt at være fysisk aktive og på den måde investere tid i andre aktiviteter end spil.

Evalueringen har ligeledes undersøgt, hvorvidt klienter oplever, at behandlingen indfrier deres forventninger til behandlingen. De fleste klienter fortæller, at de går ind til behandlingen nærmest uden forventninger og nogen endda med en tvivl om, hvorvidt de kan blive fri af deres ludomani. Evalueringen har ikke systematisk undersøgt, *hvorfor* nogle klienter ikke har forventninger til behandlingen, og om dette skyldes manglende initial viden eller manglende tro på, at behandlingen kan hjælpe dem. Ikke desto mindre giver flere klienter udtryk for, at de er blevet positivt overraskede over behandlingen og dens indhold, hvilket kan tyde på, at en mere systematisk formidling af viden og information om behandlingen kan repræsentere et uudnyttet potentiale.

Hvad angår tilbøjeligheden til, at færdigbehandlede klienter vender tilbage for at få yderligere behandling senere i deres liv, kan den kvalitative analyse ikke entydigt hverken be- eller afkræfte billedet fra den kvantitative analyse, jf. ovenfor. Dog er der blandt de interviewede klienter flere eksempler på personer, hvor det aktuelle behandlingsforløb *ikke* er deres første behandlingsfor-

løb. Enkelte fortæller, at de tidligere i deres liv har modtaget behandling, men ikke var modne eller klar til dette – en pointe, som kan understøtte/understøttes af sammenhængen mellem alder og virkning af behandling.

Den kvalitative del af evalueringen involverer også oplevede virkninger af **pårørendeforløb** ved de pårørende selv. Generelt oplever de pårørende at have stor glæde af de tilbud, centrene stiller til rådighed. Fælles for indholdet af disse tilbud er, at de giver den pårørende viden om ludomani og det at være pårørende til en person, som lider af ludomani, samt giver den pårørende rum og redskaber til at arbejde med deres egne følelser og adfærd i relation til det at være tæt på et menneske med ludomani. En pårørende fortæller om sine positive oplevelser med individuelle samtaler med en medarbejder på det pågældende behandlingscenter:

”De første gange talte vi om spil, og hvad det er, men så begyndte det at handle mere om, hvorfor nogen spiller, og hvad det kan være udtryk for. (...) Nu forstår jeg, hvad spil betyder, og hvilket behov det har stillet hos min ægtefælle. Det er et meget bedre udgangspunkt for at snakke sammen.”

- Pårørende der har fået individuelle pårørendesamtaler

Evalueringens resultater indikerer, at det er en fordel for klienter at involvere deres pårørende i behandlingen. Den eller de pårørende kan støtte op om behandlingen ved fx at hjælpe klienten med at bruge strategier til at undgå spil i hverdagen. Når de pårørende selv får støtte til at påtage sig denne rolle, samt får afløb for deres egne udfordringer i relation til spilleproblematikken fx i hjemmet, vil de alt andet lige have bedre forudsætninger for at udgøre en hjælp for klienten.

3.3 Behandlingstilbuddenes form og indhold

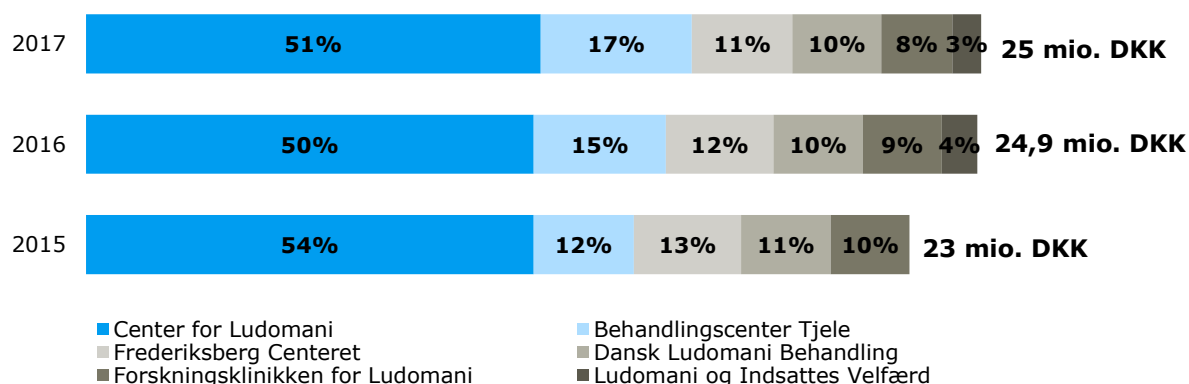
De følgende afsnit sætter fokus på behandlingscentrenes form og indhold. Indledende skabes et overblik over behandlingscentrenes **produktivitet**, hvorefter de forskellige **behandlingstilbud**, som er tilgængelige på tværs af behandlingscentre, beskrives. Dernæst sætter afsnittet fokus på behandlingscentrenes **metodiske tilgang** til behandling af ludomani, og hvordan stederne arbejder med sammensætning af **faglige kompetencer** i gruppen af behandlere. Afslutningsvis evalueres behandlingscentrenes tilgang til og anvendelse af **dokumentation, evaluering og læring** i forbindelse med den konkrete behandling og udviklingen af samme.

3.3.1 BEHANDLINGSCENTRENES PRODUKTIVITET

I dette afsnit beskrives behandlingscentrenes modtagelse af puljemidler samt deres produktivitet, herunder hvordan midlerne anvendes på drift, behandling og andet. Dertil fremstilles en beskrivende sammenhængsanalyse af puljemidler og behandlingscentrenes aktiviteter.

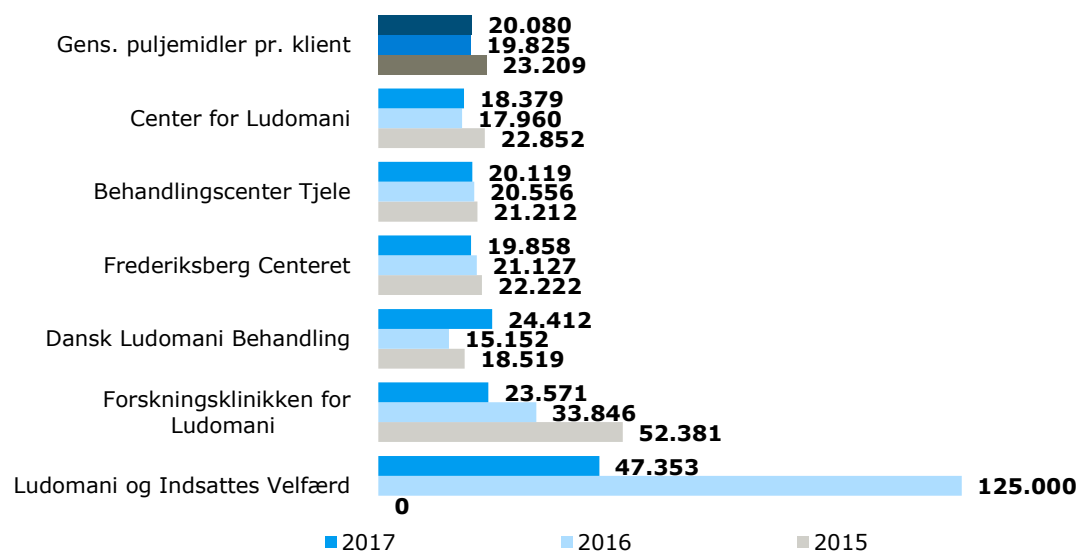
Figuren herunder viser de uddelte puljemidler i årene 2015, 2016 og 2017, som er fokus i denne evaluering.

Figur 3.6 Overblik over uddelte puljemidler til behandling i 2015, 2016 og 2017 (samlede puljemidler er i mio. DKK)



I hvert af de tre år var Center for Ludomani det behandlingscenter, som modtog flest puljemidler. Af den samlede pulje har dette behandlingscenter modtaget halvdelen af midlerne. Den næststørste modtager er Behandlingscenter Tjele, som har modtaget 12-17 pct. af midlerne. Figuren herunder viser de enkelte behandlingscentres puljemidler opdelt på antallet af klienter, der påbegyndte et forløb i 2017. Dvs. puljemidler pr. klient i behandling.

Figur 3.7 Puljemidler pr. påbegyndte klientforløb i 2017 (DKK)



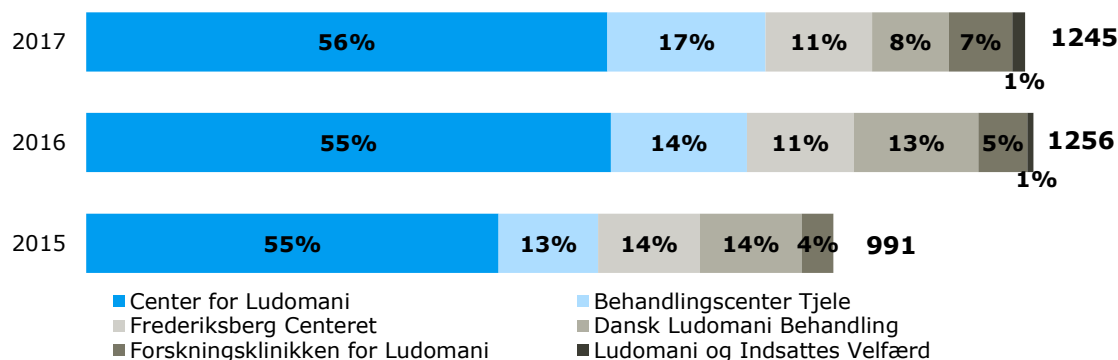
Center for Ludomani er det behandlingscenter, som modtog færrest midler pr. klient, der påbegyndte behandling i 2017: 18.379 kr. pr. klient pr. påbegyndte forløb. Frederiksberg Centeret og Behandlingscenter Tjele modtog næstmindst pr. klient med ca. 20.000 kr. pr. klient i 2017. De tre centre, der modtager færrest midler pr. klient er også de største centre, hvilket kan indikere, at der er stordriftsfordele forbundet med at være et stort center med eksempelvis mange ansatte behandlere.

Samlet set anvendes 68 pct. af puljemidlerne til løn til behandlingspersonale og andet personale. 19 pct. anvendes til drift af behandlingscentrene, herunder kontorartikler og elektronik. Til sidst anvendes 14 pct. til lokaleudgifter. Det er ikke alle behandlingscentrene, der afholder lokaleudgifter for puljemidlerne. Forskningsklinikken for Ludomani, Ludomani og Indsattes Velfærd og Dansk

Ludomani Behandling har ikke udgifter til lokaleleje i deres regnskaber og anvender i stedet mellem 90 og 97 pct. af puljemidlerne til løn. For de øvrige tre centre anvendes puljemidler til lokaler, og fordelingen mellem de tre poster er nogenlunde som den samlede fordeling beskrevet ovenover.

Figuren herunder viser antallet af påbegyndte klientforløb i de forskellige centre.

Figur 3.8 Antal påbegyndte klientforløb



Note: Centrene er blevet spurgt følgende spørgsmål: "Hvor mange klienter påbegynder årligt et nyt behandlingsforløb for ludomani?"

Antallet af klienter i behandling for ludomani har været stigende fra 2015 til 2017. Center for Ludomani har i de tre år varetaget behandling af godt halvdelen – 55 pct. – af samtlige klienter i behandling, hvilket stemmer godt overens med, at dette behandlingscenter også har modtaget ca. halvdelen af puljemidlerne. Denne opgørelse dækker over alle typer forløb for klienter med ludomani, både indlæggelser og samtalebaserede forløb (ambulant).

Blandt de personer med ludomani, som kontakter et af behandlingscentrene, bliver en andel afvist i **prævisitationen**. Antallet af afviste ansøgere har været stigende fra 2015 til 2017. 71-80 pct. af afvisningerne i perioden skyldtes, at en anden diagnose overskyggede ansøgerens ludomani, dvs. at vedkommende anbefales i anden f.eks. psykiatrisk behandling forud for eventuel behandling for ludomani. I 21-27 pct. af tilfældene var det manglende kapacitet på centrene, der afstedkom andelen af afviste ansøgere, mens de sidste 2-3 pct. dækker over andre grunde. Disse *andre grunde* kan være sproglige udfordringer, eller at klienten ikke er mødt op ved aftalte møder. Centrene angiver, at de ved en afvisning af en person, der ikke er i målgruppen for ludomanibehandling, giver vedkommende oplysninger om andre behandlingsmuligheder, hvis dette er relevant. Der oplyses eksempelvis om muligheder inden for psykiatrien eller socialpsykiatrien. Der er dog generelt ikke noget formaliseret samarbejde mellem behandlingscentrene og andre aktører, med undtagelse af Forskningsklinikken og Ludomani og Indsattes Velfærd, som er organiseret under behandlingspsykiatrien, hvilket ligeledes betyder, at disse to behandlingscentre kan tilgå journaler og lave formelle henvisninger i journalsystemerne.

Ventetider til behandlingen er et centralt parameter ift. service og tilgængelighed af behandling for ludomani, dvs. at behandlingen igangsættes, når klienten er motiveret og har brug for behandling. Alle behandlingscentrene fortæller, at potentielle klienter, der henvender sig, kommer til prævisitationen med det samme. Derfra kan der være varierende ventetid forud for opstart af det egentlige behandlingsforløb. Sammenlignes antallet af uger der går fra, at en klient henvender sig og gennemgår prævisitationssamtale, til klienten påbegynder sin behandling, har ventetiden over perioden ligget stabilt på omkring 4,2 uger. Det er ikke opgjort hvorvidt og hvor mange, der drop- per at komme i behandling på grund af ventetid.

I tabellen herunder ses opgørelsen over antallet af personer, der ikke har kunnet indgå et meningsfyldt behandlingsforløb for ludomani af forskellige grunde. Som det fremgår af tabellen, oplever størstedelen af behandlingscentre, at klienter ikke kan indgå i et meningsfyldt behandlingsforløb på grund af diagnoser, som overskygger ludomanien. Dette dækker også over klienter med et andet misbrug, der overskygger. Behandlingscenter Tjele har som det eneste behandlingscenter ikke været nødsaget til at afvise klienter som følge af overskyggende diagnoser, men man har her i regi af en psykiater taget hånd om evt. andre psykiatriske problemer.

Tabel 3.1 Antal personer, der ikke har kunnet indgå i et meningsfyldt behandlingsforløb for ludomani på grund af forskellige grunde, samt grunden hertil.

	2015			2016			2017		
	Kapa- citet	Diag- nose*	Anden grund	Kapa- citet	Diag- nose*	Anden grund	Kapa- citet	Diag- nose*	Anden grund
Center for Ludomani	0	45	0	0	55	0	0	61	0
Frederiksberg Centret	0	2	2	0	2	2	0	2	2
Behandlingscenter Tjele	15	0	0	21	0	0	31	0	0
LIV							0	11	0
Dansk Ludomani Behandling**	0	12	0	0	54	0	0	42	0
Forskningsklinikken for Ludomani	0	2	0	0	10	0	0	8	0
Samlet	15	56	2	21	90	2	31	82	2

Note: I spørgsmålet har de haft mulighed for at svare 'ved ikke', samt begrunde den 'anden grund'. Her er det hovedsageligt sproglige barrierer og udeblivelse fra opstartsmødet.

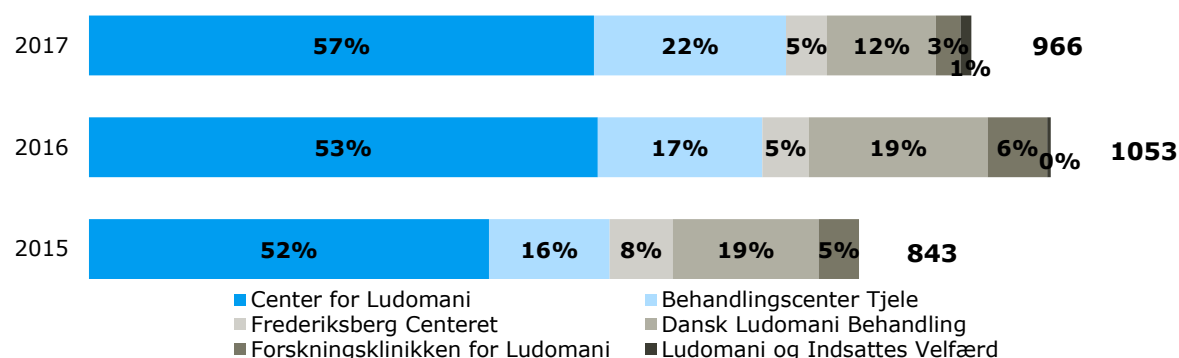
*Med 'diagnose' menes 'Anden diagnose der overskygger'

**Hos Dansk Ludomani Behandling har det ikke været mulig at skelne mellem antallet, der ikke kunne påbegynde behandling som følge af diagnose eller anden grund.

Hos alle centrene gælder det, at en person med en overskyggende diagnose eller misbrug, der ikke kan indgå i et meningsfyldt forløb, henvises til andre behandlingstilbud, som kan hjælpe med at tage hånd om den overskyggende diagnose eller misbrug. Nogle behandlingscentre tilbyder yderligere nogle få samtaler for at hjælpe personen mod det rette tilbud. Behandlingscenter Tjele viderehenviser mod andre gratis tilbud, og dermed ikke deres egne alternativer, da disse omfatter brugerbetaling.

I figuren herunder ses fordelingen af antal afsluttede klientforløb på behandlingscentre for de tre år i evalueringsperioden. Antallet af afsluttede og gennemførende klienter steg fra 2015-16, men faldt i 2016-17. Center for Ludomani repræsenterer over halvdelen af de afsluttede og gennemførte forløb i god overensstemmelse med ovenstående indsigter om dette behandlingscenters andel puljemidler og andel påbegyndte klientforløb. Forskellen mellem antal påbegyndte og antal færdiggjorte forløb er *ikke* antal afbrudte, da klienterne godt kan være påbegyndt et år og afsluttet et andet år.

Figur 3.9 Antal afsluttede behandlingsforløb



Note: Centrene er blevet stillet følgende spørgsmål: "Hvor mange behandlingsforløb for klienter afslutter I årligt?"

Behandlingscentrene har opgjort, hvor mange afbrudte forløb de har, på forskellige måder. Nogen har opgjort *antallet af personer*, der afbryder et forløb, mens andre har defineret *andel af forløbene*, der afbrydes før tid. Med forbehold for, at opgørelserne er foretaget forskelligt, er det på tværs af behandlingscentrene ca. 20 pct. af alle igangsatte behandlingsforløb, der afbrydes før de afsluttes. Ses på udviklingen over perioden er antallet af afbrudte forløb steget fra 2015-2016, mens det falder en smule fra 2016-2017.

3.3.2 BEHANDLINGSCENTRENES TILBUD

Dette afsnit sætter fokus på behandlingscentrenes forskellige behandlingstilbud, og hvordan de arbejder med disse tilbud. I figuren nedenfor fremgår et samlet overblik over de forskellige typer af behandlingstilbud identificeret gennem spørgeskemaundersøgelsen. Under figuren beskrives behandlingscentrene hver for sig med afsæt i en række centrale parametre.

Overordnet set viser figuren, at alle behandlingscentrene tilbyder individuel ambulante behandling og tilbud til pårørende.

Figur 3.10 Oversigt over behandlingstilbud i centrene samt andelen af klienter, der deltager i tilbuddene

	Center for Ludomani	Behandlingscenter Tjele	Frederiksberg Centeret	Dansk ludomani Behandling	Forskningsklinikken for Ludomani	LIV
Ambulant individuel behandling	80%	19%	78%	100%	76%	100%
Ambulant gruppe behandling	3%	64%	21%			
Døgnbehandling	11%	7%				
Kursusforløb	1%					
Fjernbehandling	17%					
Rådgivning/hotline	43%	60%	14%	5%	13%	100%
Infoaftener/-møder	28%					
Pårørendesamtaler/-behandling/-café	33%	83%	4%	65%	63%	83%
Temadage		17%				
Støtteforløb/-samtaler/tilbagefaldsforløb	18%		14%	83%	83%	60%

Note: Den samme klient kan godt være i forskellige behandlingsforløb, som enten afløser hinanden eller understøtter hinanden. Derfor summer andelene ikke til 100 pct. Forskningsklinikken for Ludomani, Dansk Ludomanibehandling og LIV udfører yderligere diagnosticeringsforløb forud for behandlingsstart.

I det følgende fremgår en kort beskrivelse af de seks behandlingscentre, som bl.a. udfolder, hvordan det enkelte center arbejder med og tilrettelægger typen af behandling, der tilbydes. Beskrivelsen af centrene tager afsæt i fem parametre, som i nogen grad afspejler kriterierne for tildeling af puljemidler til udbud af behandling:

- **Typer af behandling**, fx om centret tilbyder individuelle og/eller gruppesamtaler
- **Metoder i behandlingen**, herunder om der anvendes én eller flere metoder, og om alle behandlingsforløb gennemføres efter samme metode/metoder
- **Faglighed og kompetencer**, fx hvilke krav, der stilles til behandleres uddannelsesbaggrund og certificering
- **Tilgængelighed og fleksibilitet**, fx fleksibilitet i tilrettelæggelse af behandling samt muligheder for løbende kontakt med centrets personale under et behandlingsforløb
- **Dokumentation, evaluering og læring**, herunder centrets praksis for indsamling og anvendelse af data i relation til det enkelte behandlingsforløb samt udvikling af behandlingen

Boks 3.1 Behandlingscenter Tjele

<p>Typer af behandling</p>	<p>Behandlingscenter Tjele tilbyder ambulant gruppebehandling til klienter suppleret med individuelle samtaler, hvis klienten vurderes at have behov for dette. Gruppebehandling varer mellem 7-9 uger med to mødegange om ugen, hvorefter der tilbydes efterbehandling hver 14. dag i fire måneder. Centret tilbyder derudover, at klienter, som fx har et sidemisbrug eller anden psykiatrisk diagnose, kan komme i døgnbehandling inden de starter i gruppebehandling. I 2018 begyndte centret også at tilbyde tilbagefaldsbehandling for tidligere klienter.</p> <p>Første fase i behandlingsforløbet består af en for-samtale, hvor en rådgiver foretager en screening via screeningsværktøjet DSM-5 og et spørgeskema om omfanget af klientens spilleproblemer. Herefter aftales med klienten, hvilken behandling vedkommende skal have - fx om klienten kan starte direkte i gruppeforløbet eller først skal tilbydes en række individuelle samtaler med en psykolog.</p> <p>Anden fase er selve behandlingen, der i gruppeforløbet består af forskellige elementer som livshistoriefortællinger, mindre opgaver og undervisningsgange om fx dysfunktionalitet i familien. Indholdet i behandlingen tager afsæt i klienternes tanker og følelser omkring spil, impulsstyring, spilleadfærd og alternativer til spillet.</p> <p>Efterbehandlingen foregår hovedsageligt som tilbagefaldsforebyggende rådgivning kombineret med gruppeterapi.</p> <p>Centeret tilbyder familiebehandling og pårørendeforløb over 5 uger (mødegang én gang ugentligt) med mulighed for individuelle samtaler. Pårørendeforløbet sætter fokus på pårørendes følelser og tanker samt emner som fx medafhængighed, at være dysfunktional, kommunikation og tilbagefald. Hver tredje-fjerde måned afholder centret også 'opfølgingslørdag', hvor pårørende kan komme og udveksle erfaringer med hinanden.</p>
<p>Metoder i behandlingen</p>	<p>Centret anvender en række forskellige metoder i behandlingen, herunder kognitiv adfærdsterapi (CBT), løsningsfokuseret terapi, narrativ terapi, motivationsfremmende intervention (MI), mindfulness, meditation, NADA-akupunktur og tilknytnings- eller mentaliseringsbaserede metoder. Derudover benyttes <i>Minnesota-modellen</i> – en behandlingsform, hvor tidligere klienter hjælper nuværende klienter¹⁹.</p>
<p>Faglighed og kompetencer</p>	<p>Behandlere med forskellige faglige baggrunde er tilknyttet centret: sociologer, psykologer, familierapeuter og sundhedsplejepersonale. Alle behandlere får en uddannelse som afhængighedsrådgivere (DAC) i regi af Frederiksberg Centret. Nyanstatte uden formel certificering i kognitiv adfærdsterapi får desuden tilbud om dette.</p> <p>Centret lægger ydermere vægt på, at størstedelen af medarbejderne har levede erfaringer med afhængighed, og således gør det muligt at tilbyde behandling efter Minnesota-modellen.</p>
<p>Tilgængelighed og fleksibilitet</p>	<p><i>Gennemsnitlig ventetid: 2 uger</i></p> <p>Både spilafhængige, som er tilknyttet centret, andre spilafhængige og pårørende kan benytte en døgntelefon, som er åben året rundt, ved behov for akut hjælp og støtte. Siden 2017 er centret desuden begyndt at tilbyde aftenbehandling, hvilket giver klienter med fast arbejde eller i uddannelsesforløb mulighed for at kunne kombinere arbejds-/studieliv med behandlingen.</p>
<p>Dokumentation, evaluering og læring</p>	<p>Centret har siden 2017 foretaget brugeroplevede effektmålinger, som via spørgeskemaer afdækker, hvorvidt klienter oplever, at den gennemførte behandling har haft den ønskede effekt. Derudover har centret et evaluerings-ide-panel med eksperter og afholder årlige visionsdage, hvor behandlerne evaluerer behandlingen, hvilket danner baggrund for videreudvikling af behandlingen. Desuden afholdes der behandlingsopfølgingsmøder med tidligere klienter med henblik på at få viden om behandlingseffekten på længere sigt samt inputs til udvikling af behandlingen.</p>

¹⁹Modellen stammer fra USA og er oprindeligt udviklet til behandling af alkoholmisbrug, men er i dag anerkendt som behandlingsmodel inden for flere misbrugsområder.

Boks 3.2 Center for Ludomani

<p>Typer af behandling</p>	<p>Center for Ludomani tilbyder kursusforløb og ambulant behandling. Et kursusforløb er døgnbehandling i 14 dage, mens ambulant behandling består af op til 12 individuelle samtaler. På et kursusforløb deltager max. 7 klienter, og gruppen er inddelt på baggrund af køn, alder og psykiske faktorer. Ambulant behandling tilbydes til klienter, der ikke selv ønsker/har mulighed for at deltage i et kursusforløb, eller som personalet vurderer ikke vil profitere af et kursusforløb på grund af personlige-, sociale eller andre årsager.</p> <p>Forud for valg af behandlingsforløb afholdes to samtaler, der samlet set har til formål at tilrettelægge et forløb, der matcher klientens problemstillinger, ønsker og behov. Den første samtale, hvor pårørende også kan deltage, tager afsæt i en interview-guide samt i klientens besvarelse af forudgående spørgeskemaer (NODS, SCL-90 og selvevalueringsskema). Samtalen har fokus på at kortlægge klientens baggrund, udfordringer og spilleomfang. Ved anden samtale er der, med afsæt i en række hjemmopgaver, fokus på at afdække klientens motivation for behandling. Herefter besluttes det, om klienten skal i ambulant behandling eller i kursusforløb.</p> <p>Indholdet i kursusforløbet og den ambulante behandling er forholdsvis ens. Forløbene følger et fastlagt program, som tager afsæt i temaer såsom klienternes egen motivation, kognitive forvriddninger, sårbarhed og tanker om spil. Derudover er der fokus på at give klienterne viden om spillemarkedet og spilleadfærd. Næste fase i forløbet omhandler tilbagefald og forebyggelse, hvor fokus er på at give klienten strategier og redskaber, som kan benyttes i hverdagen for at undgå tilbagefald. I kursusforløbet kommer en tidligere spilafhængig og fortæller om sine erfaringer med at genoptage hverdagslivet efter behandlingen. Mod afslutningen af forløbet udarbejder klienterne personlige problemlister og arbejder med kognitive huskekort²⁰. Endvidere gennemfører klienterne en evaluering, hvor de visuelt skildrer, hvordan de opfatter sig selv før og efter forløbet samt fortæller, hvad de har fået ud af kurset og udfylder samme spørgeskemaer som ved første samtale. Til sidst afholdes follow-up-samtaler med alle klienter, henholdsvis 3 og 6 måneder og op til et år efter afsluttet behandling, hvor de forhenværende klienterne udfylder samme spørgeskemaer som ved første og sidste samtale i behandlingsforløbet.</p> <p>Siden 2014 har centret haft tilbud om fjernbehandling (videosamtaler) til klienter, der fx har økonomiske udfordringer med at komme til behandling, er fysisk eller psykisk skrøbelige eller har lang transporttid til centret. Derudover tilbyder centret 3 rådgivende/vejledende samtaler til unge med begyndende risikobetonet adfærd i samarbejde med deres forældre/støttemønstre. Samtalerne er fokuseret på vejledning omkring spillet, mulighed for italesættelse af de svære oplevelser og følelser samt støtte til udarbejdelse af gensidige aftaler og større åbenhed omkring spilproblematikken i familien. Centret tilbyder også pårørendekurser, hvor det er muligt at deltage, så længe den pårørende har behov, og intensive støtteforløb for særligt belastede pårørende.</p>
<p>Metoder i behandlingen</p>	<p>Center for Ludomani arbejder med afsæt i kognitiv adfærdsterapi (CBT), motivationsfremmende intervention (MI) og mindfulness, som danner referencerammen for al behandling.</p>
<p>Faglighed og kompetencer</p>	<p>Centrets behandlere er sammensat af fagpersoner med forskellige baggrunde. Således er behandlergruppen sammensat af psykologer, psykiatere, familierapeuter, pædagoger og socialrådgivere. Alle behandlerne efteruddannes løbende i kognitiv adfærdsterapi. Hvis ikke de har grunduddannelsen i kognitiv adfærdsterapi, når de ansættes i centret, får de denne.</p>
<p>Tilgængelighed og fleksibilitet</p>	<p><i>Gennemsnitlig ventetid: 6 uger</i></p> <p>Center for Ludomani har en telefonisk hotline, hvor alle kan ringe og få råd og vejledning. Derudover tilbyder centret fjernbehandling for klienter, der af forskellige årsager ikke kan møde fysisk op i centret.</p>
<p>Dokumentation, evaluering og læring</p>	<p>Centret foretager løbende evaluering af behandlingseffekten ved hjælp af screeningsredskaberne NODS, SCL-90 og et selvevalueringsskema, som klienterne udfylder inden deres første samtale, inden de afslutter behandlingsforløbet og i forbindelse med de to opfølgningssamtaler. Resultaterne af de løbende målinger anvendes dels i den afsluttende samtale med klienten, hvor vedkommende får vist sin egen udvikling i et visuelt format, dels blandt centrets personale i forhold til at belyse effekter, og evt. variation heri af behandlingen generelt.</p>

²⁰ Kognitive huskekort er små sedler/kort i visitkortstørrelse eller påmindelser på telefonen med motiverende udsagn, der skal hjælpe klienterne med ikke at spille, når de oplever spilletrang i hverdagen.

Boks 3.3 Forskningsklinikken for Ludomani

<p>Typer af behandling</p>	<p>Forskningsklinikken for Ludomani tilbyder støtteforløb og individuelle forløb. Forud for valg af behandlingsforløb screenes alle patienter via stamkort, hvorefter det på en behandlingskonference mellem centrets fagprofessionelle afgøres, hvorvidt patienten kan tilbydes behandling.</p> <p>Patienter, der vurderes at opfylde kriterierne for behandling, kommer til en for-samtale, hvor der foretages en diagnostisk udredning og screening af patienten med afsæt i screeningsprocedurerne SCID-1, SCI-PG, SOGS og MDI. På baggrund af for-samtalen tilbydes patienten enten et støtteforløb eller et individuelt forløb. Nogle patienterne afvises også på baggrund af for-samtalen, hvis der konstateres svær komorbiditet.</p> <p>Støtteforløbet består af 4 sessioner og har til formål at afdække, om patienten er motiveret for at starte i behandling. Hvis det vurderes, at patienten er motiveret, kan vedkommende påbegynde et individuel behandlingsforløb, som består af 12 sessioner af én times varighed én gang om ugen. Behandlingsforløbet er fordelt på seks overordnede områder; <i>klinisk vurdering og diagnostisk, afklaring af behandlingsmotivation, adfærdskorrigering, kognitive interventioner, tilbagefaldsforebyggelse og behandlings-evaluering og follow-up</i>.</p> <p>Ved afslutningen af forløbet udarbejder behandleren i dialog med patienten et resume af behandlingen. Behandler og patient taler om udfordringer, stopmetoder og hvilke tegn patienten skal være opmærksom på for at undgå tilbagefald. Patienten bliver endvidere screenet via SOGS, MDI og spillerelaterede spørgsmål og får mulighed for at komme til fire follow-up-samtaler hver tredje måned efter endt behandling.</p> <p>Når der er lang ventetid tilbyder Forskningsklinikken desuden gruppeforløb.</p> <p>Klinikken tilbyder også pårørendeforløb, som består af 1-4 sessioner af én time. Pårørendeforløbet omfatter både telekonsultationer, rådgivning- og vejledningsforløb gennem samtaler på klinikken, samt par- og familiesamtaler som led i behandlingen. Pårørendeforløbet har fokus på psykoedukation, pårørendes rolle og handlemuligheder samt kognitiv adfærdsterapi. Den pårørende har også mulighed for at deltage i patientens behandlingsforløb, hvis patienten ønsker det.</p>
<p>Metoder i behandlingen</p>	<p>Behandlingsforløbet på Forskningsklinikken følger en standardiseret behandlingsmanual²¹, hvor det metodiske afsæt er kognitiv adfærdsterapi. Hvis den enkelte behandler vurderer, at det i behandlingen af patienten er nødvendigt at tage andre metoder som fx ACT-terapi og mindfulness i brug, er der mulighed for dette.</p>
<p>Faglighed og kompetencer</p>	<p>Forskningsklinikkenes behandlere er alle autoriserede psykologer. Klinikkenes overlæge er dog psykiater og klinikken har desuden ansatte med socialrådgiverbaggrund, som støtter patienter med administrative forhold. Nyansatte behandlere, som ikke har praktisk erfaring med ludomanibehandling, oplæres systematisk af Forskningsklinikkenes behandlere i sammenlagt tre måneder. Nye medarbejdere, som har arbejdet med metoden, får én måneds oplæring. Derudover skal alle medarbejdere tage en efteruddannelse i kognitiv adfærdsterapi og gennemgå minimum to ugers kompetenceudvikling hvert år.</p>
<p>Tilgængelighed og fleksibilitet</p>	<p><i>Gennemsnitlig ventetid: 2 uger</i></p> <p>Forskningsklinikken har åbent fra 8.30-16.00. Det er ikke muligt for patienter og pårørende at kontakte personalet uden for klinikkenes åbningstid.</p>
<p>Dokumentation, evaluering og læring</p>	<p>Patienter screenes ved for-samtalen, sidst i forløbet og efter forløbet gennem screeningsredskaberne SOGS, MDI, SCID-1, spørgeskemaer om omfanget af spilleproblemer og et selvrapporteringskema. Via indsamling af disse data måler Forskningsklinikken effekten af behandlingen.</p>

²¹ Forskningsklinikken følger Robert Ladouceur's behandlingsmanual fra Lavall University i USA, men har videreudviklet denne til også at omfatte komorbiditet, støttende- og udvidede forløb.

Boks 3.4 LIV – Forskningsklinikken for Ludomani og Kriminalforsorgen

<p>Typer af behandling</p>	<p>LIV tilbyder individuelle forløb og støtteforløb samt gruppeinformationssamtaler og -screeninger. Individuelle forløb består af 12 sessioner af én times varighed over 4-5 måneder.</p> <p>Forud for valg af behandlingsforløb screenes alle patienter via stamkort. Herefter kommer patienten til en for-samtale, hvor der foretages en diagnostisk udredning med afsæt i screeningsprocedurerne SCID-1, SCI-PG, SOGS og MDI. Efter for-samtalen afgøres det på en behandlingskonference, hvorvidt patienten kan tilbydes behandling. På baggrund af for-samtalen tilbydes patienten enten et individuelt forløb eller et støtteforløb eller om patienten skal viderehenvises.</p> <p>Indholdet i både det individuelle- og gruppebehandlingsforløb følger samme områder som behandlingsforløbet på Forskningsklinikken for Ludomani. Ved afslutning af begge typer af forløb bliver patienten screenet via samme screeningsprocedurer som ved for-samtalen.</p> <p>Støtteforløbet består af 4 sessioner og tilbydes til patienter, som er særligt sårbare eller har komplekse problematikker som fx svær komorbiditet og derfor ikke vil kunne profitere af et individuelt- eller gruppeforløb. Støtteforløbet har en støttende og rådgivende karakter, hvor fokus er på at skabe forståelse, tryghed og motivation til at indgå i et videre behandlingsforløb efterfølgende.</p>
<p>Metoder i behandlingen</p>	<p>Behandlingen i LIV tager udgangspunkt i standardiseret behandlingsmanual²², hvor det metodiske afsæt er kognitiv adfærdsterapi. Denne manual suppleres af motivationsfremmende intervention (MI) og andre metoder som fx mindfulness og psykodynamisk terapi, hvis den enkelte klient vurderes at kunne have gavn af dette.</p>
<p>Faglighed og kompetencer</p>	<p>LIV's behandlere er alle autoriserede psykologer. Behandlerne opkvalificeres løbende gennem interne konferencer, efteruddannelse i kognitiv terapi samt intern- og ekstern supervision i fx psykoterapi og klinisk diagnostik. Derudover stiller Kriminalforsorgen øvrigt sundhedsfagligt personale til rådighed for projektet.</p>
<p>Tilgængelighed og fleksibilitet</p>	<p>Gennemsnitlig ventetid: 2 uger</p>
<p>Dokumentation, evaluering og læring</p>	<p>LIV foretager løbende evaluering af effekten af behandlingen ved hjælp af et baggrundsskema (skamdata), spilrelaterede spørgsmål og skemaerne MDI, SOGS og BIS-11, som patienterne skal udfylde ved opstart og afslutning af forløbet.</p>

²² Behandlingen i LIV følger samme behandlingsmanual som Forskningsklinikken for Ludomani

Boks 3.5 Frederiksberg Centret

<p>Typer af behandling</p>	<p>Frederiksberg Centeret tilbyder gruppebehandling og individuelle samtaler. Gruppebehandling er centrets primære tilbud, men klienter, som ikke ønsker gruppebehandling eller som venter på at kunne begynde i en gruppe, tilbydes individuelle samtaler.</p> <p>Forud for forløbet gennemføres en udredende samtale, hvor en behandler foretager en screening af klientens omfang af spilleproblemer via screeningsredskaberne SOGS og MAGS. På baggrund heraf begynder klienten behandlingen eller henvises til anden form for behandling, hvis dette vurderes mest hensigtsmæssigt.</p> <p>Gruppebehandlingen er kønsopdelt med max 9-10 deltagere i en gruppe. Forløbet strækker sig over 6-8 uger og består af møder i gruppen én gang om ugen i tre timer ad gangen.</p> <p>Den individuelle behandling består typisk af 10-12 sessioner af én times varighed fordelt over ca. tre måneder. I både gruppe- og den individuelle behandling arbejdes der med forskellige fokuspunkter som fx klienternes tanker og følelser om spil, spilleadfærd, psykoedukation og redskaber og strategier, som klienterne kan benytte i hverdagen for at undgå tilbagefald.</p> <p>Derudover tilbyder centeret forebyggende tilbagefaldsbehandling, enten i form af gruppe- eller individuelle samtaler. Til pårørende tilbyder centeret individuelle samtaler af en times varighed efter behov, temadage eller at deltage i pårørendedage/-kurser fire gange årligt. På kurserne arbejdes der med temaer som fx familieroller- og mønstre og genskabelse af familiens livskvalitet.</p>
<p>Metoder i behandlingen</p>	<p>Behandlingen på Frederiksberg Centeret følger en international anerkendt behandlingsmodel²³, som tager udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi. Denne model kombineres med andre metoder som motivationsfremmende intervention (MI), problemløsende gruppeterapi, tilbagefaldsforebyggelse efter Gorskis model, REBS, systemisk terapi, mindfulness og psykodynamisk behandling. Disse metoder kombineres og tages i anvendelse ud fra en vurdering af klienternes specifikke behov.</p>
<p>Faglighed og kompetencer</p>	<p>Frederiksbergcentrets behandlere er hovedsageligt uddannet inden for det socialpædagogiske område. Flere af medarbejderne har desuden en efteruddannelse i kognitiv adfærdsterapi og/eller som afhængighedsrådgivere (DAC).</p>
<p>Tilgængelighed og fleksibilitet</p>	<p><i>Gennemsnitlig ventetid: 2 uger</i></p> <p>Klienter og pårørende kan kontakte Frederiksberg Centret telefonisk i åbningstiden mellem kl. 8-16:00 eller skrive en mail, som centret besvarer den førstkommande hverdag.</p>
<p>Dokumentation, evaluering og læring</p>	<p>Frederiksberg Centeret foretager en årlig tilfredshedsundersøgelse blandt klienter, der er i gang eller ved at afslutte et behandlingsforløb, samt måler på virksomheder af behandlingen.</p>

²³ Modellen er udviklet af Aaron Beck i USA. Oprindeligt var modellen udviklet til bl.a. depression samt kemisk afhængige, men er sidenhen blevet videreudviklet til behandling af ludomani.

Boks 3.6 Dansk Ludomani Behandling – Forskningsklinikken for Ludomani og Mindwork

<p>Typer af behandling</p>	<p>Dansk Ludomani Behandling tilbyder individuelle behandlingsforløb over 12 uger suppleret med støtteforløb. Støtteforløb tilbydes, hvis klienten fx har et sidemisbrug eller andre psykiatriske diagnoser, hvor der er et ekstra behov for samtaler før eller parallelt med selve behandlingsforløbet.</p> <p>Forud for behandlingen kommer klienten (og eventuelle pårørende) til en informativssamtale, hvor der foretages en screening af klientens omfang af spilleproblemer samt motivation for at påbegynde behandling. Derefter foretages en diagnosticeringsamtale med afsæt i screeningsredskaberne SCID, SOGS, MDI og spørgeskemaer om spilleadfærd. På baggrund heraf begynder klienten i et individuelt behandlingsforløb, der har fokus på <i>motivationsafklaring, adfærdskorrigering, kognitivintervention og tilbagefaldsforebyggelse</i>.</p> <p>Som en del af afslutningen af forløbet tilbyder Dansk Ludomani Behandling et opfølgingsforløb, som består af 4 sessioner pr. kvartal. Ved opfølgningen bliver klienten screenet via samme metoder som ved informations- og diagnosticeringsamtalen. Derudover tilbyder Dansk Ludomani Behandling pårørendeforløb, som enten kan foregå individuelt for den pårørende, sammen med klienten eller i en kombination mellem individuelle og fælles samtaler.</p>
<p>Metoder i behandlingen</p>	<p>Behandlingen i Dansk Ludomani Behandling følger et standardiseret program²⁴, som tager afsæt i kognitiv adfærdsterapi. Hvis den enkelte behandler vurderer, at det i behandlingen af klienten er nødvendigt at tilpasse eller supplere med andre metoder og redskaber, er der mulighed for dette.</p>
<p>Faglighed og kompetencer</p>	<p>Dansk Ludomani Behandlings behandlere er alle psykologer. Nyansatte behandlere skal gennem et uddannelsesforløb i kognitiv adfærdsterapi og intern oplæring i forskellige screeningsredskaber. Alle behandlere kompetenceudvikles kontinuerligt gennem intern- og ekstern supervision med erfarne specialister, efteruddannelse i fx klinisk udredning og tilbydes desuden 10 uddannelsesdage i løbet af et år.</p>
<p>Tilgængelighed og fleksibilitet</p>	<p>I Dansk Ludomani Behandling kan klienter og pårørende ringe i centrets åbningstid mellem kl. 8.30-16.00 eller skrive en mail døgnet rundt, som vil blive besvaret den førstkommande hverdag. Desuden samarbejder centret med Ludomanilinjen, som har åbent til kl. 22 hver dag, hvor spilafhængige, som ikke er tilknyttet centret, nuværende klienter og pårørende kan ringe og få råd og vejledning samt aftale en tid til en samtale i centret. Derudover tilbyder flere behandlere også i visse situationer, at klienter kan kontakte dem telefonisk uden for arbejdstiden.</p>
<p>Dokumentation, evaluering og læring</p>	<p>Dansk Ludomani Behandling foretager løbende evaluering af effekten af behandlingen ved hjælp af screeningsredskaber (SOGS og MDI) og spørgeskemaer om spilleadfærd, som klienterne skal udfylde ved opstart, afslutning og opfølgning af forløbet.</p>

²⁴ Mindwork følger samme behandlingsmodel af Robert Ladouceur ligesom Forskningsklinikken.

3.3.3 TYPER AF BEHANDLING

Det følgende bygger både på data fra spørgeskemaundersøgelsen og på indsigter fra evalueringens kvalitative interviews med klienter, pårørende og repræsentanter fra behandlingscentrene.

Individuelle samtaler og gruppesamtaler

Alle behandlingscentre tilbyder behandling i form af individuelle samtaler, mens halvdelen af centrene også tilbyder gruppesamtaler. De to former for behandling fremhæves af flere, både klienter og repræsentanter fra centrene, som velfungerende supplement til hinanden, fordi den enkelte klient både kan have behov for at arbejde fokuseret med at opnå indsigt i egne problemer samt strategier til håndtering af disse, men også kan have gavn af at spejle sig i andre. I relation til gruppesamtaler fremhæver flere klienter, at det har været rart for dem at opleve, at de ikke var alene om det at have et spilleproblem. Desuden kan gruppen fungere som et frirum til at tale om og få respons på sine problemer, fx hvis man ikke har involveret sin private omgangskreds. En forhenværende klient fortæller:

"I min omgangskreds var der ingen, der vidste det. Det [gruppesamtalerne, red.] var derfor et frirum. Det var ret cool at møde ret søde mennesker og finde ud, at det er ikke smart, hvad man har gjort, men vores historier er fælles, og man kan komme videre."

- Tidligere klient

Omvendt giver enkelte klienter også udtryk for, at gruppesamtaler ikke er noget for dem. En klient, som har erfaring med både individuelle og gruppesamtaler fortæller, at de meget varierende opfattelser af det at spille kan være en barriere for at opnå et fælles og givende udgangspunkt for en gruppesamtale:

"Jeg har prøvet gruppeterapi før. Der er en verden til forskel på, hvordan man oplever ludomani! Jeg kan ikke lære så meget af andres problemer."

- Tidligere klient

En anden klient valgte, i samarbejde med sit behandlingscenter, at vedkommende ville få mest gavn af individuel behandling, fordi vedkommende ikke var komfortabel med at åbne op og fortælle om sine udfordringer i et åbent forum:

"Jeg ville have svært ved at åbne op og sidde med flere, tror jeg. At sidde med én var nemmere. Det var svært nok i forvejen at skulle snakke om – jeg syntes, det var grænseoverskridende at skulle sidde med flere, så det ville jeg helst ikke."

- Tidligere klient

Et center fortæller, at man er begyndt at arbejde med differentieret sammensætning af klienter i grupper. Sammensætningen kan fx være køns- eller spiltypebestemt. Formålet med eksempelvis at samle mænd i én gruppe og kvinder i anden er dels at sikre et trygt gruppemiljø, dels at sikre en fælles referenceramme for erfaringsudveksling og arbejdet med klienternes specifikke udfordringer. Flere klienter, som har modtaget gruppebehandling, efterspørger desuden en større grad

af differentiering på spilletyper, idet udfordringer forbundet med forskellige spiltyper kan opleves meget forskellige.

Samlet set peger evalueringen på, at der kan være fordele forbundet med forskellige behandlingsformer, og at det ofte er individuelt, hvad den enkelte klient foretrækker og formentlig dermed vil opsøge eller efterspørge, når vedkommende henvender sig for at komme i behandling. Desuden kan centrene arbejde med sammensætning af gruppe på forskellige måder, der kan højne sandsynligheden for, at gruppens medlemmer får gavn af behandlingen.

Tilbud til pårørende

Udover klienter i behandling har alle centrene også tilbud om forløb målrettet pårørende. Her har der ligeledes været en stigning i antallet af forløb gennem perioden. Samlet set påbegyndte 421 pårørende et forløb hos et af behandlingscentrene i 2015, 464 i 2016 og 569 i 2017. Tallene svarer til, at ca. hver anden klient, som påbegynder behandling for ludomani, har en pårørende, som ligeledes vælger at gøre brug af tilbuddene om samtaler eller gruppeforløb målrettet pårørende.

Fælles for indholdet af behandlingscentrenes pårørendeforløb er, at de har fokus på at give pårørende viden om ludomani og det at være pårørende til en person, som lider af ludomani. Desuden lægger behandlingscentrene vægt på at stille et rum for lydhørhed og sparring til rådighed for den pårørendes egne udfordringer.

Evalueringen tyder på baggrund af udsagn fra såvel klienter og pårørende som repræsentanter fra behandlingscentrene på, at det er en fordel for klienter at involvere deres pårørende i behandlingen. Den eller de pårørende kan støtte op om behandlingen ved fx at hjælpe klienten med at bruge strategier til at undgå spil i hverdagen. Når de pårørende selv får støtte til at påtage sig denne rolle, samt får afløb for deres egne udfordringer i relation til spilleproblematikken fx i hjemmet, vil de alt andet lige have bedre forudsætninger for at udgøre en hjælp for klienten.

3.3.4 METODER I BEHANDLING AF LUDOMANI

De fleste behandlingscentre anvender **kognitiv adfærdsterapi** som grundlæggende behandlingstilgang og -metode, idet metoden er den bedst undersøgte psykoterapeutiske intervention til behandling af ludomani, og den intervention, hvor der er størst evidens for en behandlingseffekt²⁵. Desuden fremhæver flere repræsentanter fra behandlingscentrene, at metoden synes at være egnet til personer, som kan have svært ved selv at tænke og handle struktureret – udfordringer som mange, der lider af ludomani, oplever. Det varierer derimod, hvor mange og hvilke andre metoder, centrene inddrager i det enkelte behandlingsforløb, og således, hvor meget et behandlingsforløbs tilrettelæggelse kan variere fra klient til klient. Nogle centre peger på fordele ved en **smal og fast** metodisk tilgang. Eksempelvis fremhæver en behandler:

"Der er god evidens for, at kognitiv adfærdsterapi fungerer. Og det er ikke lavet til, at man skal skifte spor midt i behandlingen. Jeg har selv oplevet, at det fungerer godt at holde sig til én metode, også når det går mindre godt. For patienten er det også godt at holde sig til én metode, så de ikke bliver forvirrede."

- Behandler

Andre centre lægger vægt på, at en mere **bred og afsøgende** metodisk tilgang kan sikre, at behandlingen tilpasses den enkelte klient. Disse centre ser således den pragmatiske tilgang, som

²⁵ Effekten af behandlingsmetoder indenfor ludomani. 2016. Jakob Linnet. Aarhus Universitetshospital i regi af Sundheds- og Ældreministeriet

også kan involvere flere fagligheder i behandlingen, som en måde at imødekomme en ambition om individuelle behandlingsforløb. En behandler fortæller eksempelvis:

"Jeg kunne godt tænke mig, at det var bredere [tilgangen til behandling, red.] også fra ministeriets side. For eksempel systemisk terapi - hvad kommer jeg fra? Det kan også være en mere psykodynamisk tilgang. Vi bruger elementer af begge. Nogle gange virker det at Være løsningsfokuseret med en klient. Hvis jeg prøver noget, og dét ikke virker, så gør jeg noget andet."

- Behandler 2

Evalueringen kan ikke afdække eller sammenligne effekten af forskellige behandlingsmetoder, da der ikke er målt stringent på validerede effektskalaer for alle centrene, og de forskellige centres forskellige tilgange til valg af metoder, herunder variationen i metoder, vidner om, at flere forskellige veje kan føre til positive resultater af behandlingen. Ikke desto mindre tyder evalueringen på, at kognitiv adfærdsterapi udgør det primære fundament for langt de fleste behandlingsforløb på tværs af centrene, og at denne metode opleves af både repræsentanter fra behandlingssentrene og klienter at have positiv virkning.

Evalueringen har desuden undersøgt, hvilke konkrete 'greb' i behandlingen, klienterne oplever som særligt anvendelige og afgørende for, at de formår at ændre ved deres spilleadfærd. Flere fremhæver, at **strategier**, de kan tage frem og gøre brug af i deres hverdag, er hjælpsomme. Strategierne kan have forskellig karakter og kan på baggrund af klienternes egne fortællinger overordnet set inddeles i to: 1) strategier til at forstå og arbejde med tanker og følelser samt 2) adfærdsstrategier, som fx kan hjælpe klienterne med ikke at komme i situationer, hvor de ved, at spillelysten vil være stærk. En forhenværende klient beskriver førstnævnte type af strategier på følgende måde:

"Vi har arbejdet med nogle "cirkler", det vil sige, hvordan jeg tænker, når jeg spiller. Vi har skrevet nogle eksempler ned på, hvordan det typisk foregår. Når man først er i cirklen, kan man ikke stoppe. Det at skrive det ned handler om at blive bevidst om, hvad der først sker, og hvad der skal til for, at det slet ikke sker. (...) På den måde kan jeg få et overblik over, hvornår jeg skal sætte ind."

- Tidligere klient

En anden klient fortæller om en adfærdsændrende strategi, der har været afgørende i vedkommendes behandling, og som består i at cykle en anden vej til og fra arbejde, så eksponering for det fysiske sted, hvor vedkommende tidligere spillede, elimineres.

Fælles for strategierne er, at klienterne oplever dem som konkrete redskaber eller værktøjer, der er overførbare til deres almindelige hverdag og mulige for dem at tage frem og bruge, når behovet for dem opstår.

3.3.5 FAGLIGHED OG KOMPETENCER

I og med, at behandlingssentrene adskiller sig fra hinanden, hvad angår organisering af behandlingen samt metodisk tilgang til behandling, er der også variation i stedernes faglige sammensætning af personale. Ludomani og Indsattes Velfærd, Dansk Ludomani Behandling og Forskningskli-

nikken for Ludomani har alle udelukkende psykologer ansat til at varetage behandling. Frederiksberg Centeret har derimod udelukkende socialfagligt behandlingspersonale. Center for Ludomani og Behandlingscenter Tjele har begge en bredere sammensætning af fagligheder.

Figur 3.11 Behandlingspersonalet på de enkelte centre, fordelt over årsværk

	Psyko- loger	Psykotera- peuter	Psykia- tere	Social- faglige	Sundheds- faglige	An- det
Center for Ludomani	3	3	0,2	4	0	0
Frederiksberg Centeret	0	0	0	3	0	0
Behandlingscenter Tjele	0,25	1,5	0,08	2	0,25	0
Ludomani og Indsattes Velfærd	1	0	0,125	0	0	0
Dansk Ludomani Behandling	3,6	0	0	0	0	0
Forskningsklinikken for Ludomani	1	0	0,125	0	0	0
I alt	8,85	4,5	0,53	9	0,25	0

Evalueringen har undersøgt, hvad der ligger til grund for behandlingscentrenes sammensætning af behandlere, herunder hvilke faglige greb og kompetencer, de hver især oplever gør en særligt stor forskel i behandling af ludomani.

Faglighed og faglig tilgang i behandlingen

Centre, der kun har ansat **psykologer** fremhæver alle, at denne prioritering er et kriterium for, at den kognitive adfærdsterapi kan gennemføres med høj kvalitet. Den psykologiske grundfaglighed opleves med andre ord som en forudsætning for anvendelsen af virksomme metoder. Desuden fremhæver flere ledere og medarbejdere på centrene, at psykologer har faglige kompetencer, der sikrer **en helhedsorienteret tilgang** til klienterne. Psykologer arbejder både med tanker, følelser og adfærd og kan således understøtte klienterne i at opnå positive forandringer i alle dimensioner. Samtidig kan psykologer, med deres faglige viden om symptomer og risikoindikatorer på psykiske lidelser og udfordringer generelt, være med til at sikre, at en klient, der har andre psykiske/kognitive udfordringer end ludomani, kan få den nødvendige støtte, evt. via henvisning til andre behandlingstilbud. En leder illustrerer pointen på følgende måde:

“For os er det vigtigt, at vi har et faguddannet personale, dels på grund af at vi taler om diagnoser, dels fordi vi har faglig pondus og samarbejder med andre fagprofessionelle. Vi forstår diagnoser, vi ved, hvordan man kommunikerer. Og det her, det handler ikke om at skulle blære sig, men om bedst muligt at kunne bane vejen for patienten.”

- Leder af behandlingscenter

Den samme leder peger dog også på, at kravet om, at personalet på det pågældende behandlingscenter er psykologuddannet og i udgangspunktet arbejder med kognitiv adfærdsterapi i behandlingen, ikke er ensbetydende med “faglig ensretning”. Behandlerne har en vis grad af frihed til at “skifte gear i behandlingen” afhængig af den enkelte klients behov, så længe de anvendte metoder hviler på evidens.

Boks 3.7 Betydningen af personlige kompetencer

Faglige kompetencer er ikke nok

De deltagende klienter i evalueringen er blevet bedt om at beskrive, hvad en god behandler af ludomani i deres øjne skal kunne, og hvilke kompetencer vedkommende skal have. Klienterne beskriver nærmest samstemmigt, hvordan **den personlige relation** med behandleren er af største betydning for at opnå et godt behandlingsforløb. En god behandler skal med andre ord have personlige kompetencer i form af fx empati og medmenneskelighed. En forhenværende klient illustrerer pointen på følgende måde:

Interviewer: *"Hvad er for dig det vigtigste, en behandler skal kunne?"*

Klient: *"Det er at udvise forståelse og rummelighed. At de tager godt imod én herinde. De virker oprigtigt bekymrede og – det lyder måske forkert – men de holder af én. De investerer noget af sig selv."*

En god modtagelse ved begyndelsen af et behandlingsforløb er desuden vigtigt for, at klienten føler sig tilpas og fastholdes i sin motivation for behandling. Evalueringen viser, at klienterne generelt oplever at få en behagelig modtagelse på centrene, herunder at der udvises tilstrækkelig diskretion, når klienterne møder ind. Et eksempel på diskretion kan eksempelvis være, at centrets personale ikke anvender klientens navn, når vedkommende kaldes ind til samtale fra venteværelset.

Andre behandlingscentre har i udgangspunktet en mere **tværfaglig tilgang** til behandling af ludomani. Den tværfaglige tilgang, herunder engagering af både sundhedsfagligt og socialpædagogisk personale samt personale med andre faglige baggrunde i det enkelte behandlingsforløb, fremhæves ligesom den primært sundhedsfaglige tilgang *også* at sikre en helhedsorienteret tilgang til klienten. For disse centre består den helhedsorienterede tilgang, modsat ovenstående, i at stille forskellige relationer og faglige greb til rådighed i behandlingen. På et behandlingscenter, hvor man har gode erfaringer med en tværfaglig tilgang til behandling, efterspørger en behandler endnu højere grad af tværfaglighed:

"Det [mere tværfaglighed, red.] kunne give en masse. Mange klienter har svært ved at tage aktion på ting, økonomi, samvær med børn osv. De kan godt se det og vil gerne, men nogle gange kan de ikke. Det kunne være fint at få den terapeutiske del med, eller den socialfaglige del ind, for eksempel via en socialrådgiver. Vi får klienter, der bliver dårligere og dårligere. (...) Tværfaglighed er en gave. Spillerne i dag er så forskellige. Det er ikke den enarmede tyve knægt. Det er flettet ind i mange andre ting."

- Behandler

Behandleren lægger således vægt på, at behandlingens genstandsfelt – ludomanien og måden den kommer til udtryk på hos klienterne – i sig selv kalder på en tværfaglig tilgang, idet lidelsen synes at komme til udtryk ved større og større kompleksitet i takt med eksempelvis udviklingen af digitale spil.

I et tværgående perspektiv er det således den helhedsorienterede tilgang til klienten, der vægtes blandt ledere og behandlere på behandlingscentre. Måden at arbejde med denne tilgang på varierer imidlertid, hvad angår faglig forankring og graden af tværfaglighed (samt anvendelsen af metoder, jf. forrige afsnit).

Kompetenceudvikling

Det er endvidere en tværgående pointe i evalueringen, at behandlingscentrene har stort fokus på kompetenceudvikling af deres medarbejdere. Kompetenceudviklingen foregår dels som en **indledende certificering** i eksempelvis kognitiv adfærdsterapi eller afhængighedstræning (DAC), når centrene rekrutterer nye medarbejdere, dels som **løbende opkvalificering** for at sikre videreudvikling af kompetencer samt implementering af ny viden om ludomani og behandling. Den løbende opkvalificering kan være mere eller mindre formaliseret: fra interne klientkonferencer og supervision med kolleger til eksterne kurser over flere dage/uger samt supervision med eksterne aktører. Det fremhæves på tværs af ledere og medarbejdere fra behandlingscentrene, at kompetenceudviklende aktiviteter af forskellig art er vigtige for behandlingscentrenes kvalitet. Det kan endvidere være strategisk frugtbart i henhold til rekruttering og fastholdelse af medarbejderne, at behandlingscentrene prioriterer og tilbyder kompetenceudvikling.

Brug af 'levede erfaringer' i behandlingen

Nogle centre arbejder med forhenværende klienter som med-behandlere ud fra en tanke om, at *den levede erfaring* er værdifuld som et fælles afsæt for behandling mellem behandler og klient. En forhenværende klient kan, på en anden måde end 'almindelige behandlere', sætte sig i klientens sted og således opnå en legitim position for at yde hjælp og støtte. Det påpeges bl.a., at forhenværende misbruges forståelse for afhængighed, ikke kan sammenlignes med den tilgang til behandling af afhængighed, som en professionel behandler kan tilegne sig.

3.3.6 TILGÆNGELIGHED OG FLEKSIBILITET

Såvel klienter og pårørende som behandlingscentrene selv påpeger i evalueringen, behandlingstilbuddenes grad af tilgængelighed er afgørende for, om klienten påbegynder behandling. Tilgængelighed kan betyde flere ting. For det første kan tilgængelighed handle om **geografisk nærhed** til behandlingscenteret. Flere klienter fremhæver, at deres valg af behandlingscenter i høj grad er geografisk betinget, og enkelte giver udtryk for tvivl om, hvorvidt de ville være startet i behandling, hvis behandlingscenteret havde ligget langt fra deres bopæl og/eller arbejdsplads. Behandlingscentrene peger på samme store betydning af geografisk nærhed, og det beskrives, hvordan stor geografisk afstand til behandlingscenteret kan virke uoverskueligt for klienten og således modarbejde et egentligt ønske om at komme i behandling, ligesom det for nogen kan være forbundet med økonomiske udfordringer. Det har med andre ord betydning for det aktive valg om at gå i behandling, at der er en konkret adgang til et behandlingstilbud.

For det andet handler tilgængelighed om **ventetid** forstået som tidsintervallet mellem 1) den første kontakt, 2) det første møde, hvor der ofte foregår en screening, og 3) den første egentlige behandlingssamtale eller -aktivitet. Kortlægningen af ventetid til behandling fremgår af afsnit 4.2.1. I det følgende udfoldes betydningen af ventetidens omfang for klienternes oplevelse af behandlingsforløbet.

Det er en generel pointe blandt klienterne, som har deltaget i evalueringen, at det er vigtigt, at tiden fra den første kontakt og til behandlingen kommer i gang er så kort som mulig. Når en person, der lider af ludomani, selv har erkendt sit spilleproblem, er bevidst om, at vedkommende har behov for udefrakommende hjælp og derefter handler på erkendelsen ved at række ud efter hjælp, eksisterer der et momentum, som behandlingsforløbet kan og bør tage afsæt i. Dette momentum består ifølge både klienter og behandlere ofte i en stærk motivation for forandring: at ændre ved både spillelyst og -adfærd. En forhenværende klient fortæller om sin vej ind i behandlingen:

"Det første center, jeg fandt, havde flere måneders venteliste. Det kunne jeg ikke vente på. Nu var jeg jo klar, så jeg tog det næste på listen. (...) Fra jeg talte med dem, gik der en uge. Det var vigtigt for mig at komme i gang. Igen – når man finder ud af, at man er ude i noget, så er man ikke stolt, og man dømmes måske selv hårdest. Det gælder om at komme i gang hurtigt."

- Tidligere klient

En anden tidligere klient giver udtryk for samme oplevelse af vigtigheden af begrænset ventetid:

"Min kone og jeg syntes, at det var rigtig rart, at vi kunne få kickstartet det med det samme i stedet for at man skulle gå en hel måned. Når man står i suppedasen, skylder et hav af penge væk og har gravet et dybt hul, så er det tough at få at vide, at man skal vente en måned."

- Tidligere klient

Hvis den potentielt nye klient oplever, når vedkommende tager kontakt til et behandlingscenter, at centret har lang ventetid, kan det have negative konsekvenser for vedkommendes motivation for behandling. Det kan desuden virke uoverskueligt og dermed demotiverende, hvis der er for omfattende en proces forbundet med at få adgang til behandling. En forhenværende klient fremhæver:

"Jeg var virkelig desperat og ringede til flere forskellige centre. [Center 1] var omstændeligt. Der skulle jeg udfylde alt muligt på nettet. Det var mere, end jeg kunne overskue. Så valgte jeg [center 2] – de var hurtige til at reagere. Jeg ringede til dem, så gik der en uge, og så havde jeg en enesamtale, og inden for samme uge startede jeg i gruppen. Det var dejligt."

- Tidligere klient

En enkelt klient fremhæver dog, at det for ham var en fordel, at der gik et par uger fra det første møde til den første behandlingssamtale, idet tidsintervallet gav ham mulighed for at tilpasse sin dagligdag eksempelvis i forhold til job og familie. Oplevelsen af tilgængelighed er således individuel.

Tilgængelighed af behandlingen kan desuden have betydning for, om klienten fastholdes i behandling. I den sammenhæng består tilgængelighed snarere i graden af **fleksibilitet** i selve behandlingsforløbet tilrettelæggelse end forhold forud for behandlingen (ventetid, dokumentation etc.). Eksempelvis fremhæver flere klienter, at de sætter stor pris på, at behandlingssamtalerne har kunnet lægges i ydertimer – enten før eller efter almindelig arbejdstid. Denne indsigt fra evalueringen peger på, at det for mange har stor betydning at kunne opretholde en normal hverdag sideløbende med behandlingen, herunder ikke at være nødsaget til at involvere eksempelvis en arbejdsgiver i behandlingen.

Fleksibilitet kan endvidere bestå i muligheden for at komme i kontakt med behandlingscentret eller en konkret behandler uden for de faste aftaler – eksempelvis om aftenen og i weekenden. Personer, der lider af ludomani, kan især have gavn af en sådan kontaktforanstaltning i situationer,

hvor spillelysten tager til, og hvor de er i risiko for tilbagefald. Blot det at vide, at man har mulighed for at række ud efter akut hjælp, kan endda gøre en forskel for nogen, selvom de ikke benytter sig af muligheden. En forhenværende klient fortæller eksempelvis, at det for vedkommende var rart at få sin behandlers private telefonnummer som en form for "sikkerhedsnet" – også selvom vedkommende aldrig fik brug for det.

Behandlingscentre giver alle udtryk for, at de er bevidste om den store betydning af god tilgængelighed i både behandlingens opstart og forløb. Generelt er centrene optagede af, hvordan de kan **styrke tilgængelighed af behandlingen** på de forskellige nævnte parametre – geografi, adgang og fleksibilitet. Foruden ønsket om at åbne centre flere steder i landet, giver centrene udtryk for, at de arbejder for at holde ventetiden nede, og at de lægger vægt på at tilbyde klienter så smidig og fleksibel en behandling som muligt. Graden af fleksibilitet og individuel tilrettelæggelse varierer dog afhængig af behandlingens indhold, herunder hvor fastlagt indholdet er i henhold til den eller de metoder, det enkelte behandlingscenter benytter. Der kan således være et trade-off mellem fleksibilitet og ensartethed i måden at yde behandling på. Dette fremhæves dog ikke som problematisk, men snarere som et opmærksomhedspunkt, der bør indgå i forventningsafstemningen med den enkelte klient i begyndelsen af behandlingsforløbet.

Flere behandlingscentre peger på, at det kan være vanskeligt at øge tilgængeligheden af behandling inden for de **nuværende strukturelle rammer**, fordi det at sikre tilgængelighed i høj grad fordrer et stabilt behandlingstilbud. Finansiering via puljemidler og således inden for relativt korte tidsrammer, udfordrer stabiliteten og dermed tilgængeligheden.

Telebehandling

Flere centre fortæller om konkrete initiativer, som er undervejs og kan øge tilgængeligheden af ludomanibehandling i fremtiden. De nye initiativer handler især om nye former for behandling, især behandling, der gør brug af digitale kanaler såsom chatfunktioner, videosamtaler og telebehandling. På baggrund af evalueringen kan der både påpeges at være potentialer og udfordringer forbundet med en øget grad af telebehandling af personer, der lider af ludomani. I boksen nedenfor fremgår nogle opmærksomhedspunkter i relation til telebehandling.

Boks 3.8 Telebehandling af ludomani

Hvad er telebehandling?

Telebehandling er behandlingssamtaler, hvor behandleren og klient ikke sidder i samme rum, men i stedet taler sammen over telefon eller video. I perioden 2015-2017 har der ikke været givet specifikke midler til telebehandling, dog har flere centre, der har deltaget i denne evaluering i årene 2015-2017, gjort sig nogle initiale erfaringer eller taget stilling til om brugen af telemedicin. Efterfølgende, i 2018, er der dog ydet tilskud til et projekt med telebehandling af ludomani. I øjeblikket er evidensen af telemedicin lav, men dog ses dette som et udviklingsområde og det formodes at have en positiv effekt.

Fordele og ulemper ved telebehandling

Flere centre nævner, at de ser fordele i telebehandling i forhold til at opfylde målet om tilgængelighed. De oplever, at tilgængelig kan være svært for alle borgere i Danmark, da mange bor langt fra et behandlingscenter. De ser samtidig en fordel ved, at man ikke skal rejse til/være fysisk på behandlingscenteret, men kan tale sammen via telebehandling, da ikke alle borgere har råd til at betale transporten til behandlingen, ligesom nogle klienter har et stort ønske om, at andre mennesker ikke skal vide, at de er i behandling, og de derfor frygter at møde andre i venteværelset/gadedøren. I de tilfælde vil telebehandling være relevant.

Nogle behandlere er dog skeptiske over for telebehandling og mener, at den personlige relation er sværere at opnå via en skærm/telefon og telebehandling derved ikke vil kunne få det samme indhold som en personlig samtale.

Kilde: interviews i forbindelse med denne evaluering samt rapporten 'Effekten af behandlingsmetoder inden for ludomani' - Aarhus Universitetshospital, Jakob Linnet 2016.

3.3.7 DOKUMENTATION, EVALUERING OG LÆRING

I forbindelse med puljeudmøntningen er der ikke krav om, at behandlingscentrene skal anvende særlige måleredskaber eller mål for klienternes progression og effekter af behandlingen. På tværs af behandlingscentrene viser der sig derfor også stor **variation i måden, der dokumenteres** på, herunder om der anvendes validerede psykometriske skalaer til en klientrettet vurdering af forløbsprogression i behandlingen. Nogle behandlingscentre måler stringent og dokumenterer effekter på alle forløb, mens andre behandlingscentre slet ikke har en praksis med at dokumentere på effekten eller slutte et behandlingsforløb af med en samlet dokumentation.

Flere af behandlingscentrene har i forbindelse med den første samtale en udredende del, hvor den indledende status for klientens spillelyst og -adfærd afdækkes. Her anvender nogle centre validerede psykometriske måleredskaber som fx NODS samt selvevalueringsværktøjer, mens andre alene beskriver klienterne i prosatekst. Behandlingscentre, der har en tæt tilknytning til den regionale psykiatriske behandling, trækker desuden sundhedsdata og screener således den enkelte klient for andre lidelser, der kan være relevante at kende i relation til behandling af ludomani, men som den enkelte klient ikke nødvendigvis selv finder grund til at nævne i forbindelse med udredningen. Dette har vist sig relevant ift. at screene de mulige klienter inden første udredende samtale og dermed sikre, at det kun er dem, der er i den relevante målgruppe, som opstarter behandling.

For de behandlingscentre, der anvender måleredskaber, som afrapporteres i skalaer, bliver der i løbet af behandlingen talt om, hvor klienterne var på behandlingens startpunkt, og behandleren bruger derved den indledende information eller data på klientniveau i samtalen til at forklare udviklingen i et behandlingsforløb og motivere til fortsat behandling. Ved den afsluttende samtale bliver klienten igen målt via de psykometriske måleredskaber, som anvendes til at afdække behandlingseffekten og bliver beskrevet i et afsluttende notat.

Der viser sig desuden også **forskelle i, hvorledes centrene indsamler læring og nyttiggør viden** om klienternes progression i deres egne organisationer. Alle centre samler information om aktiviteter i en årsrapport til Sundheds- og Ældreministeriet, men, jf. ovenfor, varierer det på tværs af centrene, om der anvendes måleredskaber og indsamles viden om progression i alle klienters behandlingsforløb. Centrene data muliggør derfor ikke en fuldstændig komparativ analyse af effekten, som beskrevet i afsnit 4.1. Centrene befinder sig på nuværende tidspunkt på forskellige steder i en modningsproces i forhold til at foretage effektmålinger, men udviser alle en imødekommelse over for at kunne indsamle og bruge data på aggregeret niveau.

"Vi har fokus på at levere en god behandling og sikre klientens bedste. Vi vil dog gerne give data videre, så andre kan bruge den viden. "

- Leder af behandlingscenter

De fleste centre indsamler som nævnt individdata i form af før- og eftermålinger vha. validerede måleredskaber og anvender disse data på aggregeret niveau til brug for centerets ledelse. Dette muliggør, at ledelsen kan følge udviklingen i behandling over tid samt se, om der er en udvikling/ændring i typen af klienter samt de specifikke udfordringer, klienterne har. De steder, hvor denne form for dataanvendelse, er eksempler på, at systematikken i indsamling og anvendelse af data kan variere i omfang og intensitet. En systematisk og konsistent anvendelse af måleredskaber går således forud for en systematisk og konsistent anvendelse af data på 1) klientniveau, 2) aggregeret niveau med henblik på dokumentation af behandling og 3) aggregeret niveau med henblik på såvel dokumentation som organisatorisk læring og videreudvikling af behandling. Selvom de fleste centre i dag anvender måleredskaber konsistent (1), viser der sig dog på de fleste centre et udviklingspotentiale ift. at anvende data på aggregeret niveau til at sikre en bedre dokumentation og evaluering af praksis (2) og dermed en læring og databaserede udviklingsinputs til centrenes fagprofessionelle.

I forhold til videreudvikling af behandlingen og kompetenceudvikling/videreuddannelse arbejdes der i alle centrene med kontinuerlig sparring og supervision og egentlig efteruddannelse af medarbejderne. I spørgeskemaundersøgelsen har alle centre svaret, at der er **løbende faglig efteruddannelse**. Dette er eksempelvis i forhold til den terapeutiske tilgang og kognitiv metodeudvikling. Konkret er nævnes der følgende aktiviteter til at sikre løbende efteruddannelse: deltagelse i strukturerede uddannelsesforløb, netværksmøder og på konferencer, se boksen nedenfor.

Boks 3.9 Efteruddannelse af psykologer på behandlingscentre

For de behandlingsaktiviteter hvor behandlingen primært varetages af psykologer er der en efteruddannelsesstrategi:

- Alle psykologer modtager løbende (hvert år) efteruddannelse og supervision.
- Efteruddannelse strategierne kombinerer uddannelse målrettet fagområdet ludomani med en uddannelsesplan, der er individuel for hver psykolog.
- Supervisionen foregår løbende og består af: Intern supervision (månedligt to timer) og ekstern supervision af psykolog, der er specialist i psykoterapi og klinisk psykologi (månedligt to timer).
- Nyopstartede psykologer, som endnu ikke har opnået autorisation, modtager desuden løbende intern sagssupervision af centerets mere erfarne psykologer (ugentligt en time de første to måneder og herefter hver 14. dag i ca. 6 måneder efter opstart).

Kilde: Spørgeskemabesvarelser fra Forskningsklinikken for Ludomani, Dansk Ludomani Behandling og Ludomani og Indsattes Velfærd

I interviewene med centerledere nævnes det desuden, at man generelt lader sig inspirere af andre behandlingscentre, både i ind- og udland (fx USA). Det påpeges i den sammenhæng, at udviklingen inden for både dokumentation og evaluering samt behandlingsmetoder går stærkt, hvorfor efteruddannelse og videreudvikling er nødvendig.

4. PULJENS BIDRAG TIL FOREBYGGELSE AF LUDOMANI

KAPITLETS HOVEDINDSIGTER

Hvilke forebyggelsesaktiviteter er gennemført?

- Der er gennemført omkring 113 forebyggelsesaktiviteter i løbet af den treårige periode (2015-2017).
- Størstedelen af forebyggelsesindsatserne (61 pct.) var af analog karakter og fandt sted fysisk, eksempelvis i form af en folder, en plakat, et oplæg eller et møde mm.

Hvordan blev indsatserne målrettet forskellige målgrupper?

- Forebyggelsesindsatserne målrettet danskere med anden etnisk baggrund målrettede deres indsats til særlige boligområder. I udarbejdelsen af indsatsen inddrog afsenderen eksperter, gjorde sig overvejelser om sproglige barrierer og søgte at engagerer lokale resourcepersoner i indsatserne.
- Forebyggelsesindsatserne tiltænkt ældre medborgere var målrettet personer over 45 år, formaterne var primært analoge og indsatserne søgte at vise konsekvenserne af spil – både for målgruppen og målgruppens pårørende.
- Forebyggelsesindsatserne målrettet medlemmer af sportsklubber var primært målrettet unge sportsklubber på tværs af sportsgrene og havde et sekundært fokus på spillernes forældre og trænere. Der blev brugt relativt flere digitale formater sammenlignet med de øvrige år, blandt andet lancering af videoer, indhold på sociale medier og en række hjemmesider. Afsenderne valgte forskellige samarbejdspartnere i indsatserne, herunder spiludbydere, idrætsforbund og ambassadører i form af sportsudøvere.

Hvilke elementer opleves som virksomme i forebyggelsesindsatser?

- Tidligere klienter peger på, at hvis en forebyggelsesindsats skulle have haft en indvirkning på udviklingen af deres spilleproblem, så skulle de have været eksponeret for indsatsen, inden de spillede, og før de havde et problem.
- Informanterne udtaler overordnet, at en god forebyggelsesstrategi er en strategi, der indtænker *forskellige* formater i forebyggelsesarbejdet.
- Informanterne foretrækker generelt formater som kampagnevideoer, TV-spots, oplæg og ambassadører, til trods for at informanterne både kan pege på fordele og ulemper ved disse formater.
- Den gode vinkling på en indsats er, ifølge informanterne, budskaber, som aftabuiserer spilafhængighed, og som synliggør konsekvenserne ved pengespil.
- Endvidere påpeger informanterne, at den gode forebyggelsesindsats tydeligt og klart oplyser om, hvor og hvordan man kan henvende sig for hjælp.

Hvilke strukturelle forhold udfordrer forebyggelsen af ludomani?

- Endelig er der en række strukturelle forhold, som udfordrer forebyggelsesindsatserne, herunder bevillingsperioden for forebyggelsesmidlerne, manglende oplysning om hvad spilafhængighed er blandt befolkningen, samt en geografisk skævvridning af hvor i landet forebyggelsesindsatserne henviser til.

Dette kapitel belyser, hvordan puljen til forebyggelse af ludomani fra 2015-2017 bidrog til forebyggelsen af ludomani i Danmark.

I kapitlet inddrages både kvantitative og kvalitative data. De kvantitative data består af data om eksponeringen af forebyggelsesindsatser. Den kvalitative data baserer sig på fokusgruppesamtaler med i alt 8 personer: 4 tidligere/nuværende klienter, 2 pårørende og 2 personer, som har vist interesse for forebyggelsesindsatserne (fx ved at efterspørge et foredrag om ludomani fra en af afsenderne eller henvende sig til afsenderne ifm. en aktivitet afholdt af afsenderen). Da den kvalitative analyse bygger på et udsnit af de mulige modtagere, vil det være muligt at sige noget om tendensen ift. virkninger af forebyggelsesindsatserne, men med dette datagrundlag eller metode vil det ikke være muligt at generalisere blot at indikere hvad der opleves som virkningsfuldt.

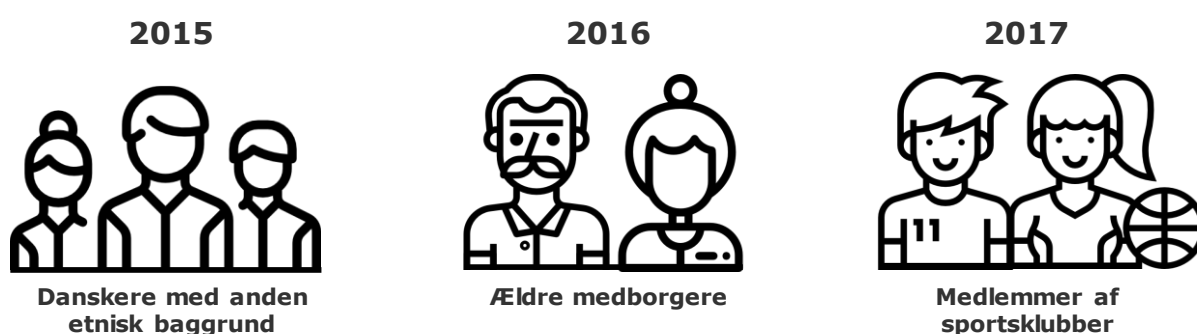
Kapitlet indledes i afsnit 4.1 med et blik på, hvordan man kan forstå forebyggelse, hvornår der er tale om forebyggelse og hvilken form for forebyggelse af ludomani, som modtagerne af forebyggelsesindsatserne foretrækker. I afsnit 4.2 præsenteres de strategiske valg truffet af afsenderne af indsatserne for at målrette indsatserne. Afsnit 4.3 kigger nærmere på, hvor bredt indsatserne nåede ud – med andre ord, eksponeringen af indsatserne. I afsnit 4.4 går vi fra at fokusere på, om indsatsen er nået frem til at fokusere på, hvordan indsatsen blev modtaget. Her undersøger vi, hvilke elementer i forebyggelsesindsatserne, der opleves virksomme af tidligere og nuværende klienter, pårørende og personer, som har vist interesse for indsatserne. Afslutningsvist præsenteres de strukturelle forhold i afsnit 4.5, som ifølge afsenderne af indsatserne, klienter, pårørende og behandlerne, udfordrer forebyggelsen af ludomani.

Forebyggelsesindsatserne 2015-2017

Puljemidlerne blev i 2015-2017 udmøntet til to behandlingscentre. De to behandlingscentre var Center for Ludomani og Frederiksberg Centeret, som i dette kapitel betegnes som afsenderne af forebyggelsesindsatserne.

De to afsendere af forebyggelsesindsatserne fik for hvert år til opgave at målrette deres forebyggelse til en specifik målgruppe. Målgruppen for indsatserne fremgår af figur 4.1. Disse målgrupper var blevet valgt på baggrund af rapporten "Forebyggelse af ludomani i Danmark" fra 2011²⁶, som blandt andet pegede på disse målgrupper som relevante for fremtidige forebyggelsesindsatser.

Figur 4.1 Målgrupper for forebyggelsesindsatser 2015-2017



4.1 Primær, sekundær og tertiær forebyggelse

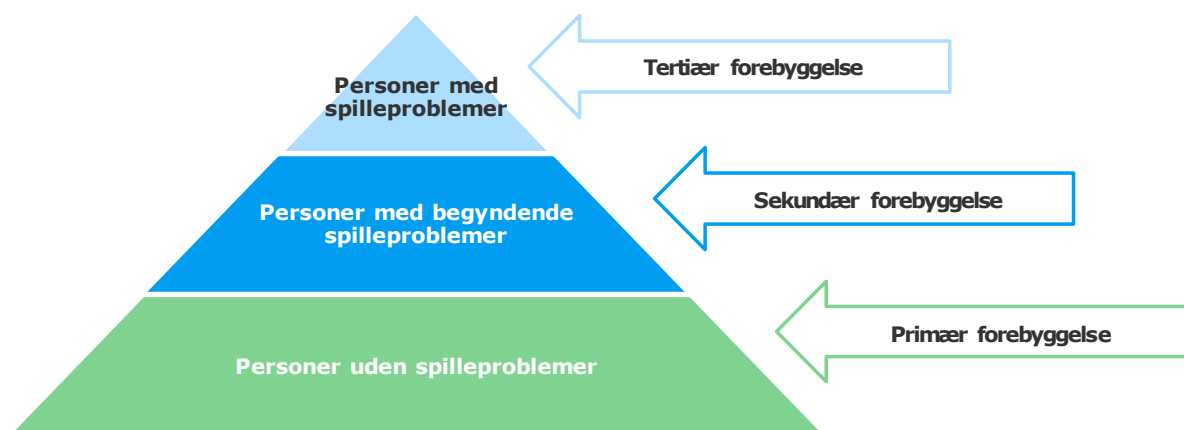
Forebyggelse af ludomani kan foregå på mange planer og alt efter målgruppen have forskellige formål, som det også fremgår af strategien for forebyggelse af ludomani i Danmark²⁷. Ét formål kan være at sikre, at så få som muligt udvikler spilleproblemer. Et andet formål kan være at opspore og forebygge, at personer, der har begyndende spilleproblemer, udvikler mere alvorlige

²⁶ Rapport om "Forebyggelse af ludomani i Danmark", Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011

²⁷ https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2018/Ludomanistrategi/6993_SUM_Ludomani_web.pdf

spilleproblemer. Endeligt kan man med forebyggende indsatser søge at understøtte, at så få personer som muligt fortsat lever med deres spilleproblemer (se **Error! Reference source not found.**). I Strategi til forebyggelse af ludomani fra 2018 er der opstillet tre pejlemærker for den fremtidige forebyggelsesindsats: 1. Forebyggende informationsarbejde (primær forebyggelse); 2. Indsats målrettet risikogrupper (sekundær forebyggelse) og 3. Forebyggende indsats mod tilbagefald (tertiær forebyggelse).

Figur 4.2 Formål med forebyggelsesindsatser



I det følgende præsenteres informanternes oplevelse af formålet med de indsatser, som de er blevet præsenteret for, samt deres betragtning af hvornår man mere generelt bør sætte ind med forebyggelsesindsatser.

4.1.1 INFORMANTER MENER, AT DEN PRIMÆRE FOREBYGGELSE BØR PRIORITERES

Den forebyggelsesindsats, som informanterne dog kan forestille sig ville have virket forebyggende for dem, er den **primære forebyggelse**: den borgerrettede forebyggelse og oplysning om spilafhængighed samt konsekvenserne heraf. Informanterne forestiller sig, at et oplæg på linje med et oplæg om hashmisbrug eller alkohol kunne have virket forebyggende. Det kunne have oplyst dem om, hvad ludomani er, hvordan og hvor hurtigt det kan udvikle sig, og hvad man selv kan gøre for at undgå, at spillet tager overhånd.

Dette er lidt i kontrast til den oplevelse informanterne har af de forebyggelsesindsatser, som de er blevet præsenteret for. Her oplever informanterne nemlig, at indsatserne enten henvender sig til personer, som har et begyndende eller tilbagevendende spilleproblem – også det man jf. terminologien i figur 3.2 kan kalde den hhv. sekundære og tertiære forebyggelse. Informanterne oplever indsatserne som en opfordring til at stoppe op og reflektere over egne spillevaner og henvende sig til behandlingscentrene, hvis man har behov for hjælp.

“Det er først, når man er helt ude, at man lytter. Ellers går man med skyklapper på”.

- Tidligere klient

Flere klienter peger på, at mens den tertiære forebyggelse kan henvise til behandling og vejledning og forebygge, at personens tilstand forværres, så bør forebyggelsen starte tidligere og før problemet udvikler sig.

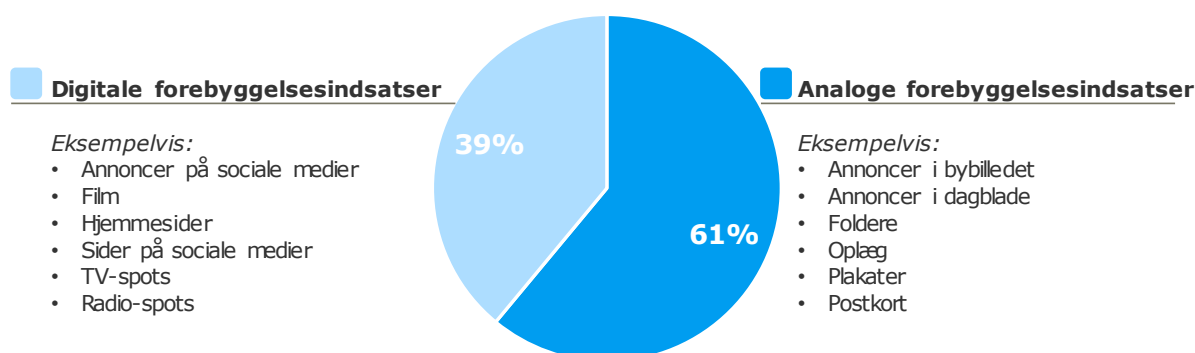
4.1.2 FOREBYGGELSESIINDSATSERNE SPÆNDER BREDT OVER EN RÆKKER FORMATER

Dette afsnit gennemgår de strategiske valg, som de to afsendere af forebyggelsesindsatserne har truffet for at målrette indsatserne. Afsnittet kaster indledningsvist et blik på diversiteten i indsatsernes formater samt fordelingen mellem analoge og digitale indsatser. Herefter præsenteres afsendernes målgruppeforståelse, valg af formater og særlige greb i forebyggelsesindsatserne for hver af de tre målgrupper.

En kortlægning af afsendernes forebyggelsesaktiviteter viser, at der i perioden 2015-2017 blev gennemført i alt 113 forebyggelsesaktiviteter. Nogle af indsatserne var analoge og fandt sted fysisk som f.eks. reklamer på busser, gratis postkort på caféer, oplæg i foreninger mm.), mens andre foregik digitalt gennem TV-spots, radio-spots, hjemmesider, videoer mm.

De indsatser, som i perioden var blevet anvendt mest, var annoncer i bybilledet, annoncer i dagblade, annoncer på sociale medier, film, foldere, hjemmesider, møder, oplæg, plakater, postkort og sites på sociale medier. Derudover var der flest analoge forebyggelsesindsatser, som altså fandt sted fysisk (se nedenstående 4.3, der viser fordelingen af henholdsvis digitale og analoge forebyggelsesindsatser for begge afsendere over den samlede treårige periode).

Figur 4-1.3 Digitale og analoge forebyggelsesindsatser



Kigger man nærmere på forskelle mellem forebyggelsesindsatserne udsendt til de tre forskellige målgrupper, finder man forskelle i fordelingen mellem analoge og digitale indsatser. Blandt forebyggelsesindsatser målrettet danskere med anden etnisk baggrund og ældre medborgere er de fleste indsatser analoge (omkring 60-70 pct.), mens forebyggelsesindsatser målrettet medlemmer af sportsklubber fordeler sig lige mellem analoge og digitale indsatser.

Derudover viser kortlægningen af forebyggelsesindsatserne, at der er forskel på, hvilke indsatser, som har været anvendt fra målgruppe til målgruppe (se tabel 4.1 nedenfor).

Tabel 4.1 Formatet for forebyggelsesindsatser fordelt på målgrupper

	Danskere med anden etnisk baggrund 	Ældre medborgere 	Medlemmer af sportsklubber 
Formatet for indsatserne (procent: analog / digital)	(69/31)	(60/40)	(50/50)
Særlige indsatser målrettet målgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogmateriale med spørgsmål og/eller dilemmaer • Rekruttering af ambassadører for indsatsen i socialt udsatte boligområder • Film 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiospots • TV-spots • Events og oplæg i samarbejde med Danske Seniorer 	<ul style="list-style-type: none"> • Generelt flere forskellige aktiviteter • Sociale medier • Rekruttering af unge ambassadører for indsatsen • E-læringsforløb

I de følgende afsnit vil vi gennemgå de strategiske overvejelser, som afsenderne af forebyggelsesindsatserne har gjort sig om de tre målgrupper.

4.1.3 FOREBYGGELSESINDSATSER MÅLRETTET DANSKERE MED ANDEN ETNISK BAGGRUND

Målgruppen

Målgruppen er defineret ved at have en anden etnisk baggrund end dansk, og er derfor i realiteten meget bred, idet den reelt spænder over en stor og varierende andel af befolkningen, hvad angår alder, køn, sprog samt kulturel og religiøs overbevisning. Forebyggelsesindsatserne er dog blevet indkredset for at målrette kommunikationen til særlige segmenter i målgruppen, herunder særlige boligområder og til en vis grad religion.



Danskere med anden etnisk baggrund

Afsenderne af forebyggelsesindsatserne har for det første gjort sig nogle overvejelser om, i hvilke **geografiske områder** indsatsernes fysiske materiale skulle distribueres i forhold til at ramme målgruppen. Mens den ene afsender har valgt at fokusere på 21 boligområder i landet grundet deres etniske sammensætning, har den anden afsender valgt at distribuere materiale på et centralt område i København, idet der her ifølge afsenderen er den højeste koncentration af spilleautomater. Endelig har begge afsendere haft overvejelser om at inddrage **religion** i indsatserne som en måde at ramme dele af målgruppen. Mens den ene afsender valgte at have fokus på spillet fremfor kulturelle, etniske eller religiøse forskelle, inddrog den anden afsender religion i begrænset omfang.

Formatet

Som før nævnt var størstedelen af indsatserne målrettet danskere med anden etnisk baggrund **analoge**. Afsenderne udsendte blandt andet annoncer i bybilledet, i dagblade, distribuerede foldere, dialogkort, plakater, postkort og afholdt oplæg og møder. Ifølge afsenderne egnede de analoge formater sig godt til at distribuere fysisk i de udvalgte boligområder, og derudover kunne møder og oplæg åbne for dialogen om pengespil. Der blev også udviklet og gennemført digitale indsatser, herunder lancering af hjemmesider, kampagnevideoer, sider på sociale medier og annoncer på sociale medier.

Greb i forebyggelsesindsatserne

Begge afsendere inddrog **eksperter** i udarbejdelsen af forebyggelsesindsatserne. Det var ifølge afsenderen vigtigt, at forebyggelsesindsatsen tog udgangspunkt i målgruppens eksisterende rammer, hvorfor afsenderne i udarbejdelsen af indsatserne inddrog en række eksterne parter, der havde berøring og erfaring med målgruppen.

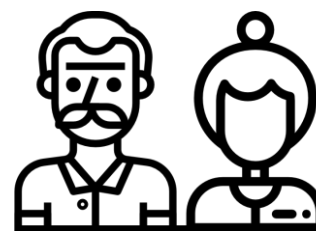
Derudover havde begge afsendere gjort sig overvejelser om **sproget** og valgte her to forskellige løsninger. Den ene afsender antog, at målgruppen havde gode danskundskaber. Den anden afsender lænede sig op ad det ekspertpanel, som rådgav i udviklingen af forebyggelsesindsatserne og anbefalede afsender at udgive materialet på 6 forskellige sprog, herunder dansk, engelsk, urdu, farsi, arabisk og tyrkisk.

Endelig havde begge afsendere af forebyggelsesindsatserne haft fokus på at opbygge engagement og tillidsrelationer til **ressourcepersoner i boligområderne** for at kunne sprede budskaber mv. gennem målrettede fysiske materialer, mundtlig formidling og personbåren kommunikation.

4.1.4 FOREBYGGELSESIKTSATSER MÅLRETTET ÆLDRE MEDBORGERE

Målgruppen

Målgruppen for forebyggelsesindsatserne i 2016 var ældre medborgere. Begrebet "ældre" dækker over en meget stor og varieret del af befolkningen i forhold til både alder, køn, sociale ståsted samt arbejdsmarkedstilknytning. Af samme årsag drøftede afsenderne i ansøgningsfasen en mulig indkredsning af målgruppen sammen med Sundheds- og Ældreministeriet. På denne baggrund valgte afsenderne at afgrænse deres forebyggelsesindsatser til voksne over 45 år.



Ældre medborgere

Afsenderne så nogle fælles karakteristika hos målgruppen af voksne over 45 år, idet de vælger **mindre komplekse spil** såsom spilleautomater, bingo og visse kasinospil end de yngre spillere.

Derudover inddelte afsenderne målgruppen i **mindre undergrupper**. Den ene afsender fokuserede dels på den brede målgruppe over 45 år, dels seniorer. Den anden afsender opererede med tre undergrupper: 1) mænd over 50 år, som er kendetegnet ved at være flugtspillere, 2) kvinder over 50 år, som, udover at være flugtspillere, oplever spillet som et forum for hygge og socialt fællesskab, og 3) krigsveteraner, typisk 45 år og opefter, som spiller en kombination af både hurtige og langsomme spil, idet de på en gang ofte søger spændingen i de hurtige spil, men samtidigt også bruger spillet til at dulme sig selv og lægge afstand til svært håndterbare følelser.

Format

Formaterne for forebyggelsesindsatserne var **overvejende analoge** og indeholdte langt hen ad vejen de samme formater, som blev brugt til forebyggelsesindsatserne målrettet danskere med anden etnisk baggrund, herunder annoncer i dagblade, annoncer i bybilledet, foldere, plakater, postkort og oplæg. En af afsenderne peger i denne forbindelse på, at målgruppen i 2016 ikke brugte så meget tid online, hvorfor de analoge indsatser blev prioriteret. Afsenderne lancerede dog også digitale formater, herunder videoer og annoncer delt på sociale medier, hjemmesider specialiseret til målgruppen samt radiospot, som blev sendt ud til lokalradioer. Endelig fremhæver en af afsenderne, at de også indgik et samarbejde med Danske Seniorer for at få skabt fokus på ludomani gennem organisationens medlemskommunikation samt via events og oplæg med medlemmerne.

Greb i forebyggelsesindsatserne

En af afsenderne beskriver, at de i udformningen af forebyggelsesindsatserne tog afsæt i de karakteristika og motivationsfaktorer, som knytter sig særligt til målgruppens spilleproblemer, herunder de konsekvenser spillet får for spillerens nærmeste pårørende. Pårørende har ofte en central rolle i at få den voksne med spilleproblemer til at stoppe op og reflektere over sit spil, hvorfor partnere/ægtefæller og børn fik et centralt fokus i kommunikationen.

4.1.5 FOREBYGGELSESDSATSER MÅLRETTET MEDLEMMER AF SPORTSKLUBBER

Målgruppen

Målgruppen for forebyggelsesindsatserne i 2017 var medlemmer af sportsklubber. Begge afsendere havde valgt at fokusere primært på **unge medlemmer** af sportsklubber. En af afsenderne havde endvidere valgt at specificere den primære målgruppe som sportsudøvende unge mænd i alderen fra 15-17 år, da denne gruppe ifølge en SFI-undersøgelse fra 2016 er i en særlig sårbar situation i forhold til at blive afhængig af pengespil.



Medlemmer af sportsklubber

For det andet valgte begge afsendere at målrette deres indsatser til **forskellige sportsgrene**, heriblandt sportsklubber for fodbold, tennis, håndbold, basketball, ishockey, triatlon, bordtennis og volleyball. Sportsbetting, som er udbredt blandt sportsudøvere, foregår inden for mange forskellige sportsgrene, hvorfor begge centre havde valgt at sprede indsatsen til forskellige områder. Derudover havde den ene afsender et særligt fokus på elitesportsudøvere. For det første har **elitesportsudøvere** ifølge afsenderen en større risiko for at få et spilproblem, blandt andet fordi målgruppen har særlig viden omkring sporten og på den baggrund mener at kunne forudsige udfaldet af kampe. For det andet valgte afsenderen at fokusere på elitesportsudøverne, da de ifølge afsenderen fungerer som en form for "influencers", som gennem deres sociale status i sporten kan sætte en retning for andre sportsudøvere.

Endelig valgte begge afsendere at udarbejde og gennemføre forebyggelsesindsatser til personer, som befinder sig i risikogruppens omgivelser; de unges **forældre og trænere**. Formålet med at henvende sig til forældre og trænere var at klæde disse bedst muligt på til at kunne genkende og agere, såfremt de oplevede, at deres barn eller en ung på sportsholdet var på vej ud i et problem med spil.

Formater

I forebyggelsesindsatserne målrettet medlemmer af sportsklubber er fordelingen mellem online og offline lige, og der er altså **relativt flere digitale indsatser** end blandt indsatserne i de to forrige år målrettet danskere med anden etnisk baggrund og ældre medborgere. De online formater, som afsenderne blandt andet har benyttet sig, er indhold i videoer, indhold på sociale medier og hjemmesider.

Den ene afsender producerede eksempelvis en række **videoer**. For det første producerede afsenderen en humoristisk video, som havde til formål at give idrættens verden en humoristisk vinkel på at tale om pengespil og problematisk spiladfærd, idet det ifølge afsenderen kan være nemmere at dele, like og kommentere på en humoristisk film, da det opbløder alvoren i emnet. For det anden producerede afsenderen en række videoer med kendte ansigter inden for de forskellige

sportsgrene; indsatsens ambassadører. Disse videoer havde til formål at oplyse om spilafhængighed gennem ambassadørernes perspektiv på sport og pengespil, mens den humoristiske film havde til hensigt at skabe opmærksomhed og interesse.

Derudover gjorde begge afsendere brug af **sociale medier**, særligt på Facebook. Her delte de blandt andet videoer, e-bøger, udtalelser fra deres ambassadører og links til artikler i pressen. Derudover engagerede afsenderne sportsforbund og deres ambassadører, som også delte indholdet på deres respektive sociale medier og til deres følgere. På den måde kunne indsatserne nå flere personer inden for de forskellige sportsgrene. I forhold til en af afsenderens egen Facebook-side ser denne afsender et forbedringspotentiale i at målrette yderligere kommunikation til sportsudøvere for en eller færre sportsgrene. Sportsgrenene, som afsenderen henvendte sig til, har ifølge afsenderen muligvis været for mange til, at man som ung sportsudøver inden for én sportsgren kunne spejle sig i al indholdet på siden på tværs af sportsgrene, hvilket kan have mindsket deres engagement.

Endelige lancerede begge afsendere målrettede **hjemmesider** til forebyggelsesindsatsen, som fungerede som ankerplads for afsenderens indsatser, og som henviste til materialer og aktiviteter på øvrige platforme i indsatsen samt behandlingscentrenes hjemmesider. Derudover kunne man på begge hjemmesider teste sig selv – enten som pårørende eller spiller og læse om ludomani og forebyggelse heraf. Derudover lavede en af afsenderne en hjemmeside særligt målrettet forældre i form af en "forældreplatform" med formålet om at klæde forældre bedre på til at handle og agere, når deres børn spiller spil på nettet, som kunne involvere penge.

Udover ovenstående digitale formater lancerede afsenderne også en række analoge indsatser såsom plakater og foldere, der kunne udleveres i sportsklubber, til sportsstævner og på sportsefterskoler.

Særlige greb i forebyggelsen

Den ene afsender valgte at invitere forskellige parter ind i et samarbejde om forebyggelsesindsatserne, herunder Danske Spil, DBU, DIF og DGI. Formålet med at bringe parterne sammen var at gå sammen og skabe en dialog om mådehold i pengespil. Det var en form for erkendelse af, at pengespil er en stor del af kulturen i sportsklubber, at det er vanskeligt at afholde unge fra, og at man i stedet for kan åbne op for en bevidsthed blandt de unge, deres forældre og trænere om, hvornår pengespil tager overhånd og bliver skadeligt.

Den anden afsender gik også ind i et samarbejde med diverse **idrætsforbund**, dog ikke spiludbydere. For denne afsender var det vigtigt at gøre sig uafhængig af spilindustrien og vise et klart alternativ. Afsenderen gik i stedet for sammen med diverse idrætsforbund og udarbejdede en spillepolitik med formålet om at danne rammen omkring en mere balanceret pengespilkultur. Dertil udviklede afsenderen sammen med diverse idrætsforbund anbefalinger til implementering af spillepolitikken, som skulle give forbundene tydelige rammer, som klubber, trænere, forældre og sportsudøverne kunne læne sig op ad. Samarbejdet med idrætsforbundene var ifølge afsenderen en fordel i forhold til at sikre en vej ind i klubberne og installere en bæredygtighed i forebyggelsen, som kunne række udover bevillingsperioden for forebyggelsesindsatsen.

Derudover rekrutterede samme afsender **ambassadører** inden for forskellige sportsgrene. Ambassadørerne medvirkede i videoer, deltog i begivenheder og delte forebyggelsesmateriale udarbejdet af afsenderen. Ambassadørerne kunne fra deres egne oplevelser fortælle om et miljø, som er præget af konkurrence og risikovillighed og om deres egne erfaringer med spil og tro på, at de besad en særlig "ekspertviden", som kunne bruges i sportsbetting. Formålet med at inkludere am-

bassadørerne var at skabe rum for nye samtaler om sport og pengespil i klubberne, og lade ambassadørernes gennem deres personlige historie skabe interesse og gøre emnet vedkommende for de sportsudøvere, som ser op til og inspireres af ambassadørerne.

4.2 Eksponering af forebyggelsesindsatserne

Det var med ovenstående strategiske overvejelser om målgrupper, formater og særlige greb i forebyggelsesindsatserne afsenderne hensigt at eksponere målgruppen for forebyggelsesindsatserne. Eksponering af en forebyggelsesindsats handler om, hvor mange personer som har været eksponeret for aktiviteten, eksempelvis antallet af personer, som har deltaget i en konference, set en indsats i en avis eller besøgt en hjemmeside med det forebyggende sigte.

Det er dog i denne evaluering ikke muligt at præsentere et samlet antal over personer, som er blevet eksponeret for forebyggelsesindsatserne. Årsagen er, at det kun i nogle tilfælde har været muligt at få viden om, hvor mange personer, som har set forebyggelsesindsatsen eller deltaget i aktiviteter til forebyggelse af ludomani. Mens afsenderne har haft mulighed for at måle eksponeringen af nogle af deres forebyggelsesindsatser – eksempelvis visninger af en video på internettet – har det praktisk talt ikke været muligt at måle eksponeringen af andre – eksempelvis antallet af personer som har set en plakat ved et busstoppested.

Derudover har de to afsendere dels haft forskellige praksisser for at dokumentere eksponeringen, dels forskellige muligheder for at tilgå data om eksponeringen.

Ifølge Frederiksberg Centeret har centeret modtaget mellem 200-250 henvendelser om indsatsene i hvert af de tre år – primært fra samarbejdspartnere, men også fra pårørende og spillere. Center for Ludomani har ikke opgjort lignende henvendelser, men har løbende dokumenteret eksponeringen af forskellige indsatsen inden for de tre år.

Nedenfor fremgår der en opgørelse over eksponeringen af forebyggelsesindsatserne lanceret af Center for Ludomani fordelt på de tre målgrupper. Det er her vigtigt at understreje, at opgørelsen er udarbejdet på baggrund af den tilgængelige data og altså ikke afspejler den reelle eksponering, som forventes at være større. Derudover er det også vigtigt at pointere, at man på baggrund af opgørelsen ikke kan udregne et samlet antal af personer, som er blevet eksponeret for centerets indsats, da der kan være gengangere blandt de personer, som er blevet eksponeret for de forskellige indsats. Endelig kan andre personer end målgrupperne være eksponeret for indsatsene.

Figur 4.4 Registreret eksponering af forebyggelsesindsatser målrettet danskere med anden etnisk baggrund. Afsender: Center for Ludomani



- 1200 klikkede på online-annoncer på hjemmesider, som blev vist til 90.000 personer.
- Repræsentanter fra 36 organisationer, foreninger og kommuner deltog i en konference
- 142 kursister deltog i kursusaktiviteter.
- 227 personer fik tilsendt et e-læringskursus, hvoraf halvdelen af de udsendte undervisningsmaterialer blev åbnet.
- En kampagnevideo fik 3110 visninger.
- En anden kampagnevideo fik 875 visninger.
- 33.472 unikke personer besøgte forebyggelsessiden "Stopludomani.dk".
- 8315 personer tog en online spillertest.
- 1478 personer tog pårørendetesten.

Figur 4.5 Registreret eksponering af forebyggelsesindsatser målrettet ældre medborgere. Afsender: Center for Ludomani



- En YouTube-film blev vist 939 gange på YouTube (pr. juni 2018).
- En anden film "Spil på hjernen" er pr. juni 2018 blevet vist 4827 gange.
- Omkring 105 personer deltog i to launch-events, mens mellem 200-500 deltog i øvrige oplæg.
- Center for Ludomani's hjemmeside, Ludomani.dk, havde i 2016 mere end 87.000 unikke brugere i 2016. 84 % af brugerne var nye besøgende.

Figur 4.6 Registreret eksponering af forebyggelsesindsatser målrettet medlemmer af sportsklubber. Afsender: Center for Ludomani



- 1666 personer gennemførte et spørgeskema.
- Omkring 3100 efterskoleelever hørte et oplæg. Dertil kommer de lærere, trænere og forældre, som også hørte oplæggene eller deltog i workshops.
- Kampagnofilm "Spillefuglen" blev vist 52.000 gange.
- Videointerview blev vist 11.000 gange.
- 200 personer deltog i en begivenhed til DM i Junior Tennis.
- 1683 personer så med på et interview med en håndboldambassadør sendt live på Facebook
- 55 unge deltog i en workshop.
- 5 ambassadørfilm blev i alt vist 4.000 gange.
- 144 personer gik ind og fulgte Instagram-profilen "Spil til Stregen".
- 1917 personer tilkendegav, at de "fulgte" Facebook-siden "Spil til Stregen".
- Videoerne på denne Facebook-side blev vist i alt 124.000 gange.
- 849 personer har besøgt en hjemmeside, som blev oprettet i forbindelse med indsatsen.

4.3 Virkningsfulde elementer i forebyggelsesindsatserne

Dette afsnit gennemgår de elementer, på tværs af målgrupper, som informanterne oplever som virkningsfulde. Mens afsenderne har valgt forskellige formater og foretaget forskellige greb for at målrette indsatserne til de tre målgrupper, så peger informanterne ikke på særlige formater eller greb, som de oplever som virkningsfulde for specifikke målgrupper. Derfor vil dette afsnit beskæftige sig med de elementer, som informanterne generelt oplever som virkningsfulde i forebyggelsen af ludomani.

Afsnittet indledes med en analyse af de 8 informanters vurdering af, hvorvidt et samspil mellem forskellige formater er gavnligt for den samlede forebyggelsesindsats. Dernæst følger en gennemgang af de formater, som informanterne finder virkningsfulde, samt de styrker og svagheder de ser i de forskellige formater. I det tredje afsnit præsenteres de budskaber, som informanterne mener gavner en forebyggelsesindsats mod ludomani, herunder aftabuiserende budskaber samt skildring af konsekvenserne ved pengespil. I det fjerde afsnit fremhæves dén indsats, som informanterne samlet set vurderer som den bedste forebyggelsesindsats af de indsats, de blev introduceret til under interviewene. Endeligt afsluttes afsnittet med en præsentation af de strukturelle forhold, som ifølge afsenderne af forebyggelsesindsatserne og informanterne udfordrer forebyggelsen af ludomani.

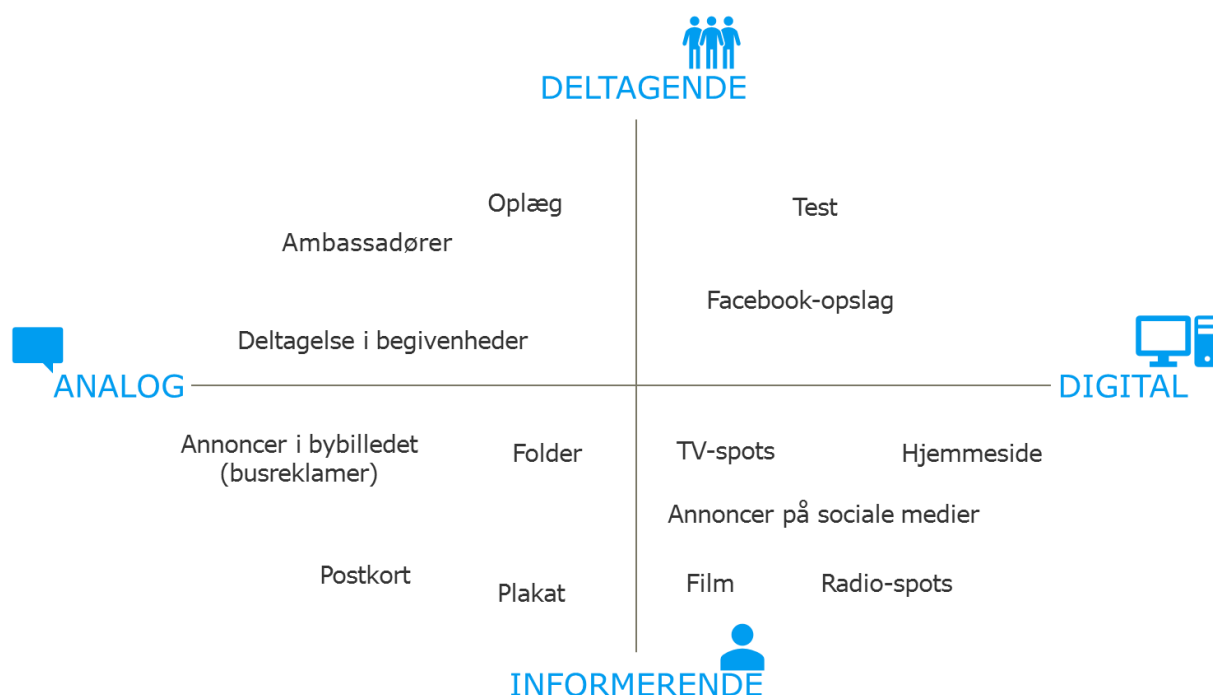
Informanterne blev under interviewene introduceret til *seks forskellige forebyggelsesindsatser*, som er udarbejdet af Center For Ludomani og Frederiksberg Centeret. Derudover blev alle informanterne introduceret til indsats målrettet de forskellige målgrupper og fik alle vist til en hjemmeside, en plakat, en e-bog og tre kampagnevideoer.

4.3.1 SAMMENSPIL AF FORSKELLIGE FORMATER

Som nævnt anvendte afsenderne af indsatserne forskellige formater. I figur 4.7 nedenfor fremgår der forskellige formater, informanterne er blevet introduceret til. De forskellige formater er placeret ud fra deres karakteristika vurderet på to akser: den deltagende-informerende akse og den analog-digitale akse.

Deltagende formater henviser til formater, der kræver en aktiv handling fra modtagerens side, som fx at tage til et oplæg eller at gennemføre en test på internettet. Modpolen til deltagende formater er *informerende* formater, hvor modtageren passivt kan blive eksponeret for indsatsen som fx ved at se en kampagnevideo i fjernsynet eller ved tilfældigt at gå forbi en plakat på gaden. Ved *analog* menes formater, som eksisterer fysisk, såsom fx en folder eller en plakat. Modpolen til analog er *digitale* formater, som er virtuelle formater, der kan foregå over internettet, fjernsynet, radioen mv. Eksempler på digitale formater er film, radiospots og hjemmesider. Alle informanter er blevet introduceret til figuren nedenfor og er blevet bedt om at vurdere relevansen af formaterne med udgangspunkt i denne.

Figur 4.7 Forskellige formater for forebyggelsesindsatserne



Informanterne udtaler overordnet, at en god forebyggelsesstrategi er en strategi, der indtænker *forskellige* formater i forebyggelsesarbejdet. Der er generel enighed i, at man ikke skal se formaterne i figuren ovenfor som isolerede fra hinanden, men at alle poler i figuren med fordel kan anvendes i forebyggelsen mod ludomani. Informanterne mener, at de forskellige formater skal aktiveres i et samspil for både at nå bredt ud til fleste mulige modtagere, men også for at ramme modtagerne på flere måder via forskellige formater. Formaterne udelukker altså ikke hinanden, men skal gerne aktiveres i et tæt samspil.

En anden årsag til, at forskellige formater skal aktiveres, er, at informanterne udviste forskellige holdninger til formaterne i interviewene. Nogle af informanterne påpegede, at digitale formater ville have været særlige virkningsfulde for dem, fordi de i deres spilletid brugte mange timer på internettet eller foran fjernsynet. Andre informanter påpegede, at de udelukkende spillede i spillehaller og på kasinoer, og at analoge formater i nærheden af spillehallerne derfor havde været at foretrække for dem. Derudover fremgik det af interviewene, at informanterne havde divergerende holdninger til de samme formater. Fx udtalte en tidligere klient, at han syntes, at plakater er et særligt godt format til at forebygge ludomani fordi:

"(...) dem [plakaterne] kan du risikere at se ALLE steder – også selvom du ikke selv har opsøgt dem."

- Tidligere klient

Denne udtalelse var en anden tidligere klient uenig i, idet han mente, at man ikke ser plakater eller lægger mærke til indsatser, når man er i benægtelsesfasen. 'Benægtelsesfasen' refereres også som den fase, hvor en person begynder at udvise begyndende spilleproblemer, og hvor den sekundære forebyggelse indtænkes (jf. afsnit 3.1). Ifølge denne informant er plakater således

ikke det optimale format til personer, der befinder sig i dette stadie. Uenigheden mellem informanterne er et eksempel på, at der kan være stor variation imellem informanternes meninger om, hvad der udgør det 'gode' format. Formaterne rammer individuelt og forskelligt, og hvad den ene informant ser som en styrke bliver af den anden fremhævet som en ulempe.

På trods af denne diversitet er der dog stadig nogle formater, der i overvejende grad fremhæves som særligt gode til forebyggelse af ludomani. I afsnittet nedenfor gennemgås de forskellige formater, som informanterne oplever som særligt rammende.

4.3.2 ANALOGE OG DELTAGENDE FORMATER SOM OPLEVES VIRKNINGSFULDE

I dette afsnit ser vi på, hvordan informanterne vurderer formaterne i det analoge-deltagende felt. Som figur 4.7 illustrerer, er der i dette felt fokus på *aktive* og *fysiske* formater som fx oplæg eller deltagelse i begivenheder. Nedenfor gennemgås informanternes oplevelse af disse analoge-deltagende formater.

Oplæg

Der er generelt enighed blandt informanterne om, at *oplæg* er et format, der opleves særligt godt i det forebyggende arbejde. Flere af de tidligere klienter påpeger, at et oplæg kunne have haft stor betydning for dem, hvor de fx kunne havde hørt en person med spilleproblemer fortælle om sine erfaringer med pengespil. Informanterne udtaler, at det er den personlige historie, der gør formatet stærkt, fordi den personlige historie kan give et dybdegående indblik i livet med spilafhængighed, hvilke konsekvenser det medfører og ikke mindst behandlingsmuligheder.

Oplæg bliver endvidere fremhævet af informanterne som et format, der med fordel kan iværksættes som en tidlig forebyggelsesindsats mod ludomani som en del af den primære og borgerrettede forebyggelse jf. 4.1, og som kan iværksættes på eksempelvis skoler, ungdomsuddannelser samt i fritids- og idrætssklubber. Flere af informanterne påpeger, at de i folkeskolen har haft oplæg om stof- og alkoholmisbrug, men aldrig oplæg om ludomani, som de ikke vidste, hvad var, før de selv var endt ud som spillemisbrugere. Et oplæg omhandlende ludomani kunne således passende blive sat på skemaet i samme stil som forebyggelsesoplæg vedrørende andre misbrug, der er på skemaet i dag.

Endnu en fordel ved oplæg er, at det er et format, der både kan aktiveres over for målgruppen samt personer, der omgås målgruppen. Oplæg kan således både tiltænkes og iværksættes over for målgruppen, fx unge medlemmer af sportsklubber (målgruppen), men også tiltænkes personer, der omgås de unge sportsmedlemmer som fx forældre eller trænere. Oplæg er således en aktivitet, der både kan iværksættes over for målgruppen samt over for relevante personer, der omgås målgruppen.

På trods af disse fordele påpeger informanterne dog også en række ulemper ved oplæg som format. Informanternes største anke mod oplæg er dog, at formatet kræver en fysisk tilstedeværelse i kraft af, at folk skal møde op til oplægget. Dette kan være en udfordring, fordi personen endnu ikke har erkendt sit spilleproblem, eller hvis personen har, vil han eller hun måske ikke forbindes med ludomani gennem sin deltagelse. Både tidligere klienter og pårørende adresserer denne udfordring, og flere nævner hertil, at oplæg i stedet skal iværksættes i det primære forebyggelsesarbejde, *inden* man har udviklet en spilafhængighed. Som tidligere nævnt kan det fx være ved at lave oplæg i skoleregi, hvorfor oplæg om ludomani dermed gøres til en obligatorisk del af undervisningen. Dette kan være en måde at overkomme en potentiel stigmatisering på.

Ambassadører

Informanterne påpeger også, at *ambassadører* kan fungere godt som værktøj i det forebyggende arbejde, da ambassadøren kan give målgruppen en person, som de kan se op til og relatere til. Informanterne påpeger, at en ambassadør særlig kunne være et positivt format over for målgruppen af unge i sportsklubber eller målgruppen af danskere med anden etnisk baggrund.

4.3.3 ANALOGE OG INFORMERENDE FORMATER, SOM OPLEVES VIRKNINGSFULDE

I dette felt er der fokus på fysiske og informerende indsatser som fx plakater, flyers, postkort samt reklamer, der generelt fremgår i bybilledet.

Plakater, flyers, postkort mv.

Informanterne påpeger, at formaterne i dette felt har én primær fordel: de er offentligt tilgængelige for alle, og de kræver derfor ikke nogen aktiv handling fra modtagerens side. Med forebyggelsesindsatser som disse kan alle personer blive eksponeret for indsatserne – også selvom man ikke selv har opsøgt dem. Særligt plakater og reklamer i bybilledet bliver fremhævet som særligt fordelagtige, fordi alle kan blive eksponeret for indsatsen som forbipasserende. Plakater og reklamer kræver ikke, at man aktivt skal møde op, som man fx skal til et oplæg, og det kræver heller ikke, at man aktivt skal klikke sig ind på en hjemmeside for at blive oplyst om ludomani. Informanterne anser dette informative og informerende format som en klar fordel i forebyggelsen af ludomani. Det skyldes særligt, at informanterne i kraft af deres egne erfaringer er enormt bevidste om den potentielle stigmatisering, der kan være forbundet med de deltagende formater.

Informanterne har dog også en række indsigelser mod formater i dette felt. Generelt er de overbevist om, at formater i dette felt *ikke* kan løfte personer med ludomani ud af deres misbrug. Derimod ser de analog-informerende formater som forebyggende, men ikke som henvisende for folk med spilleproblemer eller begyndende spilleproblemer:

"De ting der, tror jeg ikke, får nogen til at søge behandling. De er mere forebyggende, tror jeg. Jeg vil ikke søge hjælp, fordi jeg så en plakat."

- Tidligere klient

Informanterne mener overordnet set, at formaterne i dette felt ikke er gode til at hjælpe personer med spilleproblemer. Det gør dog ikke formaterne ubrugelige. I stedet mener informanterne, at de analog-informerende formater i stedet kan være gode som oplysningsindsatser, der kan sætte fokus på og udbrede viden om ludomani i Danmark. Dette illustrerer, at formaterne kan have forskellige funktioner og være målrettet forskellige formål, målgrupper og indsatsniveauer i det forebyggende arbejde.

Informanterne påpeger endvidere, at foldere, flyers og postkort er formater med en række ulemper, som plakater og bybilleder ikke besidder. Det kommer særligt til udtryk gennem formaternes funktion med ønsket om, at en person skal tage en flyer eller et postkort med hjem. Det kræver igen en aktiv handling, hvilket kan være udfordrende for en person med spilleproblemer grundet tabu og frygten for stigmatisering. En tidligere klient udtaler, at han *"aldrig ville tage en folder af frygt for, at nogen så mig med den"* (tidligere klient). Dette citat adresserer, ligesom tidligere nævnt, problematikken ved *deltagende formater*, idet disse formater kan være særligt forbundet med stigma. Det gælder både for analoge og digitale indsatser – så længe formaterne er *deltagende* frem for *informative*, er der potentiel stigmatisering forbundet med indsatsen. Tabuet om-

kring ludomani sætter således grænser for, hvor effektive disse formater kan være, fordi modtagerne aktivt fravælger disse indsatser og undgår fx at tage en folder i tasken eller at deltage til et oplæg.

4.3.4 INFORMERENDE-DIGITALE FORMATER, SOM OPLEVES VIRKNINGSFULDE

I dette felt er det fokus på informerende-digitale formater, som er indsatser, der informerer om ludomani online, i radioen eller i fjernsynet. Eksempler på formater i dette felt er kampagnevideoer, hjemmesider, TV-spots, online-indsatser mv. (jf. figur 3.7).

Kampagnevideoerne

Kampagnevideoer bliver modtaget meget positivt af alle informanterne. Til interviewene har samtlige informanter fået vist tre kampagnevideoer, og disse videoer vækker positiv respons hos informanterne. Kampagnevideoerne bliver beskrevet som fængende, underholdende, og så er disse film gode til, på meget kort tid, at skildre følelser, som informanterne kan relatere til. Derudover påpeger informanterne også, at det er en klar fordel ved videoformatet, at man som modtager ikke skal læse, men at man blot kan læne sig tilbage og observere videoen.

"Det er rigtig positivt, at det er en video. Det virker godt, og det er nemt. Her skal man bare trykke "play" og så får man informationerne. Man skal ikke gøre mere selv."

- Tidligere klient

Flere af interviewpersonerne påpeger, at udfordringen ved kampagnevideoerne er, at de ofte kun er tilgængelige på internettet. Flere af informanterne fortæller dog, at de bruger mange timer på YouTube, og at de har brugt mange timer på spiludbydernes hjemmesider. I deres optik ville det således være en yderst effektiv måde, hvis man kunne få kampagnevideoerne udbredt på disse platforme som betalte reklamer.

Samlet set viser de kvalitative interviews, at kampagnevideoer overordnet er et godt format, men at de ikke, som det er nu, er tilgængelige de rette steder. Det er de færreste af informanterne, der har set kampagnevideoerne før, og de udtaler også, at det ikke ville falde dem ind at google dem frem på internettet. De nævner hertil, at de måske godt kunne finde på at google dem nu, efter de er startet i et behandlingsforløb, men at det ikke er noget, de kunnet have fundet på i perioden med spilleproblemer.

TV-spots

På grund af ovenstående udfordring påpeger informanterne, at kampagnevideoerne med fordel kunne blive sendt som TV-spots. Ved TV-spots bliver modtageren eksponeret for kampagnevideoen umotiveret, hvilket udgør en central fordel. TV-spots bliver generelt fremhævet som et særligt godt format til forebyggelsen af ludomani. Det skyldes særligt passiviteten ved formatet, men også at TV-spots ofte har en større og bredere modtagergruppe end ved de online kampagnevideoer. Hertil nævner flere af informanterne, at TV-spots med fordel kan målrettes målgrupperne, således at kampagnevideoerne kunne blive vist før og efter sportskampe i fjernsynet. Endvidere påpeger informanterne, at TV-spots er gode, fordi de kan virke forebyggende og henvisende. Forebyggende, fordi TV-spots kan oplyse og informere folk i målgruppen om spilafhængighed, men også henvisende, fordi folk med spilleproblemer bliver eksponeret for kampagnevideoen uden selv at have opsøgt det. Kampagnevideoen kan på den måde evt. være med til, at en person med spilleproblemer potentielt kan blive bevidst om sit problem og via videoen kontakte centeret bag forebyggelsesindsatsen.

Hjemmesider

Informanterne blev også introduceret til hjemmesider som et format til forebyggelsesindsatser. Gennem fokusinterviewene blev det dog klart, at informanterne generelt er kritiske over for hjemmesider som et format, der kan forebygge ludomani. Flere af informanterne påpeger, at det kan være svært at få folk, der lider af ludomani, til at klikke ind på hjemmesiden i første omgang;

"Hvis en ludoman ikke synes, at han har et problem, så opsøger han jo ikke den der Hjemmeside."

- Pårørende til tidligere klient

Flere af informanterne påpeger, at det ikke er selve hjemmesiden, der er problemet, men snarere det at komme ind på hjemmesiden i første omgang, som udgør en barriere ved formatet. Derudover påpeger flere af de tidligere klienter, at de ikke kan forestille sig, at deres spillevaner ville have ændret sig på baggrund af en hjemmeside:

"Man ændrer ikke på sine spillevaner ved at læse på en hjemmeside."

- Tidligere klient

Omvendt mener informanterne, at en hjemmeside er god som et *oplysende* format. Flere påpeger, at formatet kan være fint som informationskilde, hvis man vil vide mere om ludomani, og hvor man kan søge hjælp. En pårørende fortæller, at hun synes, at en hjemmeside er et godt format til en pårørende som hende, da den kan oplyse om, hvad spilafhængighed er, kendetegn og faresignaler, behandlingsmuligheder mv. Det kan være rart at læse mere om problemet som pårørende, når man aldrig har hørt eller beskæftiget sig med ludomani før. En hjemmeside kan således være oplysende for folk, der omgås personer med spilleproblemer, men den ikke er handlingsanvisende i den forstand, at personer, der lider af ludomani, ville opsøge hjælp på baggrund af hjemmesiden.

Derudover nævner flere af informanterne, at det er godt, at en hjemmeside er anonym, og at man derfor kan få relevant information om ludomani uden at bekymre sig om potentiel stigmatisering. En af informanterne nævner hertil, at det ville være rart med et chatforum via behandlingssentrenes hjemmesider, hvor man kunne udnytte anonymiteten og indgå i en virtuel dialog med andre personer, der kunne dele ud af deres historie og erfaringer.

E-bog

Informanterne blev endvidere introduceret til en e-bog. Der er generelt delte meninger om dette format, hvor nogle mener, at bogen er for lang, hvorfor den ikke er egnet som en forebyggelsesindsats. Andre ser et potentiale i e-bogen og som et middel til at oplyse både målgrupperne samt personer, der omgås målgrupperne. En tidligere klient fortæller, at han engang som fodboldtræner fik tilsendt en e-bog, der netop omhandlede ludomani, matchfixing og sund spilleadfærd i fodboldverdenen. Materialet gjorde ham opmærksom på problematikens kendetegn og behandlingsmuligheder, hvilket han ikke havde været, forinden e-bogen blev ham tilsendt. Det illustrerer, at en god forebyggelsesindsats i hans optik ikke kun indtænker målgruppen, men at man med fordel også kan indtænke relevante personer, der omgås målgruppen, i det forebyggende arbejde. Nogle formater er således særligt egnede til de sekundære målgrupper, mens andre formater med fordel kan iværksættes overfor primærgruppen.

4.3.5 DELTAGENDE-DIGITALE FORMATER, SOM OPLEVES VIRKNINGSFULDE

I dette felt er der fokus på digitale-deltagende indsatser såsom online tests og online aktivitet på sociale medier herunder Facebook-klik, kommentarer, delinger mv. Mens flere informanter ser en mulighed i, at medier som Facebook kan være en platform for forebyggelsesmateriale, herunder videoer og links til hjemmesider, så kan det for en person med et spilleproblem være skræmmende at vise din deltagelse på mediet. Flere af de tidligere klienter påpeger, at indsatser generelt skal være anonyme, og at digital aktivitet ikke skal kunne spores af andre personer. Særligt påpeger informanterne, at de ikke vil skildre med deres problem på sociale medier, og at de derfor afholder sig fra at like, dele og kommentere på noget, der er forbundet med ludomani. En klient nævner som eksempel, at han ikke turde at følge "Center For Ludomani" på Facebook i frygt for, at hans misbrug blev åbent til offentligt skue.

Det er relevant at påpege, at denne frygt for at blive opdaget også gør sig gældende ved andre formater end de deltagende-digitale formater. Som tidligere nævnt er informanterne generelt kritiske over for de deltagende formater, fordi der ved disse indsatser er risiko for at blive forbundet med ludomani.

4.3.6 BUDSKABER OG INDHOLD, SOM OPLEVES VIRKNINGSFULDT

Informanterne påpeger, at det ikke kun er formatet, der er vigtigt i en god forebyggelsesindsats. Informanterne fremhæver også, at afsenderne skal bestræbe sig på at vinkle forebyggelsesindsatserne på forskellige måder, for at de bliver gode og hensigtsmæssige til at forebygge ludomani.

Først og fremmest påpeges det af informanterne, at en indsats gerne skal vinkles **normaliserende** i den forstand, at den skal skildre, at spilleproblemer ikke er et unormalt fænomen, men derimod er en adfærd, der rammer mange mennesker i Danmark. Indsatsen skal give modtageren en fornemmelse af, at man ikke står alene med problemet, men at der er andre, der har det ligesom en selv, og at der hjælp at hente. I forlængelse af den normaliserende tilgang nævner flere af informanterne, at indsatserne gerne skal være **aftabuiserende** ved at italesætte ludomani og sætte fokus på ludomani som misbrug, der skal adresseres og behandles på lige fod med andre typer misbrug. Derudover er der et ønske om, at indsatsen med en aftabuiserende vinkel kan være med til at nuancere, hvad det vil sige at lide af ludomani og herunder, hvordan det påvirker ens liv og daglige tilværelse.

Derudover må indsatsen ikke være **moraliserende** eller belærende, da det er en tilgang de tidligere klienter ofte har mødt af pårørende, som har været uforstående og anklagende i dialogen med personen, der har et spilleproblem. I stedet påpeger flere af de tidligere klienter, at den rette vej til dialogen er en åben og **anerkendende** tilgang til problemet. En åben og anerkendende tilgang beskrives af informanterne som en tilgang, hvor man bliver hørt og lyttet til af folk, man omgås, og hvor man får opbakning til at komme ud af sit spilleproblem. Denne anerkendende vinkling kan en forebyggelsesindsats med fordel inkludere, således at modtageren ikke skammer sig over sin adfærd.

Flere af de tidligere klienter påpeger også, at en stærk vinkling er, hvis indsatsen kan skildre **konsekvenserne** ved ludomani. Med 'konsekvenser' tænkes der både på familiære og sociale konsekvenser, hvor man fx kan miste en partner eller venskaber grundet spilafhængighed. Derudover er der også en række økonomiske konsekvenser, som en indsats ifølge informanterne med fordel kunne inkludere. Det kunne fx være konsekvenser som at miste sit job eller at ende ud med en stor økonomisk gæld. Flere af informanterne påpeger i den forbindelse, at forebyggelsesafsenderne med fordel kunne oplyse om, at de også tilbyder økonomisk rådgivning og vejledning. Flere af informanterne peger på, at deres vanskelige, økonomiske situation var årsagen til, at de ikke søgte hjælp tidligt i processen, fordi de gerne ville vinde tabte penge tilbage, *inden* de indgik

i et behandlingsforløb. De mener således, at afsenderne med fordel kunne tilføje en kort sætning på en flyer eller en plakat om, at behandlingscenteret også stiller økonomisk rådgivning til rådighed og hjælp til at få genoprettet sin økonomi. Flere informanter påpeger, at det kunnet have fået dem til at henvende sig tidligere i processen.

Der er således forskellige konsekvenser, som en forebyggelsesindsats med fordel kan adressere for at gøre den mere betydningsfuld og realistisk for målgruppen. Både pårørende og tidligere klienter nævner, at konsekvenser er et effektivt middel, der bør inkluderes i forebyggelsesarbejdet. Det er dog særligt tidligere klienter og pårørende i den midaldrende målgruppe, der påpeger dette som vigtigt. Denne målgruppe anser skildringen af børn, partner, hjemmet, økonomien og dagligdagen som stærke virkemidler, da de kan relatere til situationen, der skildres.

4.3.7 ET EKSEMPEL PÅ DEN GODE FOREBYGGELSESINDSATS

Skal der peges på 'den gode forebyggelsesindsats', er der samlet set tale om en indsats, der anvender det rette *format* og med den rette *vinkling*. Den kvalitative undersøgelse viser, at de interviewede informanter generelt set foretrækker formater som kampagnevideoer, TV-spots, oplæg og ambassadører som særligt gode i det forbyggende arbejde (jf. afsnit 6.5). Som afsnittet ovenfor har illustreret, er der fordele og ulempe ved de forskellige formater, men på trods af dette er ovenstående formater oftest blevet nævnt af informanterne som stærke formater. Den gode forebyggelsesindsats indtænker desuden en række forskellige, hensigtsmæssige budskaber, som en person med spilleproblemer kan identificere sig med. Her bliver normalisering, aftabuisering og konsekvenser ofte nævnt som vigtige vinkler i en forebyggelsesindsats.

Endvidere påpeger informanterne, at den gode forebyggelsesindsats tydeligt og klart oplyser om, hvor og hvordan man kan henvende sig for hjælp. Informanterne udtaler, at centrene bag forebyggelsesindsatserne generelt set er gode til at oplyse om, hvordan man kan opsøge hjælp. Flere af informanterne påpeger dog, at et telefonnummer er den primære oplysning, som forebyggelsesindsatserne skal inkludere. På den måde kan en person med spilleadfærd ringe ind anonymt og høre nærmere om behandlingen samt stille opklarende spørgsmål, hvilket flere af informanterne anser som en positiv henvisningsform.



INFORMANTERNES FAVORIT

Særligt én forebyggelsesindsats blev fremhævet som virkningsfuld af informanterne, nemlig kampagnevideoen **Spillefuglen** udarbejdet af Center For Ludomani i 2016. Videoen varer blot 30 sekunder og skildrer en mand med ludomani, og hvordan det påvirker hele familien som hans kone og deres barn. Denne kampagnevideo er blevet fremhævet af informanterne som den bedste af de fremviste forebyggelsesindsatser. Én informant udtaler, at den er god, fordi den er *”simpel, kort og budskabet er knivskarpt”* (tidligere klient hos Center For Ludomani). En anden klient udtaler, at den er stærk, fordi han kan genkende sig selv i kampagnefilmen:

”Jeg kan sætte mig ind i alt ved filmen - det at have et barn og kone som det går ud over [...] Det at vågne om natten og tjekke computeren og ikke at være forberedt dagen efter. Den går rent ind hos mig.” (Tidligere klient)

Både *formatet* og *budskabet* bliver fremhævet som positive i indsatsen. Formatet er godt, fordi det er en kampagnefilm, hvilket er et format, informanterne anser som virkningsfuldt til forebyggelsesindsatser. Derudover fremhæver kampagnevideoen konsekvenserne ved ludomani, hvilket ifølge informanterne også er et effektivt budskab at få inkluderet i en kampagne.

4.3.8 STRUKTURELLE FORHOLD, SOM UDFORDRER FOREBYGGELSEN AF LUDOMANI

I den kvalitative analyse fremhævede afsenderne, behandlere, klienter og pårørende en række strukturelle forhold, som udfordrer det forebyggende arbejde. De strukturelle forhold, som vi vil komme ind på, er bevillingsperioden for forebyggelsesmidler, oplysning omhandlende ludomani, markedsføring/regulering af spilreklamer samt manglende geografisk spredning i forebyggelsesarbejdet.



- Afsenderne nævner først og fremmest, at **bevillingsperioden** på et år²⁸ er en central udfordring i det forebyggende arbejde. Derfor forsøger afsenderne at tænke **bæredygtighed** ind i deres indsatsformater. Med bæredygtighed menes, at en indsats fortsat kan 'leve videre' efter bevillingsperioden er afsluttet. Eksempler på bæredygtige formater er oplysning og uddannelse af frontpersonale omhandlende ludomani. Et andet eksempel på afsendernes måde at indtænke bæredygtighed er valget af digitale formater som fx hjemmesider og online kampagnevideoer. Disse formater er bæredygtige, idet at de forbliver aktive på internettet, de bliver ikke smidt ud som eksempelvis en folder og kræver ikke arbejde fra afsenderens side. Omvendt er ulemperne ved de bæredygtige indsatser er, at de hurtigt bliver forældet både indholdsmæssigt og visuelt.
- Afsenderne og informanterne pegede derudover på en strukturel udfordring i, at oplysningen om spilafhængighed ikke er forankret i uddannelsesinstitutioner, og at der dertil er meget lidt politisk fokus på problemet. Det bevirker for det første, at få mennesker ved, hvad ludomani er, hvilket gør forebyggelsen af ludomani mere vanskelig, end hvis problemet var alment kendt. For det andet bevirker den manglende oplysning og nationale fokus, at der ikke bliver arbejdet med at fjerne tabuet omkring ludomani, hvilket vanskeliggør forebyggelsesindsatseres formål om at skabe dialog og åbenhed om emnet. Endeligt er det vanskeligt for afsenderne at sikre bæredygtighed i forebyggelsen, da der ikke automatisk er nogle institutioner og et politisk system, som kan respondere og videreformidle indsatsernes budskaber.



²⁸ JF. kapitel 1 fremgår det i forbindelse med aftale af 29. juni 2018, at der fremadrettet etableres model med flerårige bevillinger



- I interviewene blev der også ytret ønske om øget regulering af **markedsføringen** af spil i Danmark. Her tænkes der særligt på regulering af digitale spilreklamer og TV-spots, der er med til at udbrede kendskab til diverse spiludbydere og spilhjemmesider. Disse reklamer er med til at lokke folk ind i spilleverdenen - blandt andet ved at tilbyde fordelagtige startbonuser og medlemstilbud, men også ved at bruge kendte ansigter i spilreklamerne. Informanterne undrer sig over den manglende regulering af markedsføringen af spil, når der fx er høj grad af regulering på tobaksområdet i Danmark. Flere af de tidligere klienter nævner at, de slukker for fjernsynet i reklamepausen mellem en fodboldkamp for netop at undgå at blive eksponeret for spilreklamerne.
- Informanterne ønsker, at der som minimum skal være reklamer, der kan modbalancere markedsføringen af pengespil. Disse mod-reklamer skal vise bagsiden af medaljen og oplyse om konsekvenserne ved pengespil, der potentielt kan føre til en afhængighed med psykiske og økonomiske mén. Mod-reklamerne skal ligesom spil-reklamerne blive indsat som TV-spots for på den måde at skabe en balance mellem spil-reklamerne på den ene side og forebyggelsesindsatserne på den anden side. Mod-reklamerne kunne med fordel blive indsat efter en spilreklame for direkte at vise konsekvenserne ved pengespil.



- Et strukturelt forhold, der yderligere hæmmer det forebyggende arbejde, er, at de to afsendere henviser til behandling, som primært foregår i København, Århus og Odense. Derudover har en af afsenderne særligt målrettet den fysiske distribuering af forebyggelsesmateriale til områderne, som grænser på til afsenderens egen **geografi** – dvs. behandlingscenteret. Dette skaber tilsammen en skævvridning af både oplysning og forebyggelse af indsatser, men også af behandling af ludomani, der primært tilbydes i storbyerne. Det er et strukturelt problem, da ludomani er et problem, der er udbredt i hele landet og ikke er forbeholdt storbyerne.

5. METODE OG DATAGRUNDLAG

Metodisk bygger evalueringen på effekt- og en implementeringsevaluering, fordi dette har muliggjort en vurdering af om, hvorvidt der har været en positiv effekt for klienten eller ej påvist gennem objektive data fra behandlingscentrene samt subjektive udsagn fra klienter/fagpersoner selv - og fordi dette har muliggjort en analyse af, hvordan den eventuelle effekt er opnået gennem behandlingsmetoderne og det daglige arbejde med brugerne. Der er benyttet et forandringsteoretisk udgangspunkt til at identificere de centrale indikatorer i evalueringen (bl.a. ansøgningskriterierne) med henblik på at definere, hvad behandlingscentrene vurderes på og til at operationalisere, hvad der præcist menes med de forskellige begreber for at skabe en fælles forståelse som udgangspunkt for analysen og den samlede evaluering.

Evalueringen bygger både på kvantitative data og kvalitative i form af data fra dokumentanalyse af årsrapporter, spørgeskema, casebesøg og de kvalitative interviews med klienter og pårørende. Data er dels analyseret og beskrevet hvert for sig og dels sammenholdt i en samlet analyse primært i forhold til behandlingen. Data er indsamlet i perioden april 2018 til september 2018. Det skal bemærkes, at evalueringen omfatter indsatser i perioden 2015-2017, og derfor er det skriftlige materiale eksempelvis årsrapporter fra denne periode, mens interviews med behandlere og klienter/pårørende er varetaget i år. Hvor det har været muligt og har givet mening, er der efterspurgt viden om praksis i 2015-2017, dog har det særligt ved klientinterviews ikke været muligt at tale med klienter, der fik behandling i eks. 2015. I stedet har nuværende klienter været repræsentanter for tidligere klienter.

I løbet af evalueringsperioden er centrene blevet kontaktet og har uddybet praksis eller andet, hvis der har været brug for præciseringer ift. til informationerne samt validering af beskrivelserne af praksis. Det skal her bemærkes, at den ene puljemodtager, Frederiksberg Centeret, i løbet af evalueringsperioden er gået konkurs, det har derfor den konsekvens for evalueringen, at beskrivelser og data herfra ikke været muligt at få valideret inden rapportens udgivelse. Der må således tages forbehold herfor.

I forbindelse med evalueringen blev en følgegruppe bestående af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Spillemyndigheden og Børne- og Socialministeriet foruden Sundheds- og Ældreministeriet nedsat, som løbende har fulgt og kvalificeret evalueringen.

Datagrundlag i den kvalitative analyse

Datagrundlaget i den kvalitative analyse er summeret op i nedenstående tabel.

Datakilde	Omfang af data
Casebesøg	Interviews med 7 ledere
	Interviews med 19 medarbejdere
	Interviews med 4 forebyggelseskonsulenter
Fokusgrupper – behandling	5 fokusgrupper med klienter (17 personer i alt)
	3 fokusgrupper med pårørende (9 personer i alt)
Fokusgrupper – forebyggelse	2 fokusgrupper med nuværende og tidligere klienter (4 personer i alt)
	1 fokusgruppe med pårørende (2 personer i alt)

	1 fokusgruppe med personer, der har vist interesse for en forebyggelsesindsats (2 personer i alt)
Individuelle interviews	Interviews med 3 klienter

I forbindelse med afholdes af fokusgruppeinterviews om forebyggelsesindsatserne, blev informanterne præsenteret for *seks forskellige forebyggelsesindsatser*, som er udarbejdet af Center For Ludomani og Frederiksberg Centeret. Informanterne blev præsenteret for indsatsen målrettet de tre forskellige målgrupper, og indsatserne bestod af en hjemmeside, en plakat, en e-bog og tre kampagnevideoer. For hver indsats blev informanterne spurgt ind til, om de havde stødt på indsatsen før, hvad de som det første tænkte, da de så indsatsen, hvem de tror den henvender sig til, hvorvidt de havde set lignende indsats før, hvad indsatsen prøver at fortælle, hvorvidt de selv ville handle anderledes på baggrund af indsatsen, hvorvidt de tror, at andre ville, samt hvorvidt de mente, at indsatsen har et passende format og sprogbrug, herunder, om indsatsen i sin kommunikation var humoristisk, moraliserende, religiøs, (u)forel, informerende osv.

Datagrundlag i den kvantitative analyse

Datagrundlaget for den kvantitative analyse består af tre dele. Hovedanalysen kommer fra data indsamlet igennem et elektronisk spørgeskema til behandlingscentre samt behandlingscentrenes egne årsrapporter og regnskaber. Dertil suppleres analyserne af centrenes egne data på individniveau fra de centre, der systematisk indsamler dette. I det følgende beskrives de tre datakilder.

Spørgeskemainsamling

Spørgeskemainsamlingen havde til formål at give en større viden om behandlingsaktiviteterne og klienterne på de forskellige behandlingscentre og for at indsamle sammenligneligt data på tværs af behandlingscentre. Spørgeskemaerne er udviklet til at svare på de centrale spørgsmål i evalueringen. Spørgeskemaerne blev pilottestet i telefoninterviews med repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen forud for udsendelsen til behandlingscentre.

Spørgeskemaet indeholder følgende temaer:

- **Behandlingsforløbene:** herunder aktiviteter, ventetid og behandlingstyper
- **Behandlere og andet personale:** herunder behandlernes faglige baggrund
- **Klienters spilleadfærd:** herunder ændringer i spilleadfærd og behandlingens virkning
- **Karakteristika ved klienterne, der modtager behandling for ludomani**

Alle seks behandlingscentre har svaret på spørgeskemaet i løbet af juli og august via internettet eller gennem telefoninterview. For at sikre en fælles forståelse af spørgsmålene har der været løbende dialog med behandlingscentre i indsamlingsperioden. Dertil har Center for Ludomani svaret på spørgeskemaet igennem et telefoninterview. Forskningsklinikken for Ludomani, Ludomani og Indsattes Velfærd samt Dansk Ludomani Behandling har et fælles registreringsystem. Det betyder, at den samme medarbejder har besvaret surveyen for alle tre behandlingscentre. De øvrige behandlingscentre har svaret på spørgeskemaet for deres eget behandlingscenter igennem internet-surveyen.

Årsrapporter og regnskaber

behandlingscentre har leveret årsrapporter og regnskaber for alle år, de har modtaget puljemidler. Disse er taget med i evalueringen samt anvendt til at danne et overblik over behandlingscentrenes aktiviteter, hvor mange midler de modtager, og hvilke klienter de behandler. Dokumentgennemgangen er derfor også brugt som et udgangspunkt til hvilke spørgsmål, der har indgået i spørgeskemainsamlingen beskrevet ovenfor.

Individdata

Den sidste datakilde, der indgår i kortlægningerne, er individdata på klienter. Det er ikke alle behandlingscentre, der systematisk registrerer data om klienterne i et format, der kan udtrækkes. Derfor er der i evalueringen kun medtaget data på individniveau fra Center for Ludomani, Forskningsklinikken for Ludomani, Ludomani og Indsattes Velfærd og Dansk Ludomani Behandling. Fra Center for Ludomani er data udtrukket for 2016-2018, mens data fra de andre tre behandlingscentre er udtrukket for 2013-2018²⁹. I individdataet indgår kun data på klienter, som har været i behandling for ludomani, og som har givet samtykke til at deres data må anvendes til forskning. Der er derudover lavet en databehandling, hvor flere klienter ikke tages med grundet manglende eller inkonsistente variable. Det betyder, at der ikke er en lighed mellem antal klienter i individdataet, og det behandlingscentre har angivet i spørgeskemaet. I nedenstående tabel ses en oversigt over, hvordan individdataet er rensset til at kunne anvendes i evalueringen.

Rensning af individdata

	Center for Ludomani	Forskningsklinikken for Ludomani Ludomani og Indsattes Velfærd Dansk Ludomani Behandling
Antal observationer i rådata	653	856
Manglende baggrundskarakteristika ^{a)}	1	109
Behandlingsvarighed er enten manglende eller sluttidspunkt lå før starttidspunkt ^{b)}	285	32
Manglende score på grad af ludomani før behandling	0	229
Manglende score på grad af ludomani efter behandling	0	361
Score på grad af ludomani på 0 i før behandling	8	5
Manglende score på opfølgningen	0	15
Antal observationer efter rensning	359	105

Noter: a) Baggrundskarakteristika er fx alder eller køn. b) Observationer er sorteret fra, fordi der har været manglende data på behandlingens varighed, eller fordi der har været registreret et sluttidspunkt, der lå før starttidspunktet. Frasortering er foretaget for at opnå et datasæt med ensformige data.

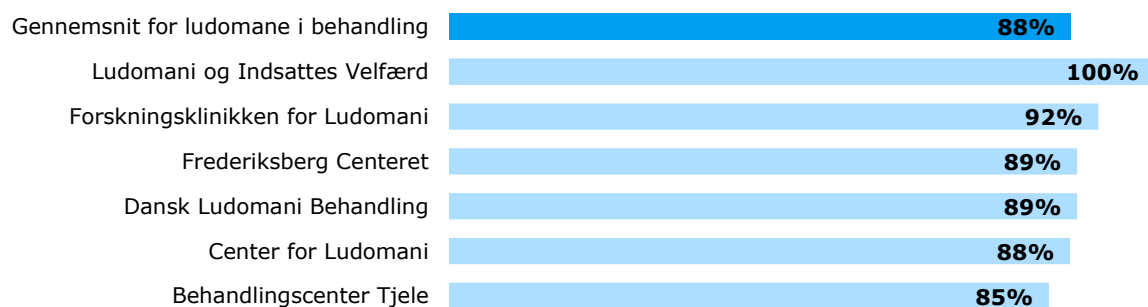
²⁹ Fra Forskningsklinikken for Ludomani, Ludomani og Indsattes Velfærd og Dansk Ludomani Behandling har det været muligt at opnå data helt tilbage fra 2013 og frem til 2018. Denne tidsperiode havde også været muligt at få fra Center for Ludomani, men da de i 2015 overgik til et nyt system, vurderede Rambøll at det ikke var nødvendigt at indhente yderligere data pga. tidsmæssige årsager. Selvom dataperioden ikke er den samme som hos Center for Ludomani, er det alligevel valgt at medtage alle år. Med mere data vil indikationen af behandlingernes virkning blive stærkere.

6. BILAG

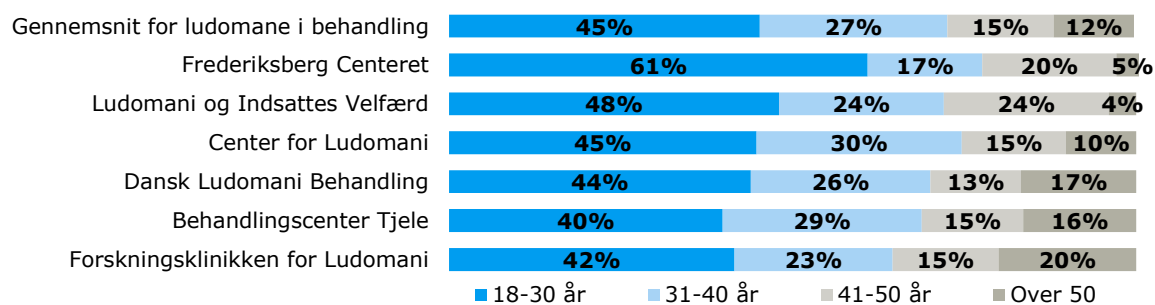
Dette bilag samler alle de kvantitative resultater fra spørgeskemaundersøgelsen og dokumentgen- nemgangen. Her er det muligt at se de eksplicite tal for hvordan centrene skiller sig fra hinanden.

Målgruppens demografiske karakteristika

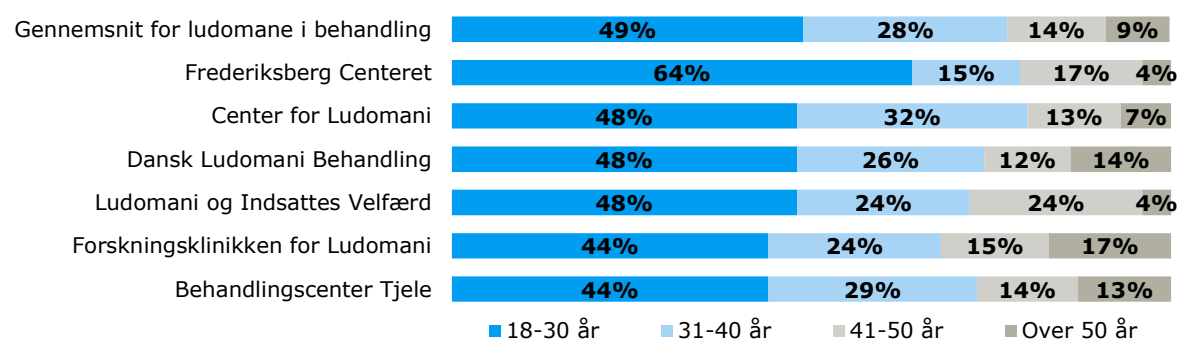
Figur 6.1 Andel mænd i behandling for ludomani

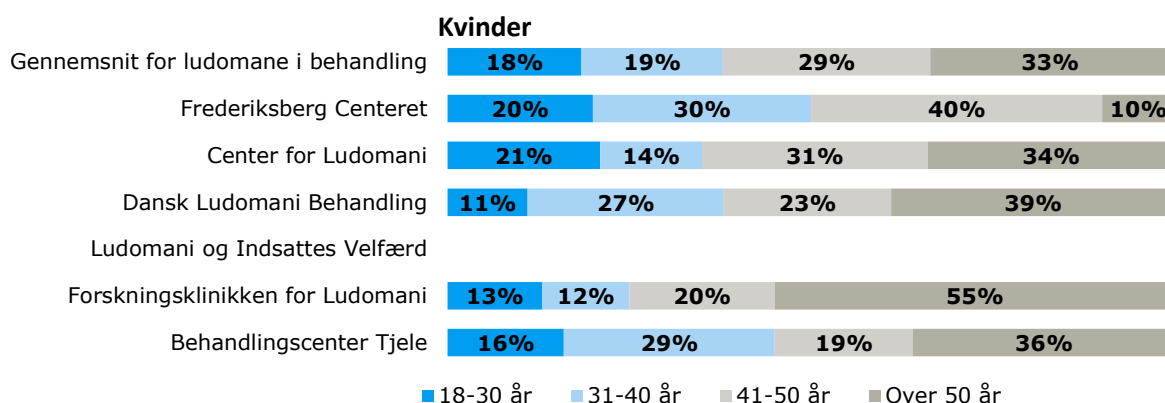


Figur 6.2 Aldersfordeling blandt ludomane i behandling (øverst samlet, i midten kun mænd, nederst kun kvinder)

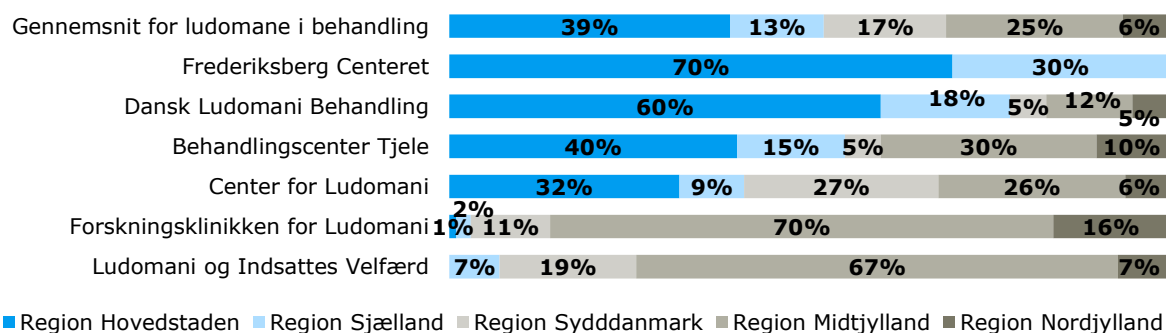


Mænd

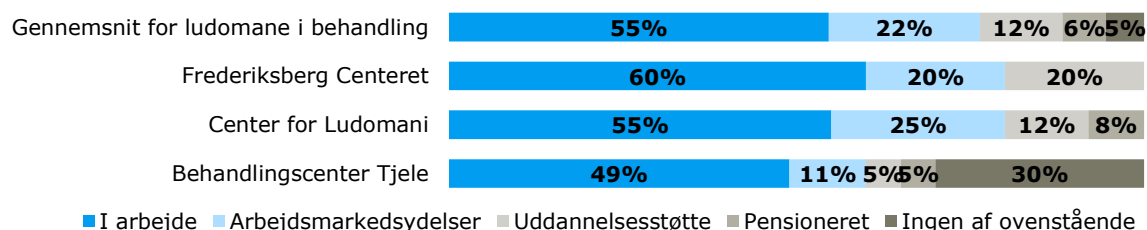




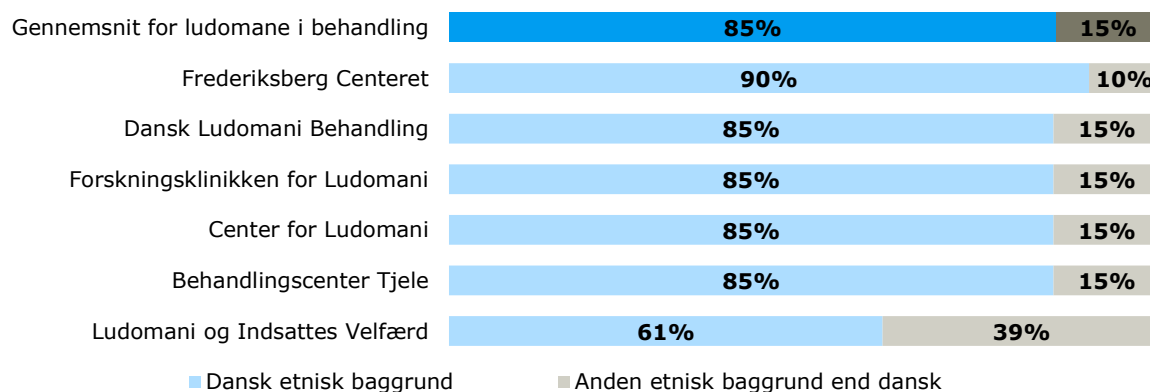
Figur 6.3 Personer i behandling for ludomani opdelt på deres bopælsregion



Figur 6.4 Personer i behandling for ludomani opdelt på deres arbejdsmarkedsstatus

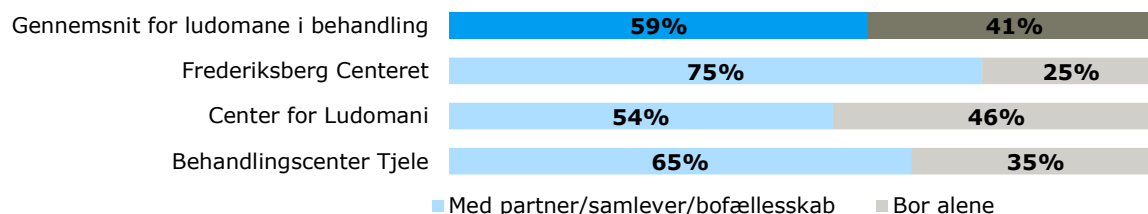


Figur 6.5 Personer i behandling for ludomani opdelt på deres etniske herkomst

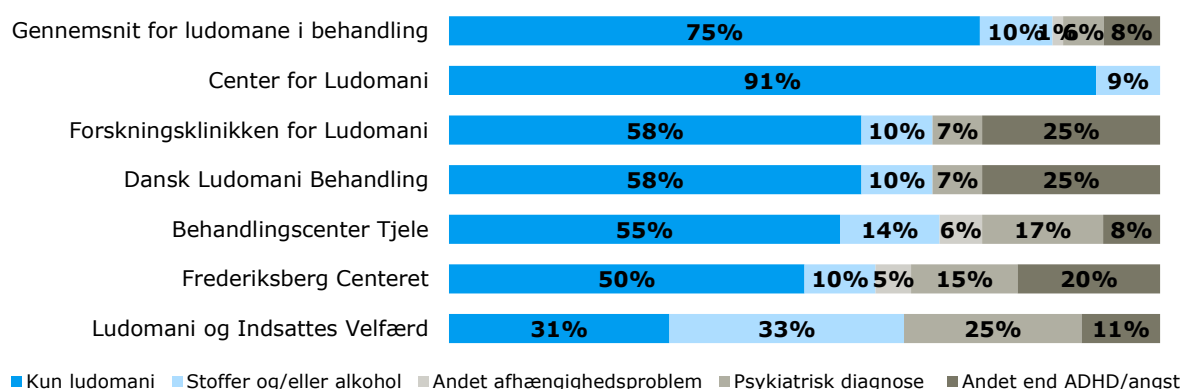


Note: bemærk at centrene på grund af lovgivning ikke opgør dette, og dette derfor udelukkende er et skøn fra respondenterne.

Figur 6.6 Andel personer i behandling for ludomani opdelt på deres bosituation

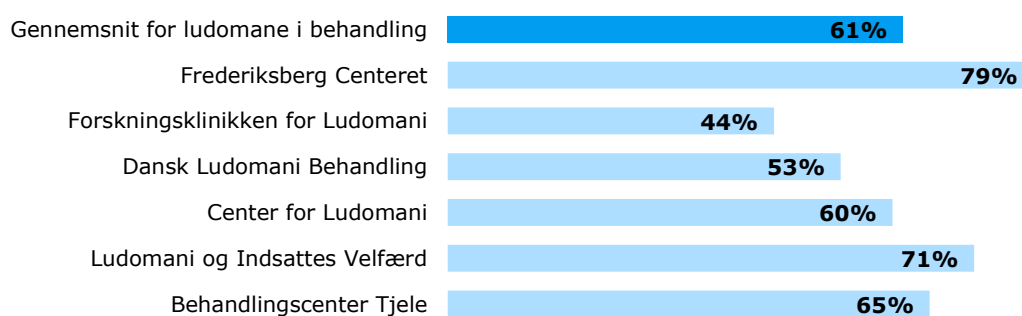


Figur 6.7 Fordeling af andre afhængighedsproblemer blandt personer i behandling for ludomani



Note: Andet afhængighedsproblem dækker over andre afhængighedsproblemer end stoffer og/eller alkohol. Center for Ludomani skelner i opgørelsen ikke mellem forskellige typer af afhængighedsproblemer, hvorfor disse er samlet i en gruppering, samt at de i de fleste tilfælde videresender klienter med flere diagnoser.

Figur 6.8 Andel der spiller online spil

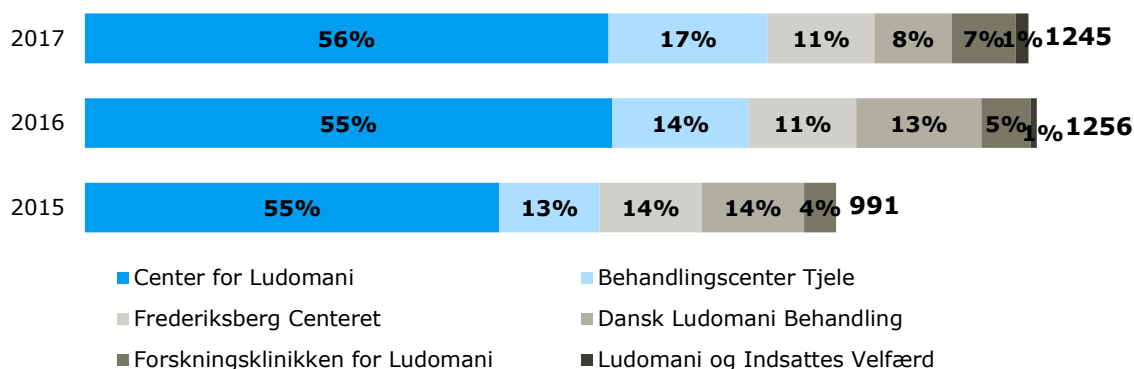


Note: Behandlingscentrene er spurgt til en række typer spil. Dette er ikke muligt at afrapportere, da der er stor forskel på hvilket niveau centrene har kunne svare på spørgsmålet. De har dog alle kunne svare ift. om spillerne har spillet online spil.

Behandlingscentrenes aktivitet

Dette afsnit indeholder figurer over behandlingscentrenes aktivitet fordelt på de forskellige evalueringssår. Data kommer udelukkende fra spørgeskemaundersøgelsen.

Figur 6.9 Fordeling af påbegyndte klientforløb mellem centrene

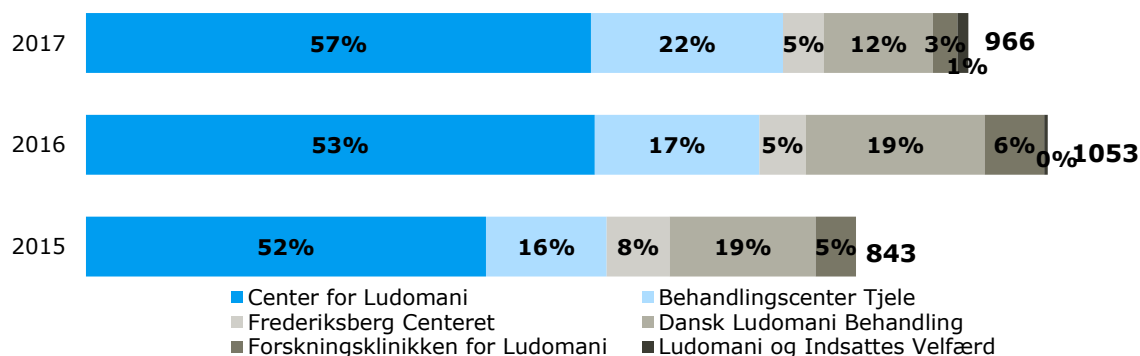


Note: Centrene er blevet spurgt følgende spørgsmål: "Hvor mange klienter påbegynder årligt et nyt behandlingsforløb for ludomani?"

Tabel 6.1 Antal påbegyndte klientforløb pr. undersøgelsesår

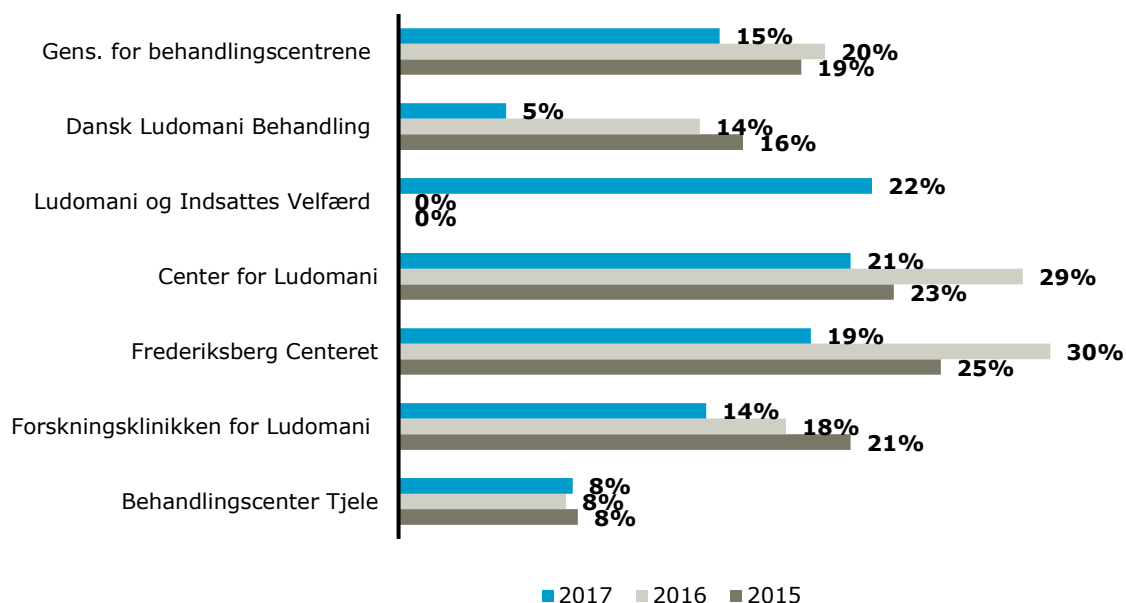
	2015	2016	2017
Center for Ludomani	547	696	691
Behandlingscenter Tjele	132	180	210
Frederiksberg Centeret	135	142	141
Dansk Ludomani Behandling	135	165	102
Forskningsklinikken for Ludomani	42	65	84
Ludomani og Indsattes Velfærd	0	8	17
Samlet	991	1256	1245

Figur 6.10 Antal afsluttede behandlingsforløb pr. undersøgelsesår



Note: Centrene er blevet spurgt følgende spørgsmål: "Hvor mange behandlingsforløb for klienter afslutter I årligt?"

Figur 6.11 Andel afbrudte forløb pr. undersøgelsessår



Tabel 6.2 Antal påbegyndte pårørendeforløb for behandlingscentrene pr. undersøgelsessår

	2015	2016	2017
Center for Ludomani	226	244	208
Frederiksberg Centeret	52	60	61
Behandlingscenter Tjele	86	107	134
Ludomani og Indsattes Velfærd	-	12	12
Dansk Ludomani Behandling	21	93	84
Forskningsklinikken for Ludomani	36	55	70
Samlet for behandlingscentrene	421	464	569

Tabel 6.3 Antal afsluttede pårørendeforløb for behandlingscentrene pr. undersøgelsessår

	2015	2016	2017
Center for Ludomani	226	244	208
Frederiksberg Centeret	52	60	61
Behandlingscenter Tjele	86	107	134
Ludomani og Indsattes Velfærd	0	12	12
Dansk Ludomani Behandling	15	85	80
Forskningsklinikken for Ludomani	33	64	70
Samlet for behandlingscentrene	412	465	501

Table 6.4 Antal personer, der ikke har kunnet indgå i et meningsfuldt behandlingsforløb for ludomani på grund af forskellige grunde, samt grunden hertil.

	2015			2016			2017		
	Kapa- citet	Diag- nose*	Anden grund	Kapa- citet	Diag- nose*	Anden grund	Kapa- citet	Diag- nose*	Anden grund
Center for Ludomani	0	45	0	0	55	0	0	61	0
Frederiksberg Cente- ret	0	2	2	0	2	2	0	2	2
Behandlingscenter Tjele	15	0	0	21	0	0	31	0	0
LIV							0	11	0
Dansk Ludomani Be- handling**	0	12	0	0	54	0	0	42	0
Forskningsklinikken for Ludomani	0	2	0	0	10	0	0	8	0
Samlet	15	56	2	21	90	2	31	82	2

Note: I spørgsmålet har de haft mulighed for at svare 'ved ikke', samt begrunde den 'anden grund'. Her er det hovedsageligt sproglige barrierer og udeblivelse fra opstartsmødet.

*Med 'diagnose' menes 'Anden diagnose der overskygger'

**Hos Dansk Ludomani Behandling har det ikke været mulig af skelne mellem antallet, der ikke kunne påbegynde behandling som følge af diagnose eller anden grund.

Behandlingscentrenes tilbud og personale

Dette afsnit indeholder behandlingscentrenes svar ift. deres tilbud og personale. I disse spørgsmål er centrene ikke bedt om at forholde sig til de enkelte undersøgelsesår, men de har forholdt sig til det generelle billede over årene.

Tabel 6.5 Antal ansatte fordelt på stilling

	Behandlere	Ledere	Sekretærer	Frivillige	Andet
Center for Ludomani	11	3	1	0	2
Frederiksberg Centeret	3	2	2	0	0
Behandlingscenter Tjele	9	1	1	4	1
Ludomani og Indsattes Velfærd	1	2	1	0	1
Dansk Ludomani Behandling	4	2	2	0	1
Forskningsklinikken for Ludomani	1	2	1	0	1
I alt	39	12	10	4	6

Note: 'Andet' dækker over IT-specialister, koordinator og flexjob personale. For personalet hos Forskningsklinikken for Ludomani, Ludomani og Indsattes Velfærd og Dansk Ludomani Behandling gælder det, at flere administrative medarbejdere går igen, fx leder, IT-specialist og sekretær.

Tabel 6.6 Antal behandlere ansat fordelt på kompetencebaggrund

	Psyko- loger	Psykotera- peuter	Psykia- tere	Social- faglige	Sundheds- faglige	An- det
Center for Ludomani	3	3	1	4	0	0
Frederiksberg Centeret	0	0	0	3	0	0
Behandlingscenter Tjele	1	2	1	3	2	0
Ludomani og Indsattes Velfærd	1	0	0	0	0	0
Dansk Ludomani Behandling	4	0	0	0	0	0
Forskningsklinikken for Ludomani	1	0	0	0	0	0
I alt	10	5	2	810	2	0

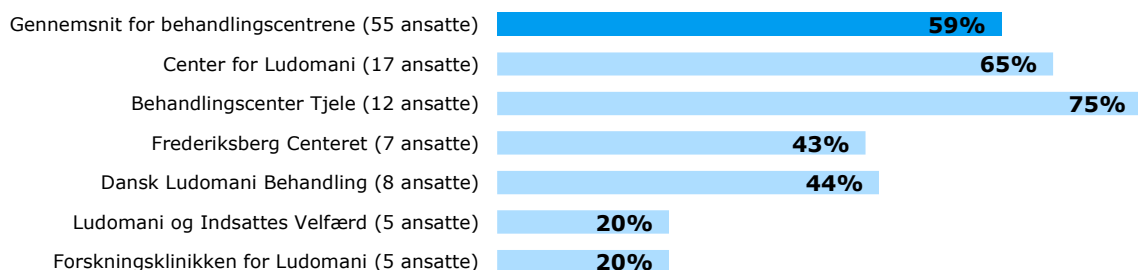
Note: 'Andet' indeholder CDAC med efteruddannelse i ludomani

Tabel 6.7 Antal årsværk ansat som behandler fordelt på kompetencebaggrund

	Psyko- loger	Psykotera- peuter	Psykia- tere	Social- faglige	Sundheds- faglige	An- det
Center for Ludomani	3	3	0,2	4	0	0
Frederiksberg Centeret	0	0	0	3	0	0
Behandlingscenter Tjele	0,25	1,5	0,08	2	0,25	0
Ludomani og Indsattes Velfærd	1	0	0,125	0	0	0
Dansk Ludomani Behandling	3,6	0	0	0	0	0
Forskningsklinikken for Ludomani	1	0	0,125	0	0	0
I alt	8,85	4,5	0,53	9	0,25	0

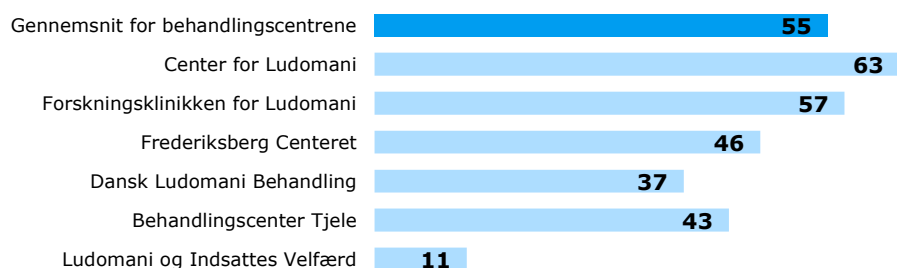
Note: 'Andet' indeholder CDAC med efteruddannelse i ludomani

Figur 6.12 Andel behandlere ud af alle ansatte (Beregnet fra antal ansatte ikke årsværk)



Note: For personalet hos Forskningsklinikken for Ludomani, Ludomani og Indsattes Velfærd og Dansk Ludomani Behandling gælder det, at flere administrative medarbejdere går igen, fx leder, IT-medarbejder og sekretær.

Figur 6.13 Gennemsnitlig antal påbegyndte klientforløb i de tre undersøgelsesår pr. behandler (beregnet fra antal årsværk)



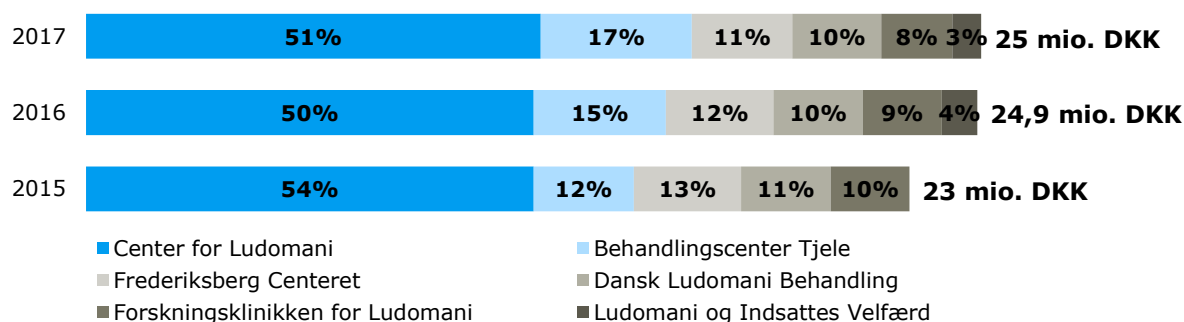
Tablet 6.8 Oversigt over behandlingstilbud i centrene (andelene er antal klienter af alle der er påbegyndt i 2017)

	Center for Ludomani	Behandlingscenter Tjele	Frederiksberg Centeret	Dansk ludomani-behandling	Forskningsklinikken, Ludomani	LIV
Ambulant individuel behandling	80%	19%	78%	100%	76%	100%
Ambulant gruppe behandling	3%	64%	21%			
Døgnbehandling	11%	7%				
Kursusforløb	1%					
Fjernbehandling	17%					
Rådgivning/hotline	43%	60%	14%	5%	13%	100%
Infoaftener/-møder	28%					
Pårørendesamtaler/-behandling/-café	33%	83%	4%	65%	63%	83%
Temadage		17%				
Støtteforløb/-samtaler/tilbagefaldsforløb	18%		14%	83%	83%	60%
Gennemsnitlig antal påbegyndte klientforløb	691	210	141	102	84	17

Puljemidlerne

Dette afsnit indeholder alle detaljerede figurer over, hvordan puljemidlerne er fordelt, og hvordan de forholder sig til behandlingscentrenes aktivitet og personale, fra spørgeskemaundersøgelsen.

Figur 6.14 Overblik over uddelte puljemidlerne i 2015, 2016 og 2017 (Samlet puljemidler er i Mio. DKK)



De følgende tre tabeller indeholder fordeling af puljemidlerne for hvert undersøgelsesår på lokale, løn og drift:

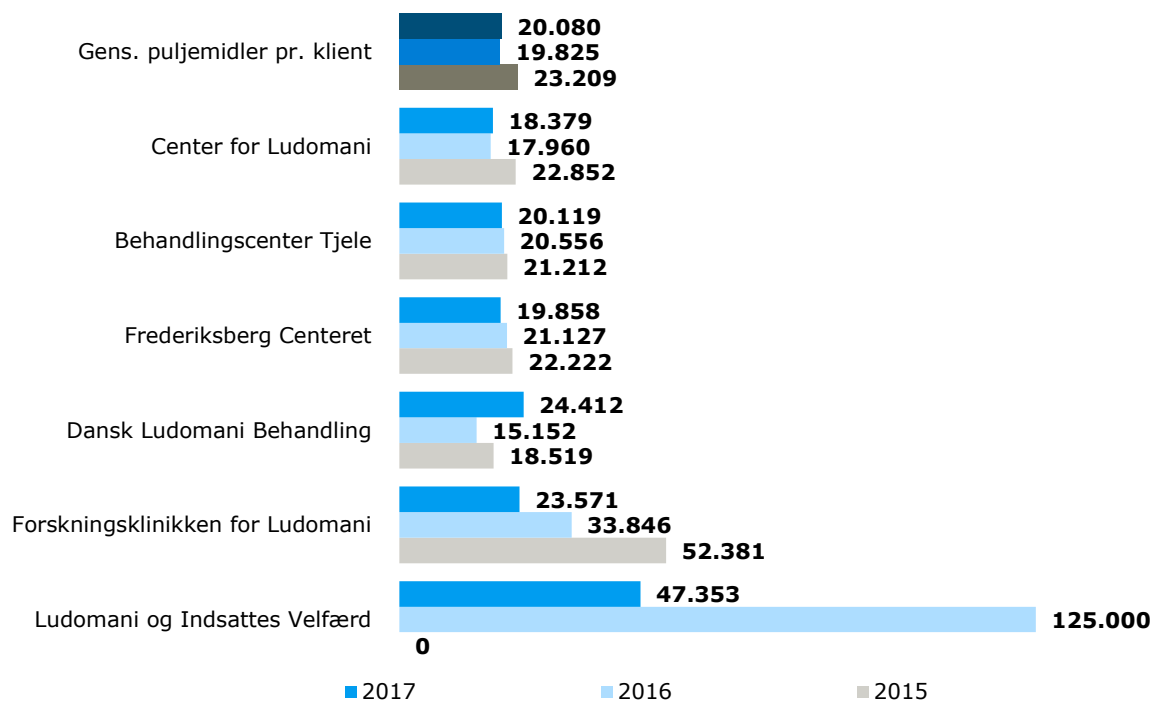
Tablet 6-9 Behandlingscentrenes regnskab fordelt på drift, løn og lokaler de enkelte undersøgelsesår

2017	Løn	Drift	Lokaler	Brugt i alt	Bevilling
Center for Ludomani	8.506.287	2.385.802	2.051.230	12.943.319	12.700.000
Frederiksberg Centeret	1.655.260	662.185	490.770	2.808.215	2.800.000
Behandlingscenter Tjele	2.765.952	1.115.200	600.000	4.481.152	4.225.000
Ludomani og Indsattes Velfærd	732.689	83.025	0	815.713	805.000
Dansk Ludomani Behandling	2.371.440	77.458	0	2.448.898	2.490.000
Forskningsklinikken for Ludomani	1.920.034	101.355	0	2.021.389	1.980.000
Samlet puljemidler	15.580.221	4.347.567	3.142.000	23.069.788	25.000.000

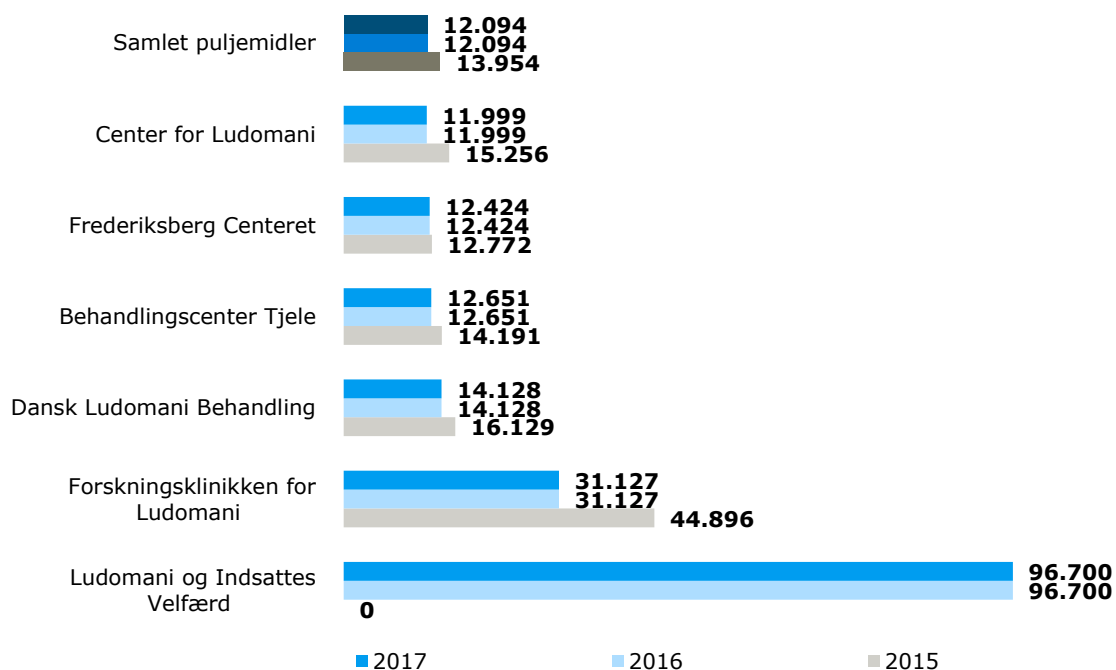
2016	Løn	Drift	Lokaler	Brugt i alt	Bevilling
Center for Ludomani	8.351.397	2.527.484	1.937.869	12.816.750	12.500.000
Frederiksberg Centeret	1.764.211	670.948	566.148	3.001.307	3.000.000
Behandlingscenter Tjele	2.277.124	1.014.700	444.000	3.735.824	3.700.000
Ludomani og Indsattes Velfærd	773.602	217.114	0	990.716	1.000.000
Dansk Ludomani Behandling	2.331.138	231.203	0	2.562.341	2.500.000
Forskningsklinikken for Ludomani	2.023.282	170.507	0	2.193.789	2.200.000
Samlet puljemidler	15.189.616	4.600.754	2.948.017	22.738.386	24.900.000

2015	Løn	Drift	Lokaler	Brugt i alt	Bevilling
Center for Ludomani	8.344.867	2.451.642	2.322.180	13.118.689	12.500.000
Frederiksberg Centeret	1.724.181	691.146	594.000	3.009.327	3.000.000
Behandlingscenter Tjele	1.873.268	848.020	156.000	2.877.288	2.800.000
Ludomani og Indsattes Velfærd	-	-	-	-	-
Dansk Ludomani Behandling	2.177.422	308.419	0	2.485.841	2.500.000
Forskningsklinikken for Ludomani	1.885.639	316.871	0	2.202.510	2.200.000
Samlet puljemidler	13.827.955	4.307.679	3.072.180	21.207.814	23.000.000

Figur 6.15 Puljemidler pr. klient påbegyndt i behandlingsforløb for hvert undersøgelsesår



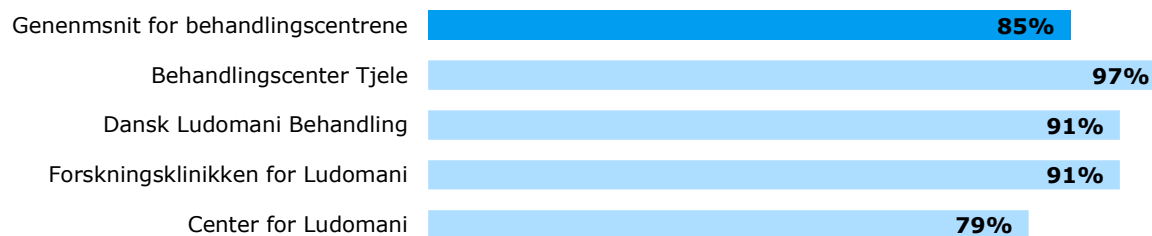
Figur 6.16 Behandlingscentrenes udgifter til løn pr. påbegyndt klientforløb for hvert undersøgelsesår



Behandlingscentrenes vurderede virkninger

I dette afsnit vises behandlingscentrenes vurderede virkning af deres behandling. Det er ikke koblet på et enkelt undersøgelsesår, men en generel betragtning.

Figur 6.17 Andel af centerets klienter der ikke er ludomane umiddelbart efter endt behandling



Note: Frederiksberg Centeret og LIV har ikke vurderet, i hvor høj grad deres behandling virker, da de enten ikke indsamler viden om dette eller har været i tilfælde, hvor det ikke har givet mening at indsamle. Derfor ikke har de kunnet opgøre det. De to centre indgår derfor ikke i figurene i afsnittet.

Figur 6.18 Andel der påbegynder et nyt forløb efter at være færdigbehandlet

