



Statens
folkhälsoinstitut

Risk- och skydds- faktorer för problemspelande

Resultat från Swelogs fördjupningsstudie

Risk- och skyddsfaktorer för problemspelande

Resultat från Swelogs
fördjupningsstudie

Rapport nr 6 i Swelogs-programmet

Swelogs, Swedish longitudinal gambling study, är en långsiktig befolkningsstudie om spel om pengar, problemspelande och hälsa som leds och finansieras av Statens folkhälsoinstitut. Programmet ska följa utvecklingen när det gäller skadeverkningarna av problemspelande. Målet är att ta fram kunskap för att utveckla förebyggande insatser mot problemspelande i samhället. En internationell forskningsgrupp är knuten till programmet som genomförs i samarbete med nationella forskningsinstitutioner.

Report nr 6 in the Swelogs-programme

Swelogs, Swedish Longitudinal Gambling Study, is a longitudinal research programme on gambling, problem gambling and health in Sweden, and is managed and financed by the Swedish National Institute of Public Health. The programme follows changes regarding harm from problem gambling. The objective of the programme is to produce knowledge about problem gambling and health, which can be used to develop prevention strategies and methods. An international research group is tied to the project which is conducted in collaboration with national research centers.

Innehåll

5	Förord	
6	Sammanfattning	
	Risk- och skyddsfaktorer	8
	Resultaten i relation till utvecklandet av förebyggande åtgärder	9
10	Summary	
	Risk and protective factors	12
	General conclusions in relation to prevention	13
15	Kapitel 1. Inledning	
	Uppdraget	16
	Rapportens disposition	17
	Bakgrund	17
	Spelproblem i internationell och nationell kontext	17
21	Kapitel 2. Metod och syfte	
	Varför en fördjupningsstudie?	22
	Design	23
	Urval och definition av population	23
	Nuvarande problemspelande bland fall och kontroller	24
	Information om deltagande, sekretess och ersättning	25
	Insamling och slutförvaring av data	25
	Kvalitetskontroll	26
	Frågeformulär – instrument och enskilda frågor	26
	Svarsfrekvens och bortfall	26
	Registerdata	28
	Analysmetoder	28
33	Kapitel 3. Resultat	
	Problemspelande	35
	Demografiska och socioekonomiska faktorer	40
	Individuella faktorer	46
	Multivariat analys	51
	Förflyttning mellan olika grader av problemspelande	54

61	Kapitel 4. Slutsatser och diskussion	
69	Referenser	
74	Presentation av Swelogs rådgivande grupp	
76	Presentation of Swelogs' advisory board	
78	Bilagor	
	Bilaga 1. Tabeller	78
	Bilaga 2. Frågeinstrument och enskilda frågor	90
	Bilaga 3. Frågeformulär fördjupningsstudien	96

Förord

SVERIGES RIKSDAG ANTOG 2007 folkhälsopropositionen ”En förnyad folkhälso-politik” där överdrivet spelande ingår i målområde 11 (2007/08:110). Statens folkhälsoinstitut har sedan 1999 fått medel för insatser som motverkar skadeverkningar av överdrivet spelande. Sedan 2008 driver institutet på uppdrag av regeringen den långsiktiga befolkningsstudien ”Swedish longitudinal gambling study” (Swelogs). Det här är den första rapporteringen av studiens fördjupningsdel som genomförts av Centrum för psykiatriforskning på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut. Syftet med fördjupningsstudien är att få fram grundläggande kunskap om vilka faktorer som påverkar problemspelande och hälsa. Målet är att denna kunskap ska kunna användas för att utveckla förebyggande insatser mot problemspelande i samhället. I denna första rapport i Swelogs fördjupningsstudie presenterar vi ny kunskap om samband mellan spelproblem och olika demografiska, socioekonomiska och individuella faktorer. Ytterligare rapporter från fördjupningsstudien kommer att ge mer kunskap om vilka risk- och skyddsfaktorer som finns för problemspelande i Sverige.

Arbetet med att skriva denna rapport har framförallt gjorts av Ingvar Rosendahl och Klara Hermansson. Värdefulla bidrag till rapportens tillkomst har lämnats av Anna-Karin Rybeck, Frida Fröberg och Mariana Dufort. Samtliga är, eller har varit, verksamma vid Centrum för psykiatriforskning Stockholm. Ansvariga vid Statens folkhälsoinstitut har varit enhetschef Marie Risbeck samt utredarna Thomas Jacobsson och Ulla Romild. Den vetenskapliga granskningen har gjorts av Kent Nilsson, professor vid Centrum för kliniskforskning i Västerås.

Målgrupper för rapporten är beslutsfattare, sakkunniga och forskare. Vi hoppas att rapporten också blir intressant för folkhälsoaktörer på nationell, regional och lokal nivå. Metodavsnittet är relativt komplicerat och kan läsas med det i åtanke.

Swelogs omfattar också en befolkningsrepresentativ undersökning om omfattningen av spel om pengar och spelproblem i Sverige. Resultat från denna studie har tidigare publicerats i de två rapporterna ”Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009. Huvudresultat från Swelogs befolkningsstudie” samt ”Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2009/2010. Resultat från Swelogs ettårsuppföljning.”

Östersund, december 2013

Sarah Wamala
Generaldirektör

Sammanfattning

FÖRDJUPNINGSSSTUDIEN (IN DEPTH STUDY, ID1) är en del av en långsiktig befolkningsstudie som rör spel om pengar, problemspelande och hälsa. Studien heter Swedish longitudinal gambling study (Swelogs) och drivs av Statens folkhälsoinstitut. Det övergripande målet med både fördjupningsstudien och Swelogs i sin helhet är att ta fram kunskap som kan användas för att utveckla förebyggande metoder och strategier mot problemspelande. Fördjupningsstudiens tre syften är att identifiera risk- och skyddsfaktorer, studera förflyttningar mellan olika grader av problemspelande samt studera återhämtningsfaktorer, s.k. spontant tillfrisknande. Alla hanteras i denna rapport – som avrapporterar den första av totalt tre mätningar som kommer genomföras fram till 2015.

Grundmaterialet till analyserna och resultatredovisningen är en fall-kontrollstudie med drygt 2 000 respondenter. Datainsamlingen pågick under januari-oktober 2011, huvudsakligen genom telefonintervjuer. Både diagnostiska- och självskattningsinstrument har använts i studien.

I de statistiska analyserna fann vi en större utsatthet för problemspelare för flertalet av de undersökta faktorerna jämfört med personer som inte haft ett problematiskt spelande. I denna första rapport från fördjupningsstudien med bara en mätning kan vi i analyserna i huvudsak uttala oss om samvariationer mellan tänkta risk- respektive skyddsfaktorer och problemspelande. I några faktorer kan vi uttala oss med större säkerhet eftersom faktorn med största sannolikhet förekommer innan problemspelandet uppstår, som till exempel en otrygg uppväxt. Nedan listar vi de faktorer som har tydligt samband med problemspelande:

Spelets sammanhang och motivation

- Sämre kunskaper om slump
- Sämre förmåga att hantera negativa känslor och förmåga att slappna av
- Sämre förmåga att motstå spel om pengar

Demografiska och socioekonomiska faktorer

- Ekonomiska svårigheter och betalningsanmärkningar
- Uppväxt utan föräldrar
- Otrygg uppväxt
- Övergrepp under uppväxten
- Familjemedlem med nedsatt psykisk hälsa och/eller missbruk av alkohol eller annan drog (gäller enbart för kvinnor)
- Känsla av otrygghet i bostadsområdet
- Bekantskapskrets som värderar spel om pengar

- Låg eller hög nivå av social aktivitet
- Upplevelser av diskriminering och våld

Individuella faktorer

- Låg tilltro till förmågan att styra över utvecklingen i sitt liv
- Impulsivt beteendemönster
- Sämre hälsa
- Nedsatt psykisk hälsa
- Depression
- Ångestdiagnoser (panikångest, social fobi, posttraumatiskt stressyndrom, generaliserad ångest)
- Självmordsbenägenhet
- Psykofarmakabruk
- Alkoholmissbruk och -beroende
- Substansproblem (läkemedel, narkotika och dopning)
- Negativa livshändelser (exempelvis en närståendes persons död, skilsmässa, allvarlig skada)

Det finns också en samvariation mellan de här faktorerna. Till exempel, samvarierar ”spel viktigt bland vänner”, ”lägre grad av självkompetens”, ”negativa livshändelser” och ”lägre grad av social aktivitet”. Detta tyder på att det finns en särskilt utsatt grupp som drabbas av flera av dessa faktorer samtidigt. Utöver de bivariata sambanden mellan problemspelande och olika faktorer gjorde vi en multivariat analys för att ta reda på vilka av faktorerna som tydligast skiljde problemspelare och icke-problemspelare åt. Impulsivitet, alkohol- och drogproblem samt en otrygg uppväxt var bland de faktorer som gav störst skillnader mellan de två grupperna med olika spelbeteende. Även upplevelsen av en ökad inkomst av spelande, att ha vänner som tycker att spel om pengar är oviktigt, att vara född utanför Norden och att vara ogift gav skillnader mellan grupperna.

För att ta reda på olika utvecklingsbanor av problemspelande genom tiden länkades respondenterna i fördjupningsstudien med uppgifter på dem från två tidigare gjorda mätningar (mätningar gjorda inom befolkningsstudien av Swelogs). I den här analysen framkom det att tidigare problem med spelande, alkohol och droger innebar en högre risk för problemspelande. Att vara kvinna minskade risken. För personerna med ett initialt problemspelande hade tidigare problem med spel, alkohol och droger betydelse för återhämtningen från sitt problemspelande, på så sätt att förekomsten av de faktorerna minskade chansen för att personen ska återhämta sig. Både ett tidigare alkohol- och drogproblem och ett tidigare problemspelande är troliga riskfaktorer för att utveckla spelproblem. Tvärtom ser vi att frånvaron av dessa faktorer underlättar en återhämtning från ett spelproblem, vilket gör att de är s.k. återhämtningsfaktorer.

Risk- och skyddsfaktorer

Kommande analyser med fler mätningar i studien kommer ge säkrare skattningar och en tydligare bild av risk- och skyddsfaktorer för problemspelande. Några faktorer sticker ut redan nu som troliga riskfaktorer för problemspelande:

- Impulsivitet
- Alkohol- och drogproblem
- Tidigare spelproblem
- Otrygg uppväxt

I den här första avrapporteringen av Swelogs fördjupningsstudie har inga tydliga och säkra skyddsfaktorer kunnat redovisas. Avsaknaden av alkohol- och drogproblem och tidigare spelproblem visade sig även underlätta möjligheten att ta sig ur ett problemspelande dvs. de var s.k. återhämtningsfaktorer.



* Viktig faktor men vi kan ännu inte avgöra om de kommer innan eller efter problemspelandets påbörjan.

Resultaten i relation till utvecklandet av förebyggande åtgärder

I den här rapporten har vi kunnat visa på ny kunskap som har tydlig bäring på arbetet med att utveckla förebyggande metoder mot problemspelande. Vi lyfter här några användningsområden och exempel.

- ▶ Eftersom impulsivitet, alkoholproblem, tidigare spelproblem och otrygga uppväxtvillkor är troliga riskfaktorer för problemspelande är det möjligt att förebyggande metoder som syftar till att minska påverkan från dessa skulle vara effektiva för att förebygga spelproblem. Det förebyggande arbetet skulle kunna bedrivas på flera olika nivåer. Exemplevis skulle man kunna minska tillgängligheten till riskabla spelformer samtidigt som man intensifierar arbetet med att minska alkoholproblemen.
- ▶ Faktumet att faktorerna "spel viktigt bland vänner", "lägre grad av självkompetens", "negativa livshändelser" och "lägre grad av social aktivitet" samvarierar och har samband med problemspelande innebär att det finns en ökad sårbarhet för personer som drabbas av flera av dessa faktorer samtidigt. Att samtidigt påverka flera av dessa faktorer med förebyggande program är därför önskvärt.
- ▶ Sambandet mellan uppväxtförhållande och problemspelande visar att problemspelande delar riskfaktorer med andra beroenden och livsstilsproblem. Förebyggande verksamhet som syftar till att stödja uppväxtvillkor för barn och unga skulle därför möjligen även minska risken för problemspelande senare i livet.
- ▶ För att avnormalisera spel om pengar bland skolkompisar och kollegor kan förebyggande arbete på skolor och arbetsplatser inriktas mot tillgängligheten och attityder till spel om pengar. Vi tror att den här typen av insatser skulle kunna ha effekt eftersom vänner som tycker det är viktigt med spel kan vara en riskfaktor för problemspelande. Vi har även i tidigare rapporter noterat att spel om pengar på arbetstid eller skoltid är förknippat med högre risk för problemspelande.
- ▶ Den multipla hälsoproblematiken som många problemspelare upplever, exempelvis alkoholproblem, narkotikabruk, nedsatt allmän och psykisk hälsa, och självmordsbenägenhet, gör att det förebyggande och hälsofrämjande arbetet mot problemspelande kan dra fördel av att utvecklas i större sammanhang. Exempelvis tillsammans med åtgärder mot alkohol, narkotika och tobak eller tillsammans med allmänt hälsofrämjande åtgärder. Ett annat angreppssätt är att införa screening av spelproblem i primärvården eller på andra arenor eller platser där problemspelare befinner sig.
- ▶ I den longitudinella analysen framkom att tidigare problemspelande i livet ökar risken för att igen utveckla ett problemspelande och fungerar som en försvarande faktor för återhämtning från problemspelandet. Det här fyndet visar på hur viktigt det är att arbeta förebyggande, eftersom när personer väl har haft spelproblem en gång i livet ökar risken markant för att återfalla i problem trots att man blivit frisk. Att utveckla och använda återfallspreventionsmetoder skulle därför kunna minska skadeverkningarna av problemspelande på sikt.

Summary

Risk and protective factors for problem gambling Results from Swelogs in-depth study

THE IN DEPTH STUDY is one part of a longitudinal project named the Swedish Longitudinal Gambling Study (Swelogs) directed by the Swedish National Institute of Public Health. The In Depth study has three aims:

- to identify risk and protective factors for problem gambling
- to study movements between different levels of problem gambling
- to identify recovery factors for problem gambling

The In Depth study has a case control design with a sample of 2400 respondents. Data collection took place between January and October 2011. Diagnostic instruments were used to establish the health and health related behaviours of the respondents.

Areas that have been investigated in the study include: the gambling context and motivations for gambling, demographic and socioeconomic factors, childhood conditions and socio-economic background, as well as individual factors such as health status and substance abuse. For every area of factors, respondents with a reported lifetime gambling problem are more vulnerable than non-problem gamblers. The following factors co-varied with problem gambling:

The gambling context and motivations

- Low levels of knowledge of chance
- Poorer ability to cope with negative emotions and poorer ability to relax
- Poorer ability to resist the impulse to gamble

Demographic and socioeconomic factors

- Economic difficulties and record of non-payment
- An upbringing without parents
- An insecure upbringing
- Victim of child abuse
- Having a family member with mental health issues or with an alcohol or drug addiction (only significant for women)
- Living in an unsafe residential area
- Gambling important among friends
- More or less socially active than peers
- Discrimination and violence

Individual factors

- Lower levels of self-efficacy
- Impulsivity
- Poorer general and mental health
- Depression
- Anxiety
- Suicidal inclinations
- Use of sleeping pills, anti-depressives and/or sedatives
- Alcohol abuse or dependence
- Substance abuse
- Negative life events

A multivariate analysis showed that impulsivity, substance abuse, and an insecure childhood were the factors that best explained differences between problem gamblers and non-problem gamblers.

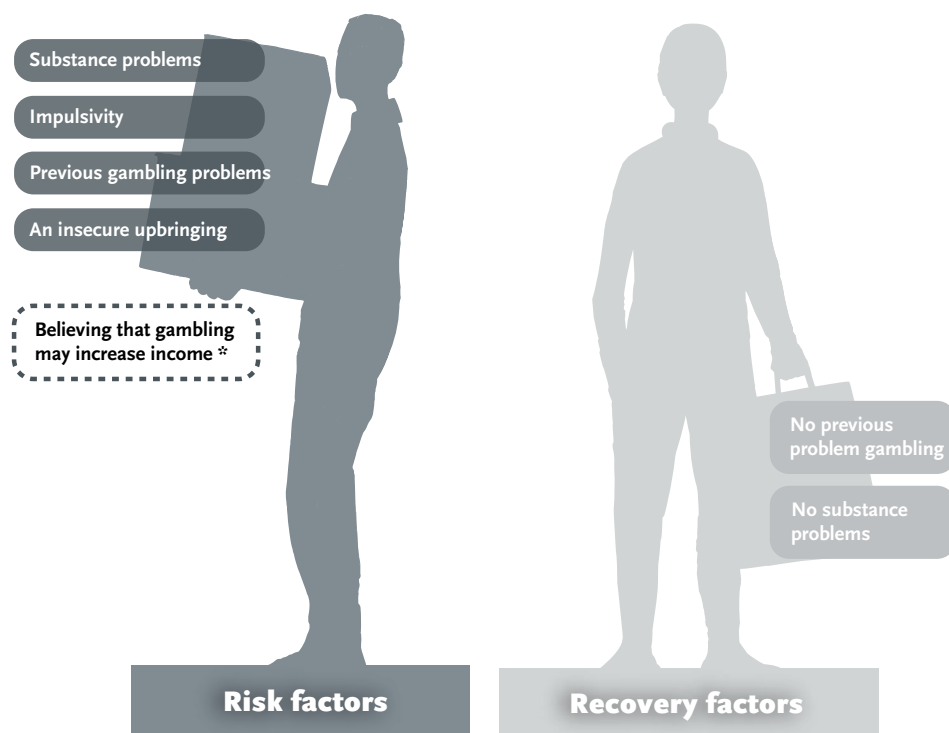
Developmental trajectories for problem gambling were analysed using data from two earlier measurements. This data comes from the first and the second measurement of the epidemiological study of Swelogs. The analysis resulted in a total of five different trajectories, three trajectories for respondents without any problem gambling at baseline and two trajectories for respondents with problem gambling at baseline. Potential risk and protective factors for belonging to the different developmental trajectories were also examined in the analysis. Previous problem gambling and alcohol problems were factors that increased the probability of belonging to a trajectory that went from no problem gambling initially to problem gambling at the end of the follow-up. Being female was a factor that decreased this probability. Previous gambling problems and alcohol problems were also factors that decreased the probability of recovery from current gambling problems. The absence of previous gambling problems and substance problems are recovery factors for current problem gambling.

Risk and protective factors

Upcoming Swelogs analyses, which will be able to use more measurement points, will give more secure estimates and a clearer picture of risk and protective factors for problem gambling in Sweden. However, this report has already found several probable risk factors:

- Impulsivity
- Substance problems
- Previous gambling problems
- An insecure upbringing.

No protective factors were identified at this stage of the study that fulfilled our criteria. Further measurement points and analysis will yield more reliable information about protective factors. The absence of substance problems and previous gambling problems are probable recovery factors for problem gambling.



* This is an important factor, however we have not yet established its temporal relationship with problem gambling.

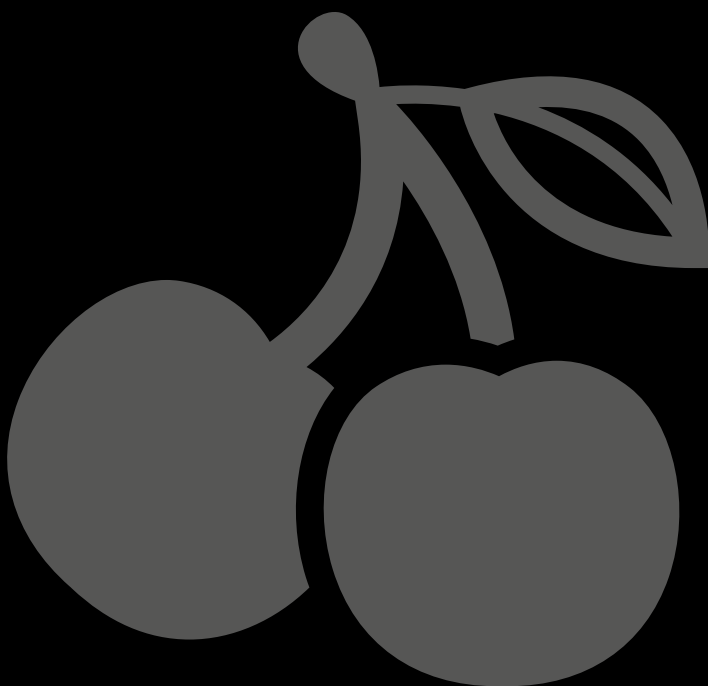
General conclusions in relation to prevention

The new research in this report has implications for the development of prevention strategies aimed at reducing problem gambling and related harms. Some examples and potential areas of use are presented below.

- ▶ Since impulsivity, substance problems, previous gambling problems and an insecure childhood are probable risk factors for problem gambling it is likely that prevention that aims at lessening the impact of those factors could be effective in reducing problem gambling related harms. Those prevention strategies could include elements from the entire prevention palette, including restricting availability to risky gambling forms and targeting alcohol problems.
- ▶ The research finding that the factors “gambling important among friends”, “lower levels of self-efficacy”, and “lower levels of social activity” co-vary and are associated with problem gambling, provides a foundation for the argument that there is an increased vulnerability for people who are affected by these factors at the same time. Taking these factors into account when developing and implementing prevention programmes could therefore give positive results.
- ▶ The association between detrimental childhood conditions and problem gambling shows that problem gambling shares risk factors with other addictions and lifestyle problems. Prevention that aims at supporting childhood conditions could therefore also lessen the risk for problem gambling later in life.
- ▶ In order to de-normalise gambling among school friends and colleagues, prevention at schools and work places could be directed towards decreasing availability and changing attitudes toward gambling. This example is based on the research finding that people who have friends that value gambling are more at risk of developing gambling problems. We have also previously reported on the association between gambling during working hours or school hours and problem gambling.
- ▶ The multiple health problems that many problem gamblers experience, for example alcohol problems, drug problems, poorer general and mental health, and suicidal tendencies, suggest that prevention and health promotion in the problem gambling area could be developed in a wider setting. For example, problem gambling prevention could be developed together with prevention efforts aimed at reducing the use of alcohol, tobacco, and drugs. For the same reasons, problem gambling could also benefit from general health promotion efforts. Another strategy could be to include problem gambling in screening in primary care settings or other relevant arenas.
- ▶ The longitudinal analysis showed that previous (lifetime) problem gambling increases the risk of developing gambling problems as well as decreases the chance of recovery from problem gambling. This finding underscores the importance of prevention. Developing and spreading methods aiming at reducing relapses could also decrease problem gambling related harm in the longer term.

KAPITEL 1

Inledning



Inledning

Uppdraget

På uppdrag av Statens folkhälsoinstitut har Centrum för psykiatriforskning i Stockholm genomfört en datainsamling kallad Fördjupningsstudie 1 (In depth study, ID1) om kopplingen mellan problemspelande och hälsa. Studien genomfördes som en del av en flerårig befolkningsstudie om spel och hälsa som Statens folkhälsoinstitut ansvarar för på regeringens uppdrag. Denna studie går under namnet ”Swedish longitudinal gambling study” (Swelogs). En viktig del av Swelogs är det epidemiologiska spåret där två mätningar (EP1 och EP2) redan har genomförts och rapporterats (Statens folkhälsoinstitut, 2010b, 2012a). Respondenterna i fördjupningsstudien är en delmängd av det epidemiologiska spåret och studiens urval baseras på resultat från de två tidigare epidemiologiska mätningarna. Resultat från de två första tillfällena i det epidemiologiska spåret, EP1 och EP2, har också delvis analyserats i denna rapport. Det övergripande målet med Swelogs är att kunskapen ska ligga till grund för metoder som är effektiva för att förebygga spelproblem.

Tabell 1. Swelogs plan för datainsamling.

	2008/2009	2009/2010	2011	2012	2013	2014	2015
Epidemiologiskt spår	EP I n=15 000 16–84 år	EP II n=8 165 17–85 år		EP III n=8 000 19–87 år		EP IV n=7 000 21–89 år	
Fördjupnings-spår			ID I n=2 400 18–86 år		ID II n=2 000 20–89 år		ID III n=2 000 22–91 år
Uppföljnings-spår	FU n=578 23–83 år						

Syftet med fördjupningsstudien är i första hand att identifiera risk-, skydds- och återhämtningsfaktorer för problemspelande. I ett senare skede kommer denna första mätning att användas med de två kommande mätningarna av fördjupningsstudien, i kombination med information från fyra mätningar av det epidemiologiska spåret. Tillsammans blir de en ny kunskapskälla när det gäller att studera förflyttningar mellan olika grader av problemspelande och vilka faktorer som påverkar dessa förflyttningar.

Rapportens disposition

Resterande del av kapitel 1 är en bakgrundsbeskrivning och ett avsnitt om forskning och spelproblem i internationell och nationell kontext. Kapitel 2 beskriver metoden och syftet med första mätningen av Swelogs fördjupningsstudie. Därefter kommer resultaten i kapitel 3 där redovisningen är uppdelad i fem delar: problemspelande, demografiska och socioekonomiska faktorer, individuella faktorer, multivariat analys och förflyttning mellan olika grader av problemspelande. Kapitel 4 avslutar rapporten med slutsatserna som kan dras från denna första rapport från Swelogs fördjupningsstudie. Som bilaga finns en uppsättning tabeller, en redovisning av frågeinstrumenten och enskilda frågor samt själva intervjuguiden till intervjudelen av studien.

Bakgrund

År 2008/2009 genomfördes den första delstudien (EP1), en befolkningsstudie där spelvanor i den svenska befolkningen undersöktes (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). 2009/2010 genomfördes en ett års uppföljning av befolkningsstudien (Statens folkhälsoinstitut 2012a). Fortfarande saknas grundläggande kunskaper i Sverige om huruvida risk- och skyddsfaktorer för substansmissbruk och -beroende även är relevanta för spelproblem (Statens folkhälsoinstitut, 2010a). Därför initieras Swelogs fördjupningsstudie. Den befintliga kunskapen om risk- och skyddsfaktorer baseras till stor del på tvärsnittsstudier. Vi redogör här för den befintliga relevanta forskningen inom området.

Spelproblem i internationell och nationell kontext

Utbredningen av spelproblem i ett samhälle samvarierar med många olika faktorer. Här redogörs kortfattat för tillgängligheten till spel i samhället, demografiska och socio-ekonomiska faktorer, uppväxtförhållanden och problem med hälsan.

Tillgänglighet till spel i samhället

Tillgången till olika spelformer i samhället har enligt internationella studier ett samband med i vilken omfattning befolkningen spelar och har spelproblem (Welte, Barnes, Wierczorek, Tidwell, Hoffman, 2007; Lund, 2009; Hansen & Rossow, 2010). En del studier har visat att bostadsområden med många möjligheter att spela har högre förekomst av personer med spelproblem än andra områden (Ministry of Health, 2008; Shaffer, LaBrie, & LaPlante, 2004). Man vet dock inte om personer med spelproblem har valt att bosätta sig i dessa områden, om företagen som tillhandahåller spel valt att etablera sig där storspelare bor, eller om det är tillgången till spel som påverkar människor att spela mer och få spelproblem. Det är dock rimligt att anta att de marknadsmässiga principerna med tillgång och efterfrågan även fungerar för spelmarknaden.

Demografiska faktorer

Spelproblem är spritt i hela befolkningen och kan därmed drabba alla, men vissa grupper i befolkningen har spelproblem i högre utsträckning än andra. Internationell forskning visar att unga är överrepresenterade bland dem med spelproblem (Jacobs, 2000; Shaffer & Hall, 1996). I Swelogs befolkningsstudie uppskattades 2,2 procent av Sveriges befolkning i åldern 16–84 år ha spelproblem, men förekomsten var högre bland de yngre. Allra högst var förekomsten bland unga män, 18–24 år, där 8,7 procent hade problem med spel. Bland kvinnor var förekomsten högst bland de allra yngsta, 16 och 17 år, där 2,1 procent hade spelproblem (Statens folkhälsoinstitut, 2010b).

Internationell forskning visar också att spelproblem ofta är vanligare bland män än bland kvinnor (Blanco, Hasin, Petry, Stinson, & Grant, 2006; Jacobs, 2000). I en svensk studie ser man att män i högre utsträckning än kvinnor spelar på så kallade strategispel som innebär en hög risk för spelproblem, t ex på kasinon eller sportarenor (Svensson, Romild, Nordenmark, & Månsdotter, 2011; Statens folkhälsoinstitut, 2012a).

Därutöver visar en del studier ett samband mellan att tillhöra en etnisk eller kulturell minoritet och att ha spelproblem (Zitzow, 1996; Peacock, T. D., Day, Peacock, 1999; Statens folkhälsoinstitut, 2012b). Vissa forskare diskuterar att detta samband skulle ha att göra med socioekonomisk marginalisering, låg status och kulturella skillnader (Schissel, 2001; Forrest & McHale, 2011).

Socioekonomiska faktorer

Utbildningsnivån har i flera studier visat sig samvariera med spelproblem. Det finns studier från flera länder i västvärlden som tyder på att förekomsten av spelproblem är lägre bland personer med lång utbildning jämfört med dem med medellång eller kort utbildning (Department of Justice, 2009; Ministry of Health, 2006; Wiebe, Mun, & Kauffman, 2006). En del studier har också funnit ett samband mellan ekonomiska förhållanden och spelproblem, men detta samband ser olika ut i olika länder. Studier från USA och Storbritannien visar att låginkomsttagare oftare har spelproblem än medel- och höginkomsttagare (Volberg, Nysse-Carris, & Gerstein, 2006; Wardle et al., 2007), medan det i studier från Australien och Sverige främst är personer med medelhög inkomst som har problem med spel (Department of Justice, 2009; Statens folkhälsoinstitut, 2012b).

I Sverige visade en befolkningsstudie om spel från slutet av 90-talet att förekomsten av spelproblem var högre bland personer som var ekonomiskt marginaliserade än bland befolkningen i övrigt (Volberg, Abbott, Rönnerberg, & Munck, 2001). Även i den senaste svenska befolkningsstudien inom Swelogs fanns ett samband mellan att vara ekonomiskt utsatt med dålig ekonomi, och att ha spelproblem. Därutöver var det även vanligare med spelproblem bland personer med en medelhög inkomst, jämfört med befolkningen i allmänhet (Statens folkhälsoinstitut, 2010b).

Uppväxtförhållanden

Uppväxtförhållandena tycks inverka på risken för att utveckla spelproblem. Exempelvis kan föräldrarnas spelvanor påverka barnens spelvanor. Studier visar att en del barn till spelande föräldrar börjar spela tidigare i livet, och att de senare i livet spelar mer än andra ungdomar och vuxna (Griffiths & Wood, 2000). Dessutom har de en större sannolikhet för att utveckla spelproblem (Wardle et al., 2007; Statens folkhälsoinstitut, 2012b). I några studier finner man också att en tidig debut i spel är relaterat till senare spelproblem (Gupta & Derevensky, 1998; Winters, Stinchfield, Botzet, & Anderson, 2002). Några forskare har studerat sambandet med att vara utsatt för våld i familjen under barndomen, och funnit att personer med spelproblem oftare än andra har sådana erfarenheter (Affi, Brownridge, MacMillan, & Sareen, 2010; Scherrer et al., 2007; Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman, & Black, 2007). Forskning har också visat att en hög grad av impulsivitet under barndomen är en riskfaktor för att senare utveckla olika psykosociala problem, t ex problem i skolan, kriminalitet och alkohol- och drogproblem (Zucker, Donovan, Masten, Mattson, & Moss, 2008). Dessa problem är vanligare än förväntat hos ungdomar med spelproblem (Blinn-Pike, Worthy, & Jonkman, 2010). En del studier har även funnit ett samband mellan impulsivitet under barndomen och att senare utveckla spelproblem (Shenassa, Paradis, Dolan, Wilhelm, & Buka, 2012; Breyer et al., 2009). I en studie i en kohort av pojkar i Quebec i Kanada har man dessutom funnit att en hög grad av impulsivitet under barndomen ökar risken för såväl spelproblem som alkoholproblem senare i livet (Vitaro, Ferland, Jacques, & Ladouceur, 1998; Vitaro, Brendgen, Ladouceur, & Tremblay, 2001).

Utsatthet för våld

Även senare i livet kan personer med spelproblem vara utsatta för våld i högre utsträckning än andra personer (Scherrer et al., 2007). I Sverige har det sambandet endast konstaterats bland män medan inget tydligt samband kunde ses bland kvinnor (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). Spelproblem verkar även ha samband med att utöva våld. I en amerikansk studie rapporterar personer med spelproblem en högre förekomst av våldsutövning mot sina barn eller partner, i jämförelse med personer utan spelproblem (Affi et al., 2010; Statens folkhälsoinstitut, 2012b).

Hälsoproblem

Forskningen om hälsa och spelproblem har haft starkt fokus på missbruk av alkohol, tobak och narkotika samt nedsatt psykisk hälsa. Många studier har genomförts på kliniker bland hjälpsökande spelare, men det finns också flera studier med representativa befolkningsurval. Statens folkhälsoinstitut har nyligen publicerat en översikt om forskningen kring sambandet mellan spel och hälsa. Översikten visar att många personer som har spelproblem samtidigt använder eller t o m missbrukar alkohol, tobak och narkotika. Det omvända förhållandet gäller också, dvs. att de som använder alkohol, tobak och narkotika i stor utsträckning har samtida problem med spel. Därutöver visar översikten också att personer med spelproblem oftare än förväntat är deprimerade samt har ångest eller självmordstankar (Statens folkhälsoinstitut, 2012b).

KAPITEL 2

Metod och syfte



Metod och syfte

Varför en fördjupningsstudie?

Tanken är att fördjupningsstudien ska fördjupa kunskapen om risk-, skydds- och återhämtningsfaktorer. Tre olika syften finns specificerade för fördjupningsstudien och de presenteras nedan.

Studera risk- och skyddsfaktorer

Det övergripande syftet med fördjupningsstudien är att studera risk- och skyddsfaktorer för spelproblem. En riskfaktor är en faktor som ökar risken för att ohälsa eller annan problematik uppstår hos individen medan en skyddsfaktor är en faktor som i stället skyddar mot ohälsa eller annan problematik. I denna första rapport från fördjupningsstudien med bara en mätpunkt kan vi i analyserna bara uttala oss om samvariationer mellan tänkta risk- respektive skyddsfaktorer och problemspelande, även om vi för några faktorer i dessa analyser kan stärka tolkningen av samvariationen med att faktorn förekommer innan problemspelandet uppstår. Dessa faktorer är dels alkohol- och drogproblem samt nedsatt psykisk hälsa där ID1 även innehåller ”tidigare i livet”-mätningar, och dels faktorer som mäter personliga egenskaper och uppväxtförhållanden. Trots ”tidigare i livet”-mätningar får studien främst räknas som en tvärsnittsstudie med bara en mätning. Uttalanden om tidsförhållanden får därför begränsas till de analyser som gjordes för det andra syftet, se nedan. Fler mätningar i fördjupningsstudien ökar förstås möjligheten till att kunna uttala sig om tidsförhållanden. En styrka med fördjupningsstudien är att tidigare kända riskfaktorer såsom alkohol- och drogproblem samt nedsatt psykisk hälsa har fastställts genom en bedömning av tränade intervjuare och inte genom självrapporteringar.

Studera förflyttningar mellan olika grader av problemspelande

Ett andra syfte med fördjupningsstudien är att studera förflyttningar mellan olika grader av problemspelande. För att ta sig an detta syfte gjordes en länkning av data från det epidemiologiska spåret (EP1 och EP2) till ID1-data för de individer som ingår i fördjupningsstudien. I de analyserna användes de nyss nämnda faktorer från ID1 som föregick spelproblemen, men också information från EP1 om potentiella risk- och skyddsfaktorer. Dessa analyser får ligga till grund för kommande mätningar i fördjupningsstudien för att bättre kunna mäta effekten av dessa faktorer. Det behövs mer djupgående analyser för att se om t ex även risk- och skyddsfaktorer varierar över tid eller huruvida en faktor fungerar som en moderator (påverkar

styrkan i sambandet mellan två andra variabler) eller som en mediator (förklarar sambandet mellan två andra variabler).

Studera återhämtningsfaktorer

Det tredje syftet med fördjupningsstudien är att studera återhämtningsfaktorer, dvs. faktorer som främjar s.k. spontant tillfrisknande från en redan etablerad ohälsa eller annan problematik. Samma länkade data som för syfte nummer två användes för att studera dessa faktorer.

Design

Grunden till fördjupningsstudien är en fall- kontrollstudie där förekomsten av en tänkt risk- eller skyddsfaktor hos fallen jämförs med förekomsten bland kontrollerna. Fallen och kontrollerna är hämtade från Swelogs epidemiologiska spår, och fallen är definierade utifrån ett mått av problemspelande som mäter om man har haft problem någonsin i livet. I rapporten beskrivs fallen och kontrollerna ofta som personer med eller utan spelsproblem eller problemspelare och icke-problemspelare.

Urval och definition av population

Den första urvalsgruppen var personer som har deltagit i de tidigare genomförda epidemiologiska studierna (EP1 och EP2) i Swelogs. Av dem valdes först de som någon gång haft problem med spel om pengar, och de 591 individerna blev fallgruppen.

Fallen definierades utifrån att de vid något av de tidigare epidemiologiska mät-tillfällena uppgivit att de haft problem på grund av sitt spelande, under det senaste året eller tidigare i livet. Fallen beskrivs ofta i texten som problemspelare.

En person ansågs ha ett problemspelande om den fick 3 eller fler poäng på instrumentet PGSI vid antingen EP1 eller vid EP2 och/eller fick 3 eller fler poäng på instrumentet South Oaks Gambling Screen – Revised (SOGS-R) som användes för att mäta spelproblem tidigare i livet än det senaste året vid EP1. Totalpoängen för skalorna PGSI respektive SOGS-R delas in i något olika kategorigrupper, men båda skalorna har en klar gräns mellan 2 och 3 poäng där 3 poäng eller högre indikerar ett problemspelande. Till fallen valdes drygt 3 gånger så många kontrollpersoner ut, vilka då aldrig någonsin haft problem med sitt spelande enligt samma mätinstrument. I och med att spelproblem är vanligare bland män och bland unga blev dessa grupper överrepresenterade i fallgruppen. Kontrollpersonerna frekvensmatchades därför på ålder och kön så att köns- och åldersfördelningen motsvarar den bland fallen. Således innehåller både fallgruppen och kontrollgruppen en högre andel män och unga personer jämfört med befolkningen i stort. För att bli inkluderade i ID1 måste både fall och kontroller ha tackat ja till att även delta i ID1 vid de två tidigare epi-

demiologiska studierna. Totalt består urvalet i ID1 av 2 400 personer utav de 5 882 personer i det epidemiologiska spåret som svarade att de kunde tänka sig delta i fördjupningsstudien.

Nuvarande problemspelande bland fall och kontroller

I tabell 2 presenteras hur det nuvarande problemspelandet mätt i ID1 enligt PGSI fördelar sig bland fall respektive kontroller.

Tabell 2. Fördelning PGSI-poäng i ID1, uppdelat på fall och kontroller, presenterat som frekvens och procent.

Grad av problemspelande enligt poäng på PGSI	Problemspelare Frekvens (%)	Ej problemspelare Frekvens (%)	Total Frekvens (%)
Ingen risk (0 p)	227 53,2 %	1 399 88,4 %	1 626 81 %
Viss risk (1–2 p)	86 20,1 %	131 8,3 %	217 10,8 %
Förhöjd risk (3–7 p)	78 18,3 %	41 2,6 %	119 5,9 %
Spelproblem (>8 p)	34 8 %	2 0,1 %	36 1,8 %
Total	427 100 %	1 583 100 %	2 010 100 %

Grått fält = ej pågående problemspelande och svart fält = nydebuterade problemspelare.

Vid denna mätning var det 7,7 procent som hade 3 poäng eller mer på PGSI, vilket i denna studie är definitionen av problemspelande. En stor andel av personerna i fallgruppen uppgav att de inte har något pågående problemspelande (det grå fältet). Information om det årliga in- och utflödet i problemspelande för dem som ingår i fördjupningsstudien finns i resultatdelen. Ett mindre antal personer, 43 stycken, var tidigare inte definierade som fall men upplevde problem på grund av sitt spelande under år 2010, vilket gör dem till så kallade incidenta fall (det svarta fältet). Bland fallen var det 39 personer (9,1 procent) som inte hade spelat något spel alls om pengar under de senaste tolv månaderna, medan motsvarande siffra för kontrollerna var 430 personer (27,2 procent). Tabell 2 representerar inte befolkningen i stort och bör inte tolkas som en representation av hur problemspelande förändras över tid. Tidigare studier har visat att andelen personer med spelproblem i befolkningen ligger på en relativt konstant nivå och att lika många går ur och tillkommer i gruppen av problemspelare (Statens folkhälsoinstitut, 2012a).

Kriteriet för att definieras som ett fall till studien var att personen någon gång i livet hade upplevt ett problemspelande, och därför kommer dessa personer att räknas som fall i merparten av analyserna i den här rapporten. För de flesta sam-

band i rapporten jämförs de 427 fallen (antal av fallen som valde att vara med i studien) mot de 1 583 kontrollerna i tabell 2 (antal av kontrollerna som valde att vara med i studien). När det gäller analyser av problem med alkohol- och drogbruk samt nedsatt psykisk hälsa gjordes också analyser utan de fall som hade rapporterat problemspelande som föregick problemen med alkohol, droger eller nedsatt psykisk hälsa. Detta gjordes för att se om personer med problemspelande i högre utsträckning redan hade problem med alkohol, droger eller nedsatt psykisk hälsa, jämfört med kontrollerna. I tabell 2 var det 43 personer (svart fält) som mellan EP2 (2009/2010) och ID1 (2011) övergick till att ha spelproblem, och de hanteras i analysen av olika utvecklingsbanor av spelproblem, i resultatdelen. Detta visar att urvalet till studien är komplicerat och är inte en fall-kontrollstudie i begreppets vanliga mening.

Information om deltagande, sekretess och ersättning

De personer som utgör urvalet för studien fick skriftlig information om studiens syfte och upplägg skickad till sin folkbokföringsadress. Där fick de veta att deltagandet i studien var frivilligt samt vilka registerdata som datainsamlingen skulle kompletteras med. I brevet fanns även information om att de uppgifter som lämnades genom en intervju eller enkät är skyddade enligt lag och att de som arbetar med studien har tystnadsplikt. Deltagarna i ID1 fick en ersättning på 200 kronor. Respondenterna ombads uppge sitt personnummer för att ersättningen skulle kunna betalas ut och de som inte ville uppge sitt personnummer erbjöds i stället en biobiljett.

Insamling och slutförvaring av data

Datamaterialet till ID1 samlades in via telefonintervjuer genomförda av utbildade, kliniskt erfarna intervjuare. De flesta intervjuer bokades in i förväg av samma person som senare även höll i intervjun. Intervjuerna varade i genomsnitt i 46 minuter och genomfördes med hjälp av ett internetbaserat strukturerat frågeformulär (se bilaga 3). I genomsnitt gjordes 5,5 kontaktförsök med respondenten innan intervjun genomfördes, och upp till 25 återuppringningsförsök gjordes innan respondenten betraktades som icke nåbar via telefon. De respondenter som inte gick att nå per telefon, eller som av någon anledning hellre önskade få delta skriftligt, fick en enkät skickad till sig med post. Postenkäten följdes upp med två påminnelser till de respondenter som inte hade svarat. Telefonintervjuerna genomfördes mellan januari och juni år 2011 medan datainsamlingen via postenkät fortsatte till och med oktober 2011. Efter datainsamlingens avslut fördes uppgifterna över som avidentifierade data till dataservern MONA som Statistiska centralbyrån ansvarar för.

Kvalitetskontroll

Innan datainsamlingen påbörjades gjorde forskningsteamet och intervjuarna pilotintervjuer bland kollegor, familjemedlemmar och bekanta. Syftet var att testa intervjuguiden och se till att intervjuarna kände sig trygga med frågorna innan de inledde intervjuarbetet. Sedan fick intervjuarna fortlöpande handledning för att frågor och olika svar skulle tolkas på ett likartat sätt. Interbedömarreliabiliteten i studien har testats genom att spela in intervjuer, låta en annan intervjuare omkoda dem samt ytterligare en person granska intervjuerna. På så sätt kunde man studera om intervjuarna tolkade frågor och svar på samma sätt. Överensstämmelsen mellan intervjuarna mättes genom att beräkna Kappavärden som varierade mellan 0,48 och 1,00, vilket innebär att överensstämmelsen var moderat till perfekt. För att ytterligare säkra kvaliteten ringde man upp 10 procent av respondenterna för att fastställa att intervjun hade genomförts, och då på ett tillfredsställande sätt. Återuppringningarna genomfördes inte av den personal som hade genomfört intervjuerna. Totalt var 97,7 procent av respondenterna helt nöjda med intervjun.

Frågeformulär – instrument och enskilda frågor

Det internetbaserade frågeformuläret som användes i intervjuerna är inkluderat som bilaga 3 till denna rapport. I stort sett ställdes samma frågor i postenkäten som i telefonintervjun även om det var nödvändigt att göra vissa förändringar. I bilaga 2 presenteras alla frågor och instrument, och skillnaderna mellan intervjun och enkäten nämns där det är aktuellt. Resultatredovisningen innehåller inga sammanslagningar av de frågor som ställdes olika mellan intervju- och enkätfasen inom samma område utan de redovisas var och en för sig. Däremot finns det alltid en risk för att respondenter kan svara olika beroende på om de blir intervjuade eller svarar på en enkät, även när frågan är exakt densamma. När vi analyserade om det fanns skillnader i svaren mellan de som blev intervjuade per telefon och de som svarat på postenkäten fann vi att svarsmönstren var lika förutom för variablerna otrygg uppväxt och att ha vuxit upp utan förälder. Sambandet mellan spelproblem och otrygg uppväxt och en föräldralös uppväxt var starkare i gruppen som svarat på enkäten.

Svarsfrekvens och bortfall

Under våren 2011 genomfördes 1 876 telefonintervjuer av det totala urvalet (2 400 individer). Ytterligare 134 personer deltog i undersökningen genom att besvara en postenkät, vilket ger en slutgiltig svarsfrekvens på 83,7 procent. Bortfallet är ojämnt fördelat på fall och kontroller; en större andel kontroller har deltagit i studien (75,5 procent respektive 89,5 procent). Mellan könen var det ingen skillnad i svarsfrekvens medan äldre som förväntat svarade i högre utsträckning än yngre.

Tabell 3. Beskrivning av urval och av studiens deltagare utifrån indelningen fall/kontroll, kön och ålderskategori. Presenterat i frekvens och procent.

Grupp	Urval	Antal som deltagit	Andel som deltagit
<i>Problemspelare</i>			
Män 16–24 år	221	158	71,5
Män 25–44 år	125	94	75,2
Män > 44 år	38	31	81,6
Kvinnor 16–24 år	117	75	64,1
Kvinnor 25–44 år	70	50	71,4
Kvinnor > 44 år	20	19	95,0
<i>Ej problemspelare</i>			
Män 16–24 år	677	574	84,8
Män 25–44 år	384	347	90,4
Män > 44 år	116	109	94,0
Kvinnor 16–24 år	358	311	86,9
Kvinnor 25–44 år	213	184	86,4
Kvinnor > 44 år	61	58	95,1
<i>Totalt</i>	2400	2010	83,8

Av olika anledningar kom 390 personer att räknas som bortfall i studien. Av dem saknades kontaktinformation till 2 personer medan 3 personer var allvarligt sjuka, 1 person var avliden och 148 personer, dvs. en dryg tredjedel, blev kontaktade men avböjde att delta. Totalt 70 postenkäter (17,9 procent av bortfallet) returnerades på grund av felaktig adress till mottagaren. Dessa personer får betraktas som mycket svåra att kontakta eftersom upp till 25 kontaktförsök gjordes via telefon innan postenkäten skickades ut. Slutligen var det 166 personer, drygt 40 procent av bortfallet, som troligtvis fick postenkäten men valde att inte svara.

En majoritet av frågorna i både intervju- och enkätintervjuerna har en intern svarsfrekvens på 98–99 procent, men tre frågor i intervjufasen och två frågor i enkätfasen hade en lägre svarsfrekvens (70–88 procent). Inför postenkäten fick de tre frågorna i intervjufasen en något annan formulering. Det gäller f156 (orsakerna till att en respondent fått kränkande behandling), f165 (om händelser som inträffat under senaste tolv månaderna förändrat respondentens spelvanor) och f188 (vilka personer hushållet bestod av när respondenten var 15 år gammal). Den interna svarsfrekvensen är ett mått på hur många av respondenterna som svarat på de olika frågorna.

Registerdata

Uppgifterna som insamlades med hjälp av telefonintervjun eller enkäten kompletterades med uppgifter från offentliga befolkningsregister. Registerdata beställdes av Statistiska centralbyrån och de uppgifter som matchades på ID1-data gäller år 2011. Det gäller uppgifter om

- utbildningsnivå (grundskola, gymnasium respektive universitet)
- förekomst av arbetslöshetsersättning
- förekomst av sjukersättning
- förekomst av socialbidrag eller försörjningsstöd
- disponibel inkomst (indelad i fyra grupper)
- uppdelning av hemkommun i storstad – Stockholm, Göteborg och Malmö – respektive resten av landet
- födelseland (indelad i fyra grupper: Sverige, övriga Norden, övriga Europa, länder utanför Europa)
- socioekonomi (tre klasser: låg, mellan och hög beräknad utifrån yrke och kvalifikationsnivå enligt standard för svensk yrkesklassificering, SSYK)
- civilstånd (fyra grupper: gift/sammanboende med barn, gift/sammanboende utan barn, ensamstående med barn, ensamstående utan barn).

Användandet av registerdata i analyserna ledde till nya variabler såsom ”låg utbildning” som fick värdet 1 om respondenten hade grundskola som högsta utbildningsnivå och värdet 0 om respondenten hade en högre utbildningsnivå än grundskola. För de tre ersättningarna skapades den nya variabeln ”understöd” som fick värdet 1 om någon av ersättningarna förekom och annars värdet 0. För disponibel inkomst skapades variabeln ”låg inkomst” där de med en disponibel inkomst motsvarande lägsta kvartilen fick värdet 1 och de med en högre disponibel inkomst fick värdet 0. För födelseland skapades variabeln ”född utanför Norden” som fick värdet 1 om födelselandet ligger utanför Norden och värdet 0 om födelselandet var Sverige eller ett land i övriga Norden. För socioekonomi skapades variabeln ”låg socioekonomi” som fick värdet 1 om socioekonomin var dålig och 0 om den var mellanod eller god. Av variabeln civilstånd skapades de två nya variablerna ”gift/sammanboende” (ja eller nej) och ”barn” (ja eller nej).

Analysmetoder

Risk- och skyddsfaktorer

För det första syftet med ID1 jämfördes om olika potentiella riskfaktorer eller skyddsfaktorer är mer eller mindre vanliga hos personer som upplever eller har upplevt problem som en följd av sitt spelande (fallen), med förekomsten hos personer som aldrig upplevt sådana problem (kontrollerna). Ett effektmått används för att se om förekomsten av en risk- eller skyddsfaktor är vanligare eller ovanligare hos fallen än bland kontrollerna – en s.k. oddskvot (OR = odds ratio). En kvot större

än 1 betyder att faktorn är mer förekommande bland fallen än bland kontrollerna, och om kvoten är mindre än 1 är förekomsten i stället lägre bland fallen. Kvoten 1 innebär att förekomsten är lika bland fall och kontroller. För att studera skillnader i fördelningen av olika faktorer mellan fall och kontroller, oberoende av kön och ålder, användes en logistisk regressionsmodell. Vid analys av data från en fall-kontrollstudie konstanthåller man för de faktorer som matchningen mellan fall och kontroller är gjord på (kön och ålder i ID1).

Resultatet av jämförelsen presenteras dels som frekvenser, dels som OR med tillhörande 95 procents konfidensintervall (95 % k.i.). Ett konfidensintervall är ett mått på osäkerheten i skattningen av den populationsparameter man har skattat med hjälp av stickprovsdata, och en konfidensgrad på 95 procent är den vanligaste. Om intervallet inte täcker värdet 1 vid relativa jämförelser (kvoten av estimaten för fallen respektive kontrollerna) eller 0 vid absoluta jämförelser (skillnaden mellan estimaten för fallen respektive kontrollerna) tolkar man det som att skattningen av populationsparametern är statistiskt säkerställd på den valda konfidensgraden. I resultatavsnittet visas signifikanta samband om inget annat sägs.

En uppdelning för kön och ålder gjordes i analysen för att, via ett homogenitetstest (Tarone), bedöma om de uppdelade OR-värdena skiljer sig åt på ett sätt som är statistiskt signifikant. Om inget annat sägs i resultatdelen kunde nollhypotesen inte förkastas, dvs. OR-värdena skilde sig inte åt mellan könen eller mellan åldersgrupperna på ett statistiskt säkerställt vis. Jämförelsen av medianvärdena för fallen och kontrollerna gällande de spelrelaterade skalorna (Gambling Fallacies Measure (GFM), Gambling Motives Questionnaire (GMQ), Gambling Self Efficacy Scale (GSE) gjordes med ett Mann-Whitney U-test som är ett mycket effektivt icke parametriskt test.

Några frågor gällde hur ofta man deltar i olika fritidsaktiviteter och hur ofta man träffar andra personer socialt, och analysen av preliminära data visade tidigt att sambanden med problemspelande inte var linjära. Svartalternativen delades därför in i fem respektive fyra grupper där alternativet i mitten, dvs. att man är som de flesta, utgör referensgruppen. Det är den grupp som alternativet "mindre aktiv" respektive "mer sällan" och "mer aktiv" respektive "oftare" jämförs med.

Multivariat analys

En univariat analys involverar bara en enda variabel och kan därmed inte vara något annat än en deskriptiv analys. En bivariat analys involverar två variabler, t ex en beräkning av en korrelationskoefficient som bara säger om sambandet är positivt eller negativt, men en bivariat analys kan också hantera orsakssamband. En multivariat analys har förutom beroendevariabeln flera oberoende variabler. Alla analyser som redovisas i bilaga 1 är multivariata analyser och inte bivariata. Den oberoende variabeln justeras nämligen för kön och ålder eftersom en matchning mellan fall och kontroller gjordes på dessa variabler. Men här används en multivariat analys för att se vilka av alla undersökta variabler som bäst förklarar variansen mellan fall och kontroller.

I denna jämförelse är alla faktorer (undersökta i ID1 och registervariabler) dikotomiserade. Det innebär att de bara har två värden, vanligtvis ja eller nej, oavsett hur de har presenterats tidigare i rapporten. Jämförelsen gjordes med hjälp av två metoder, dels en stegvis logistisk regressionsanalys, dels en logistisk diskriminantanalys. Den senare ingår i gruppen multivariata analysmetoder och användes här i huvudsak för att bekräfta resultatet av den första analysen. Faktorerna som stegvis läggs in i modellen justeras för varandra, och då brukar man ha en mindre sträng signifikansnivå eftersom en faktor som i sig inte är signifikant på 0,05-nivån ändå påtagligt kan ändra estimatet på en annan variabel i modellen. Då är 0,20 en vanlig nivå. I resultatavsnittet visas signifikanta samband om inget annat sägs.

Många av de undersökta faktorerna samvarierar med varandra och därför användes också en klusteranalys för att grafiskt illustrera i ett dendrogram vilka faktorer som samvarierar med varandra och i vilken utsträckning. En klusteranalys kan användas såväl till att gruppera observationer t ex individer i grupper som liknar varandra med avseende på faktorer man inhämtat information som att gruppera faktorer som liknar varandra för de individer man har information om. Ett antal olika metoder finns för att göra denna gruppering och här användes en hierarkisk klusteranalys.

Förflyttningar mellan olika grader av problemspelande

Det andra syftet med studien var att studera förflyttningar mellan olika grader av problemspelande, och för det frångicks uppdelningen i fall och kontroller och även ”någonsin i livet”-perspektivet. I stället gällde det den nuvarande graden av spelande. Tanken var att studera förflyttningar mellan olika grader av problemspelande över tiden samt risk- och skyddsfaktorer för dessa förflyttningar, och därför matchades data från EP1 och EP2 ihop med ID1-data. Utifrån det hopslagna datamaterialet med tre mätillfällen togs olika utvecklingsbanor fram för de individer som ingår i ID1-urvalet med utfallet ”nuvarande grad av problemspelande” mätt med instrumentet Problem Gambling Severity Index (PGSI). Individerna delades dock först upp i två grupper innan utvecklingsbanorna togs fram, beroende på PGSI-poängen vid EP1 (0–2 respektive 3 eller högre). Utvecklingsbanorna för problemspelande togs fram med hjälp av en gruppbaserad metod, Traj (Nagin, 1999). Såväl kontinuerliga (t ex blodtryck) som diskreta (t ex antal läkarbesök under ett år) utfall kan analyseras med metoden och för PGSI-skalan valdes en censurerad normalskala (CNORM). En sådan modell är användbar när data tenderar att klustra sig vid minivärdet (dvs. 0 på PGSI-skalan). Med metoden bestäms: (a) antalet utvecklingsbanor som bäst beskriver materialet, (b) graden av polynom¹ som bäst beskriver var och en av utvecklingsbanorna, (c) vilka potentiella risk- och skyddsfaktorer som bör ingå för att förbättra modellen. För denna analys inkluderades de faktorer från

1 Ett polynom är ett matematiskt uttryck vars grad beskriver en funktion t ex nollgradspolynom (konstant funktion), förstgradspolynom (linjär funktion), andragsgradspolynom (kvadratisk funktion) etc.

ID1 som föregår problemspelande, och i övrigt hämtades information om risk- och skyddsfaktorer från EP1.

Återhämtningsfaktorer

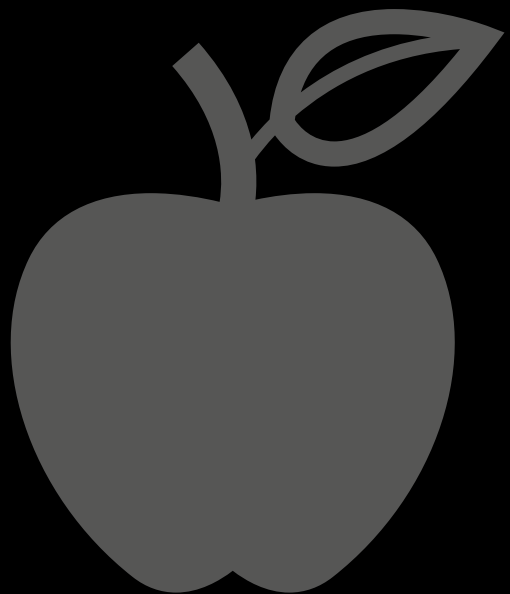
Syfte tre var att studera vilka faktorer som påverkar en återhämtning från ett problemspelande, och för det användes samma modell som för syfte två. Fokus var dock på gruppen som hade en PGSI-poäng på 3 eller högre i EP1.

Reliabilitet

Två reliabilitetsmått som nämns i rapporten är Cronbachs alfa och Cohens kappa. Den första är vanlig vid mätningar av intern konsistens, t ex för att bedöma om olika frågor i ett frågeinstrument mäter det de är tänkta att mäta på samma sätt. Cronbachs alfa-värden anges flera gånger för olika frågeinstrument som har använts i studien och som redovisas i bilaga 2. En annan typ av reliabilitet är interbedömarreliabilitet där Cohens kappa är ett vanligt mått. Det beräknar graden av överensstämmelse mellan två eller fler bedömare, justerat för den överensstämmelse som kan uppstå av ren slump. Detta mått användes i den här studien som en del av kvalitetskontrollen.

KAPITEL 3

Resultat



Resultat

I **DEN FÖRSTA DELEN** av resultatavsnittet jämförs förekomsten av olika faktorer mellan gruppen som någon gång haft ett problemspelande, dvs. fallen, med gruppen som aldrig haft ett problemspelande, kontrollerna. Dessa jämförelser delas också upp på kön och ålder. Jämförelserna presenteras utifrån tre områden:

- problemspelande
- demografiska och socioekonomiska faktorer
- individuella faktorer

Problemspelande avser frågor om typen av spelande och frekvensen samt de tre skalaerna gällande spel: Gambling Fallacies Measure (GFM) som mäter personers kunskap om slumpens roll i spel, Gambling Motives Questionnaire (GMQ) som mäter i vilken utsträckning en person spelar för att hantera negativa känslotillstånd och Gambling Self Efficacy Scale (GSE) som mäter i vilken utsträckning en person upplever sig kunna undvika att spela i olika situationer. Svarsfördelningen mellan fall och kontroller presenteras som medianvärden och kvartilavstånd. Demografiska och socioekonomiska faktorer avser respondenternas ekonomiska situation, utbildning, födelseland och sociala nätverk. Med individuella faktorer menas respondenternas hälsa, livshändelser, personlighet och civilstånd.

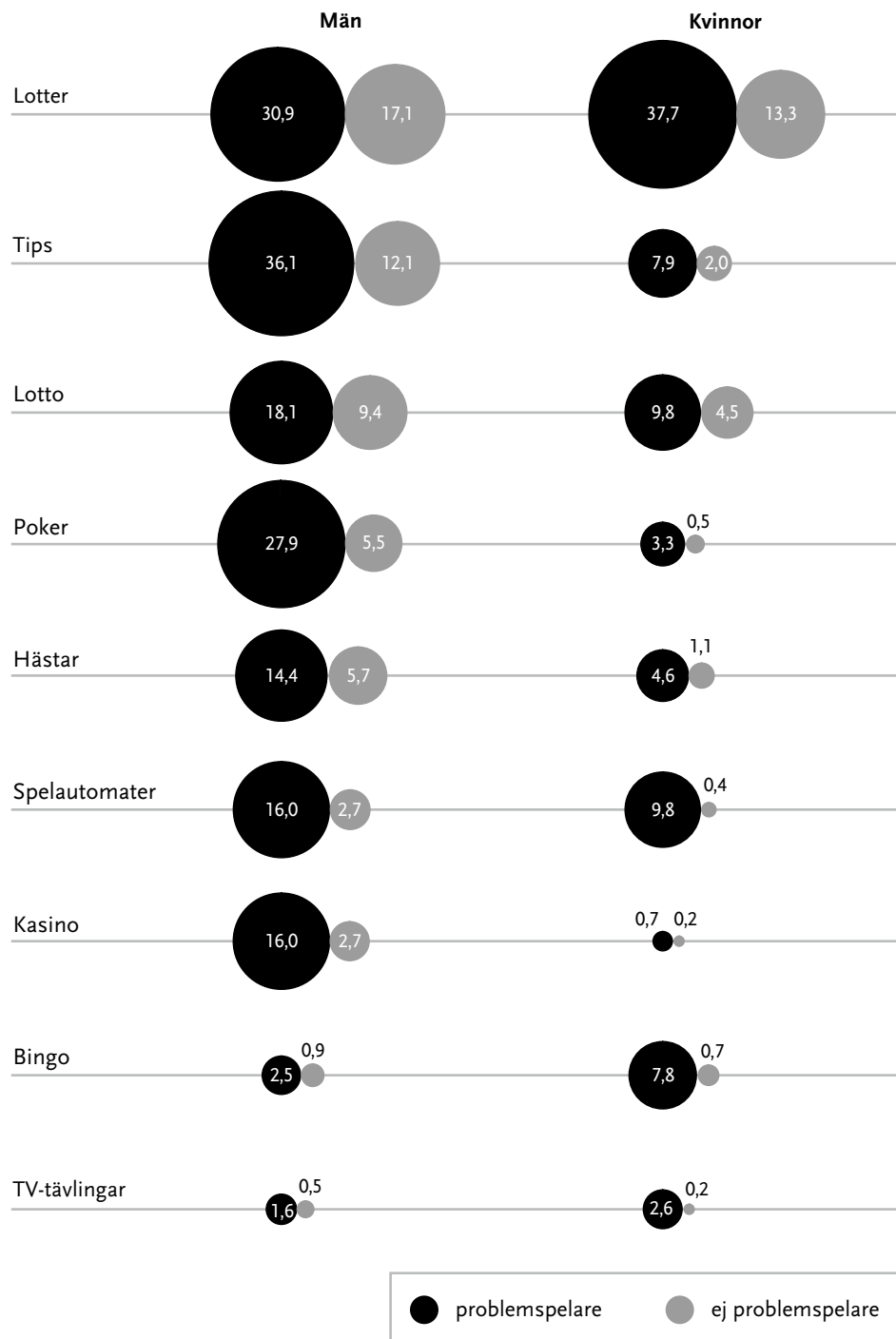
I den andra delen av resultatredovisningen studeras förflyttningar mellan olika grader av problemspelande. Här är utfallsmåttet inte längre ett kumulerat livstidsmått utan den nuvarande graden av problemspelande.

Problemspelande

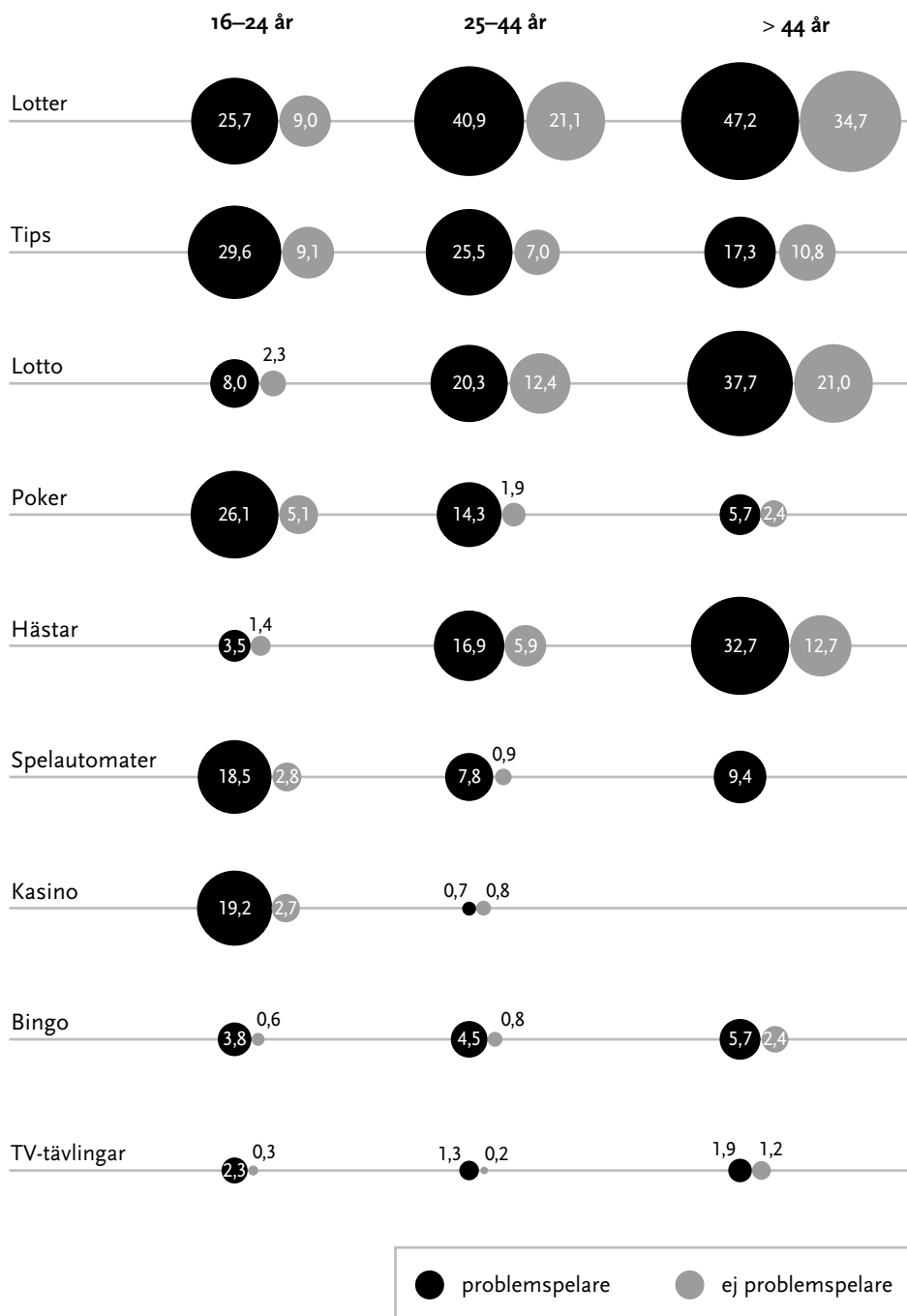
Spelfrekvens

Oavsett formen av spel är det så att de som någon gång i livet haft ett problemspelande spelar mycket mer än de som aldrig haft ett problemspelande. Det ser man tydligt i figur 1 och 2 som visar frekvensen av att spela minst en gång i månaden på olika spelformer. Den största relativa skillnaden mellan de två grupperna är för kasinospel när det gäller män medan skillnaden är störst för spelautomater när det gäller kvinnor. Sett till åldersgrupperna ligger den största skillnaden mellan fallen och kontrollerna i åldersgruppen 16–24 år när det gäller kasinospel och i de två äldre åldersgrupperna när det gäller spelautomater. Lotterier är annars den vanligaste spelformen när det gäller att spela minst en gång i månaden för båda könen, oavsett indelning i fall och kontroll eller ålder. I figur 1 är inte skillnaden mellan fall och kontroller statistiskt signifikant för kvinnor när det gäller kasino och inte för män när det gäller tv-tävlingar. I figur 2 är inte skillnaden mellan fall och kontroller statistiskt signifikant för den mellersta åldersgruppen när det gäller kasino och tv-tävlingar. För den äldsta åldersgruppen var bara skillnaderna mellan fall och kontroller statistiskt signifikanta när det gäller lotto, hästar och spelautomater.

Figur 1. Den procentuella andelen fall respektive kontroller som spelat på olika spelformer minst en gång i månaden under senaste året, uppdelat på kön.



Figur 2. Den procentuella andelen fall respektive kontroller som spelat på olika spelformer minst en gång i månaden under senaste året, uppdelat på ålder.



Swelogs andra delstudie (EP2) gällde incidensen av spelproblem, och där uppmärksammades att olika spelformer är sammankopplade med olika stor risk för att utveckla spelproblem (Statens folkhälsoinstitut, 2012a). Sett utifrån detta perspektiv medför det olika stor risk att spela på exempelvis skraplotter en gång i månaden jämfört med att spela på spelautomater en gång i månaden.

Om man studerar de olika spelformerna utifrån denna klassificering finner man att personerna i fallgruppen i betydligt större utsträckning spelade på spel med hög eller medelhög riskpotential.

Exempelvis spelade 14 procent av fallgruppen på maskiner minst en gång i månaden jämfört med knappt 2 procent i kontrollgruppen. Andra spel med hög riskpotential är bingo och poker, och spelmönstret på dessa spel varierar också mellan fall och kontroller. Totalt 4,3 procent av fallen spelade bingo minst en gång i månaden och 20 procent spelade poker i den utsträckningen, jämfört med 0,8 respektive 3,8 procent av kontrollerna.

Fallgruppen rapporterar även att en större andel av spelandet äger rum på internet i jämförelse med kontrollerna. En femtedel av fallen uppger att allt eller det mesta av deras spelande sker på internet medan 7 procent i kontrollgruppen rapporterar detsamma. Svarspersonernas favoritspel spelades ofta hemma utan sällskap: drygt 40 procent av tiden var personen själv utan något sällskap, och knappt 60 procent spelade dessutom hemma. Det fanns ingen påtaglig skillnad mellan fall och kontroller när det gäller med vem man spelar eller var.

Spelets sammanhang och motivationen till spel

Utöver spelformen och spelandets frekvens och intensitet finns det andra direkt spelrelaterade faktorer som har visat sig samvariera med spelproblem. Exempelvis överskattar personer med spelproblem ofta sin egen möjlighet att påverka spelets utfall, och kunskaper om slumpens roll i spel har beskrivits som en skyddande faktor mot spelproblem (Williams & Connolly, 2006). Sambandet återfinns även i detta material; kontrollgruppen har i större utsträckning en korrekt uppfattning om slumpens roll i spel. Både fall- och kontrollgruppen har däremot ett medelvärde på skalan GFM (5,9 respektive 6,6) som liknar det normerade medelvärdet på 6,8 som fastställdes i en internationell studie av skalan (el-Guebaly et al, 2008). Värdeskalan kan delas upp i huruvida respondenterna anses ha goda kunskaper om spelens förutsättningar (7 poäng eller högre) respektive normala eller mindre goda kunskaper (upp till 6 poäng), och då ser man att fallgruppen har 46 procents lägre sannolikhet att befinna sig i gruppen med goda kunskaper om spelets förutsättningar. Skillnaden mellan fall och kontroller var också större bland kvinnor än bland män, med 65 respektive 36 procents lägre sannolikhet för fallgruppen att ha goda kunskaper. Nivåskillnaden mellan könen nådde statistisk signifikans, $\chi^2 = 4,8$; $p = 0,029$.

I materialet framkommer även att fallgruppen i större utsträckning spelar för att hantera negativa känslor och för att slappna av. Fallgruppens medelvärde är högre än kontrollernas på delskalan Coping i GMQ, vilket indikerar en risk i och med att dessa motiv till spelande har visat sig korrelera med spelproblem (Stewart & Zack, 2008). Även värdena på denna skala delades in i två grupper, där en grupp definieras utifrån att de spelar för att hantera negativa känslotillstånd medan den andra gruppen i mycket liten utsträckning spelar av denna anledning. Fallgruppen har drygt fyra gånger så stor risk när det gäller att spela för att hantera negativa känslor jämfört med kontrollerna.

Även tron på sin egen förmåga att hantera och begränsa sitt spelande skiljer sig mellan de två grupperna. En hög poäng på skalan GSE indikerar en god förmåga att begränsa sitt spelande i olika situationer. Fallgruppen upplever i mindre utsträckning att de kan motstå att spela i de situationer som beskrivs i skalan, men både fall och kontroller har på gruppnivå en hög totalpoäng på skalan. Situationerna i GSE-skalan kan delas upp i tre kategorier där en består av situationer där respondenten satt upp klara regler för att begränsa sitt spelande. Den andra kategorin består av situationer där respondenten känner sig pressade medan den tredje består av situationer där respondenten vill roa sig. Skillnaden mellan fall och kontroller i förmågan att avstå från att spela varierar beroende på vilken typ av situation det gäller.

Personer som har eller har haft ett problemspelande har 74 procents lägre förmåga att begränsa sitt spelande genom att sätta upp regler för det. Fallen hade en ännu lägre förmåga (81 procent) att begränsa sitt spelande jämfört med kontrollerna i situationer när man spelar för att komma undan problem, exempelvis är pressade på grund av jobbet eller har bråkat med en vän eller familjemedlem.

Personer med upplevelser av problemspelande har också svårare att undvika spel när de vill roa sig eller när de är med vänner jämfört med personer som aldrig haft spelproblem. Skillnaden var här 76 procents lägre förmåga att begränsa sitt spelande.

Tabell 3 sammanfattar skillnaden mellan fall och kontroller för skalorna GFM, GMQ och GSE. Poängen för de tre skalorna var snedfördelade och därför anges medianen och kvartilavvikelsen i stället för medelvärdet och standardavvikelsen. Medianen är det mellersta värdet i en datamängd och kvartilavståndet är det tillhörande spridningsmått som säger i vilket intervall runt medianen som 50 procent av observationerna ligger, exempelvis har 50 procent av fallen en totalpoäng på GFM-skalan som ligger i intervallet 5–7.

Tabell 4. Median och kvartilavvikelse, uppdelat på fall och kontroller, för GFM, GMQ och GSE.

Skala	Problem-spelare	Ej problem-spelare	Z	P
Gambling Fallacies Measure (Min = 0, Max = 10)	6 (2)	7 (3)	6,27	0,000
Gambling Motives Questionnaire (Min = 5, Max = 20)	6 (2)	5 (0)	-13,47	0,000
Gambling Self Efficacy Scale (Min = 36, Max = 85)	77 (19)	85 (4)	15,25	0,000

Sammanfattning problemspelande

Som förväntat spelar de som någon gång haft problem mer frekvent på de flesta spelformer än de som aldrig haft spelproblem. De har också mindre kunskaper om spelandets förutsättningar, en lägre förmåga att motstå impulsen att spela i olika typer av livssituationer och en högre risk för att spela för att hantera negativa känslor.

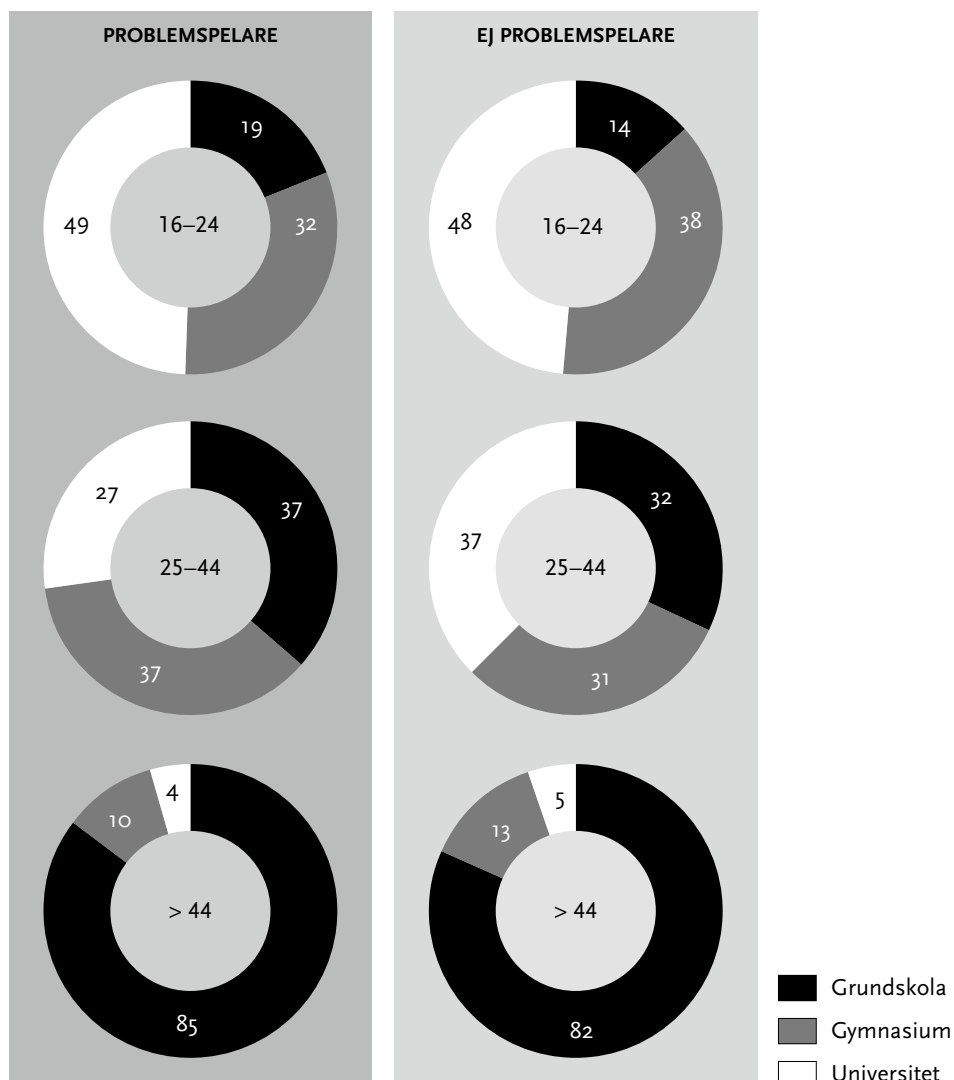
Demografiska och socioekonomiska faktorer

I detta avsnitt redovisas skillnaden mellan fall och kontroller när det gäller faktorer såsom utbildningsnivå, ekonomisk situation och sociala nätverk.

Utbildning

I Swelogs tidigare studier visade sig utbildningsnivå samvariera med spelproblem (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). I ID1 ställdes öppna frågor om föräldrarnas utbildning och svaren kategoriserades till tre grupper: grundskola eller kortare, gymnasium samt högskola eller universitet. Skillnaden mellan fall och kontroller när det gäller mammans utbildning var att fallens mammor i genomsnitt hade en kortare utbildning än mammor till kontrollerna. Någon sådan skillnad kunde inte observeras för pappors utbildningslängd och därför visar figuren nedan bara skillnaden i mammans utbildning mellan fall och kontroller uppdelat på ålder.

Figur 3. Fördelning av mammans utbildningslängd mellan fall och kontroller uppdelat på ålder.



Ekonomisk situation

Hushållsekomin, liksom människors personliga ekonomi, samvarierar med problemspelande i studien. Problemspelare har i större utsträckning än kontrollgruppen upplevt ekonomiska svårigheter och de bor i högre grad i hushåll som under senaste året fått en betalningsanmärkning. I fallgruppen har en fjärdedel upplevt ekonomiska svårigheter vid minst ett tillfälle under det senaste året, medan andelen i kontrollgruppen är 16 procent. Skillnaden mellan de två grupperna förstärks om man studerar vilka som vid upprepade tillfällen har upplevt ekonomiska svårigheter, för det är betydligt vanligare bland fallen än bland kontrollerna att mer än en gång upp-

levt ekonomiska svårigheter. En större andel av kvinnorna i båda grupperna uppgav att de har upplevt ekonomiska svårigheter jämfört med männen. Bland fallen har 9 procent fått en betalningsanmärkning jämfört med knappt 5 procent av kontrollerna, se tabell 5 och tabell 6 i bilaga 1.

Sociala nätverk

I detta avsnitt jämförs förekomsten av eller bristen på olika sociala nätverk mellan fall och kontroller.

Familjesituation och upplevelse av trygghet under uppväxten

Vi vet utifrån Swelogs tidigare mätningar att den nuvarande familjesituationen samvarierar med spelproblem och att detta samband skiljer sig åt mellan män och kvinnor (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). I ID1 ställdes frågor om familjekonstellationen under uppväxten och även utifrån detta mått fanns ett samband med problemspelande. En lägre andel av fallen har växt upp med två föräldrar jämfört med kontrollerna, men skillnaden var ändå inte så betydande. Däremot var det 1,5 gånger vanligare bland fallen att ha växt upp utan någon förälder. Drygt 80 procent har växt upp med syskon, både bland fallen och bland kontrollerna. Personerna som uppgav att de vuxit upp utan föräldrar gav flera olika exempel på hur deras familjesituation såg ut under uppväxten. Bland annat hade några vuxit upp i fosterhem, några flyttat hemifrån tidigt och ett par hade blivit adopterade.

Trygghet under uppväxten studerades genom sju frågor, varav två behandlade våldsutsatthet. Tabell 6 i bilaga 1 visar att personer med ett problemspelande mer sällan har upplevelser av en trygg uppväxt jämfört med kontrollgruppen. På frågan om de kände sig trygga under uppväxten var det exempelvis en knapp tredjedel (30,9 procent) av personerna i fallgruppen som uppgav att de inte alls eller enbart delvis gjorde det. För kontrollgruppen var det knappt 21,0 procent. I fallgruppen svarade 46,6 procent att de känt sig trygga på samtliga fem frågor jämfört med drygt 60,0 procent i kontrollgruppen (frågorna om övergrepp under uppväxten är inte inkluderade i detta mått).

Problemspelande samvarierar även med utsatthet för övergrepp under uppväxten, både fysiska (att bli slagen, fasthållen, inlåst etc.) och sexuella (att bli antastad, tvingad att utföra sexuella handlingar etc.), se tabell 7 och 8 i bilaga 1. Sambandet mellan problemspelande och övergrepp under uppväxten är starkare för kvinnor än för män, speciellt när det gäller sexuella övergrepp. Sambandet mellan problemspelande och sexuella övergrepp var endast statistiskt signifikant för kvinnor, där risken för att ha dessa erfarenheter är 2,5 gånger så stor om man även har haft ett problemspelande.

Nedsatt psykisk hälsa i familjen

Ungefär en fjärdedel av fallen och en femtedel av kontrollerna uppgav att någon i deras familj har någon form av nedsatt psykisk hälsa. Sambandet mellan problemspelande och nedsatt psykisk hälsa i familjen var bara statistiskt signifikant för kvin-

norna, där fallen hade 80 procents högre risk för att någon i deras familj hade någon form av nedsatt psykisk hälsa.

En något mindre andel i båda grupperna uppgav att någon i familjen missbrukade alkohol eller någon annan drog. Sambandet var även här endast statistiskt signifikant bland kvinnorna där fallen hade en dubbelt så hög risk jämfört med kontrollerna.

Stödjande miljöer

Stödjande miljöer har studerats på flera sätt, genom frågor om trygghet i bostadsområdet samt om socialt umgänge och samhällsengagemang. Upplevelser av otrygghet i bostadsområdet verkar vara kopplade till problemspelande; de personer som har upplevt problem som en följd av sitt spelande har endast hälften så stor sannolikhet att känna trygghet i sitt bostadsområde jämfört med kontrollerna (tabell 9, bilaga 1). På frågan om människor i området känner varandra väl finner man däremot ingen skillnad mellan fall- och kontrollgruppen.

Drygt 90 procent, både bland fallen och bland kontrollerna, uppgav att de alltid eller för det mesta kan få praktisk hjälp av någon när de behöver. Dessutom har drygt 80 procent i båda grupperna någon som de kan dela sina innersta känslor med, och precis som med tillgången till praktisk hjälp är det något färre av fallen som upplever att de har någon att anförtro sig åt. Däremot finns en tydlig skillnad mellan fall och kontroller när det gäller om spel om pengar är viktigt bland ens vänner.

Personer som inte upplevt problemspelande rapporterar i en 40 procent högre utsträckning att spel om pengar är oviktigt bland vännerna.

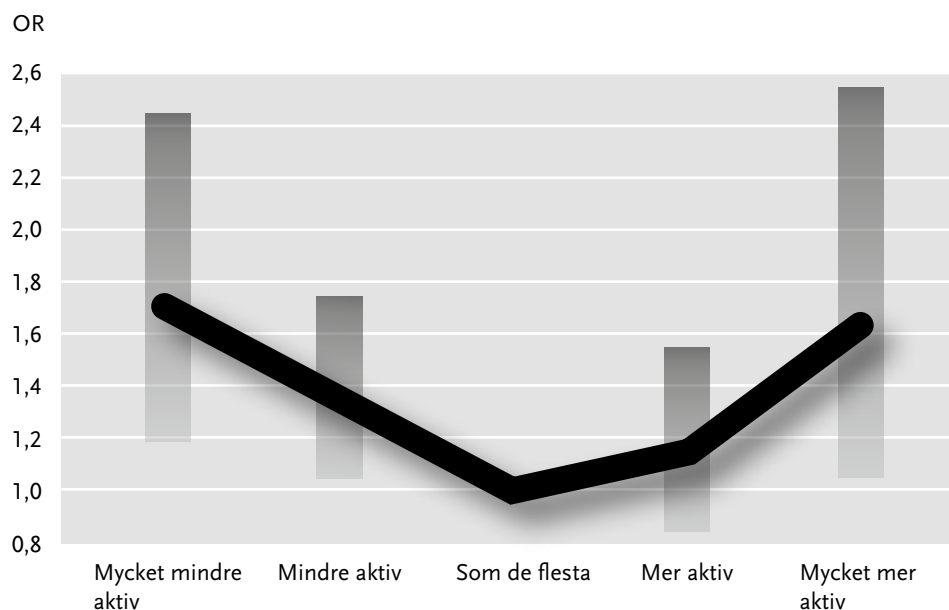
Tidigare studier har visat att även religion har en skyddande verkan mot spelproblem (Hoffmann, 2000). I ID1 ställdes två frågor om religiositet: hur ofta man besökt ett religiöst möte och hur ofta man bett till Gud. Den första av frågorna är indirekt eftersom man kan besöka ett religiöst möte utan att själv vara religiös, och den frågan visade inte heller något samband med problemspelande. Den andra frågan är mer direkt och har ett samband med problemspelande, dock ingen skyddande effekt. I stället var det 40 procent vanligare bland fallen att regelbundet be till Gud.

Att vara samhällsengagerad och delta i olika sociala aktiviteter samvarierar med problemspelande i olika grad. I intervjun ställdes frågor om ens deltagande i olika sociala aktiviteter och för två av dem kan man finna en skillnad mellan fallen och kontrollerna. Gruppen fall besöker i högre utsträckning sporttillställningar och i lägre utsträckning konstutställningar jämfört med kontrollerna. Däremot deltar grupperna i föreningsmöten, demonstrationer, offentliga tillställningar (t ex nattklubbar och danstillställningar) och privata fester i lika stor utsträckning. En sum-

mering av antalet aktiviteter som respondenterna deltar visar inte heller någon skillnad mellan fall och kontroller.

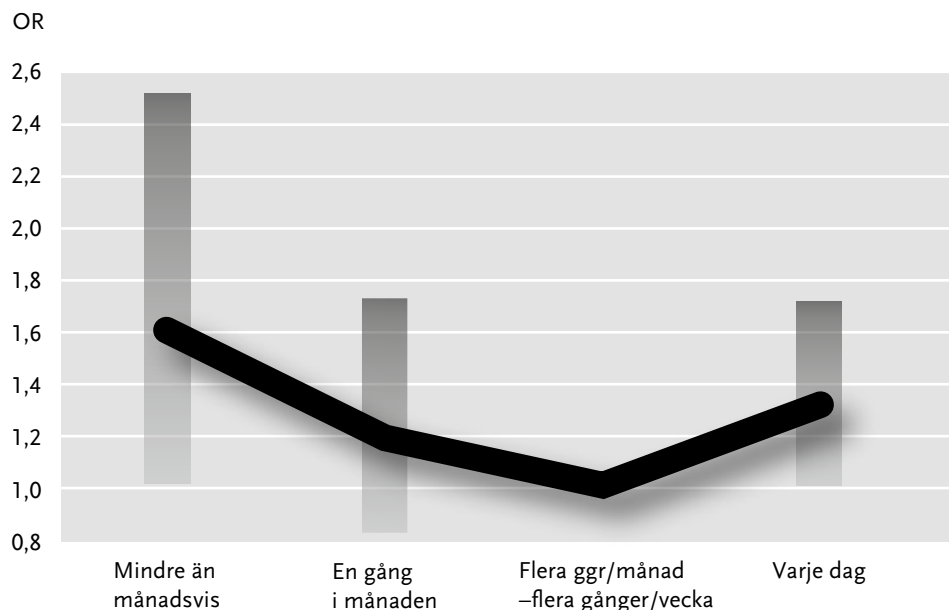
Andra frågor gällde hur ofta man i jämförelse med andra personer i ens egen ålder deltar i olika fritidsaktiviteter och hur ofta man träffar vänner, släktingar eller kollegor socialt, och svaren visar en del intressanta samband. Personer som upplever att de är antingen mer sällan aktiva eller oftare aktiva än andra i sin egen ålder har en ökad risk för att ha upplevt ett problemspelande jämfört med personer som upplever sig vara lika aktiva som andra personer i sin egen ålder (figur 4).

Figur 4. Oddskvoter (OR) med 95 procents konfidensintervall (de lodräta strecken) mellan fall och kontroller för fyra nivåer av deltagande i olika fritidsaktiviteter jämfört med referensgruppen "som de flesta".



Frågan om hur ofta man träffar vänner, släktingar eller kollegor socialt genererar ett liknande mönster. De flesta svarade att de träffar människor av sociala skäl olika ofta, från flera gånger i månaden till flera gånger i veckan, och de får fungera som en referensgrupp för jämförelser med dem som träffar vänner, släktingar eller kollegor socialt antingen oftare eller mer sällan. Även här är det vanligare bland fallen att antingen ha ett mycket stort eller mycket litet socialt umgänge jämfört med kontrollerna (figur 5).

Figur 5. Oddskvoter (OR) med 95 procents konfidensintervall (de lodräta strecken) mellan fall och kontroller för tre olika nivåer av socialt umgänge i jämförelse med referensgruppen "flera ggr/månaden–flera ggr/veckan".



Upplevelser av diskriminering och våld

Både upplevelser av diskriminering och av våld samvarierar med problemspelande. Det var dubbelt så vanligt bland fallen att ha blivit behandlade på sätt som de upplevt som kränkande jämfört med kontrollerna. Skillnaden mellan grupperna gällde kränkningar på grund av etnicitet och religion.

Problemspelande är starkt kopplat till våldsutsatthet där fallen har en 1,3 gånger högre risk för att ha varit utsatta för våld jämfört med kontrollerna, men det är bara ett fåtal personer som uppgav att den våldsamma händelsen var direkt kopplad till deras eget eller någon annan persons spelande. Våldsutsattheten är vanligast bland de yngsta men sambandet mellan problemspelande och våldsutsatthet är extremt starkt i den äldsta ålderskategorin. Konfidensintervallet är dock stort för denna ålderskategori, vilket innebär att resultatet bör tolkas med försiktighet (tabell 10, bilaga 1).

En knapp fjärdedel i fallgruppen har själva utövat våld gentemot en annan person under det senaste året, vilket kan jämföras med drygt 13 procent i kontrollgruppen. Ett antal personer svarade ja på fyra eller fem av de totalt fem frågorna om våldsutövning, och de har en nästan fem gånger så stor risk för att ha haft ett problemspelande jämfört med dem som inte har utövat någon våldshandling.

Sammanfattning demografiska och socioekonomiska faktorer

Personer med ett nuvarande eller tidigare problemspelande har en förhöjd risk för att också ha många andra problem och negativa erfarenheter i bagaget, vilket gör dem till en utsatt grupp. Ett resultat stämmer inte helt med resultat från tidigare forskning (Hoffmann, 2000), nämligen det om att regelbundet be till Gud. Bönerna hade ingen skyddande effekt utan det var snarare fallen som mer regelbundet ber till Gud. Personer som antingen har eller har haft ett problemspelande är troligen mindre aktiva eller mer aktiva än genomsnittet jämfört med personer som aldrig haft ett problemspelande.

Individuella faktorer

I detta avsnitt redovisas respondenternas hälsa, livshändelser, personlighet och civilstånd.

Självkompetens (self-efficacy)

Självkompetens (eng. "self-efficacy") är ett generellt mått på tilltron till den egna förmågan att påverka händelseförlopp, och i den frågan ser man en skillnad mellan fall och kontroller. Personerna som tillhör gruppen fall upplever i 29 procents lägre utsträckning att de själva styr över utvecklingen i sitt liv jämfört med kontrollerna, vilka har en högre tro på sin egen förmåga att hantera olika svåra situationer och sätta riktningen för sitt liv.

Impulsivitet

Tidigare forskning har visat att ett impulsivt beteendemönster ökar risken för spelproblem (Vitaro, et al., 1998). Detta samband återfinns även i ID1-materialet; fallen har ett högre medelvärde än kontrollerna på den skala som används för att studera impulsivitet (14,2 respektive 11,7). Båda grupperna har däremot ett lägre värde på impulsivitetsskalan än det svenska genomsnittet som är 15,2 poäng, vilket är något förvånande. Det lägre värdet för båda grupperna jämfört med det svenska genomsnittet kan förklaras av att kvinnor var överrepresenterade i studien som tog fram det svenska genomsnittet (Källmen, Wennberg, & Bergman, 2010) medan att män är överrepresenterade i denna studie.

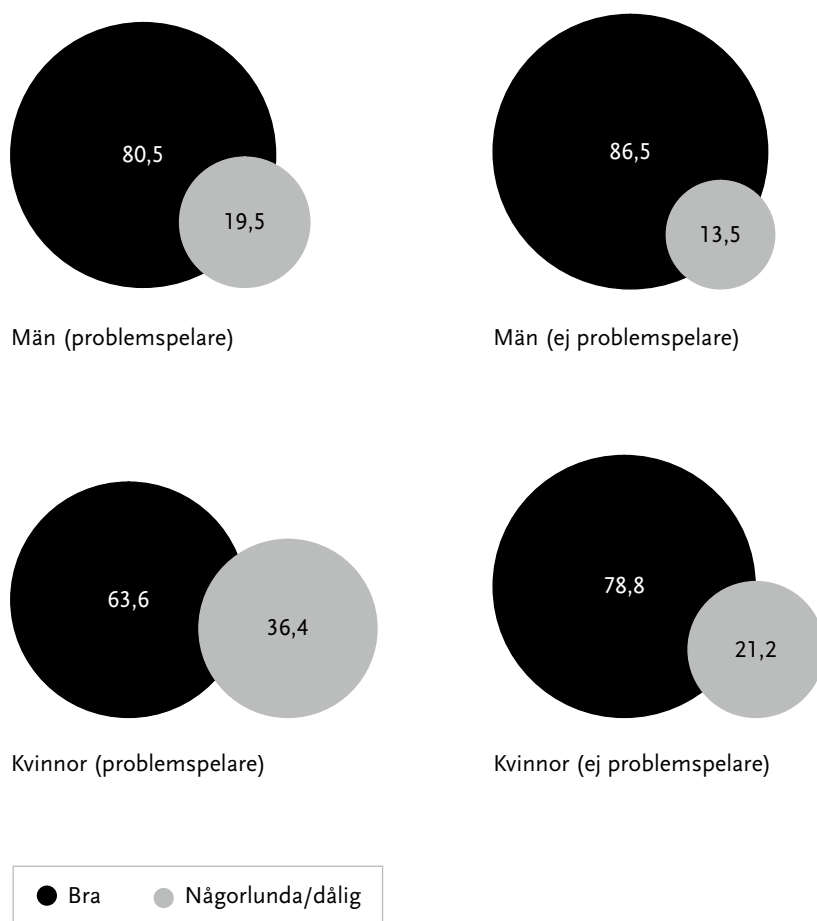
Hälsa

Både allmän hälsa och psykisk hälsa är ytterligare områden som i Swelogs epidemiologiska studie visade sig samvariera med spelproblem (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). Även i internationella studier har allmän hälsa och psykisk hälsa visat sig vara starkt relaterade till spelproblem (Morasco et al., 2006; Carragher & McWilliams, 2011).

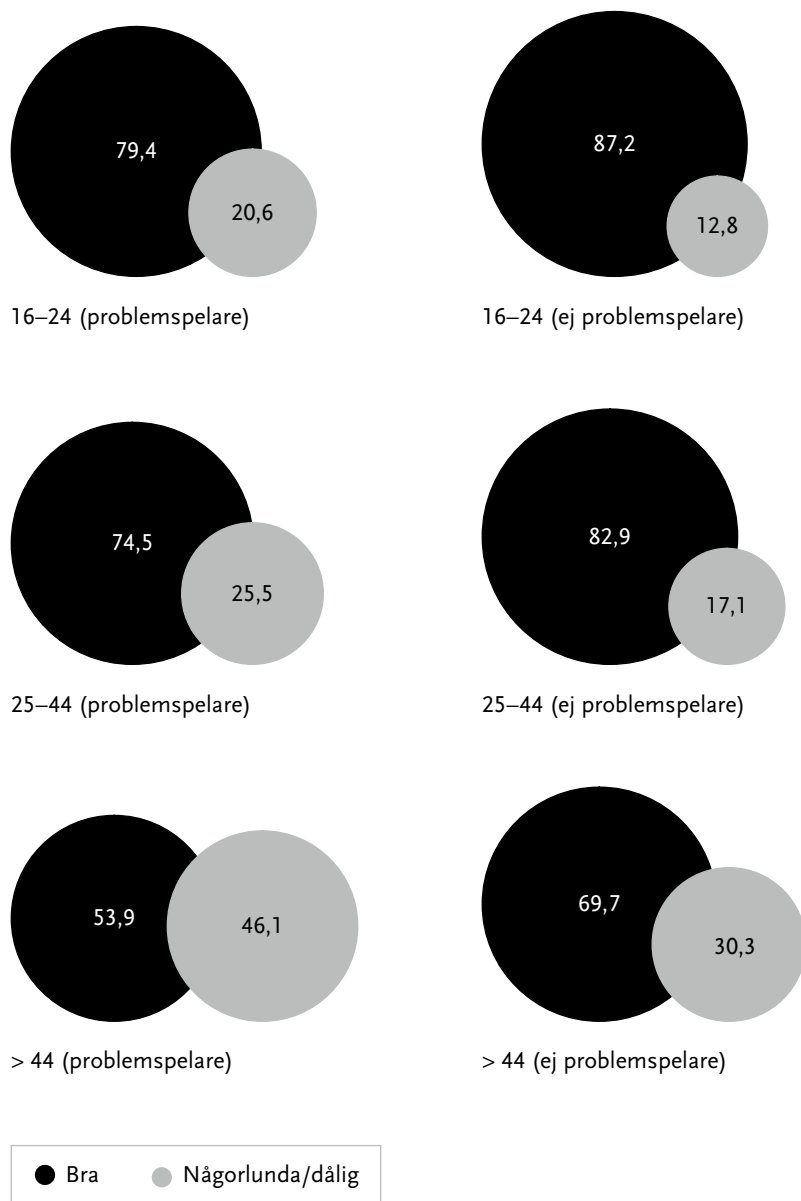
Allmän hälsa

Även i denna mätning finner man ett samband mellan problemspelande och hälsa. En majoritet bland både fall och kontroller upplever att de har en god eller mycket god allmän hälsa, men en större andel av fallen upplever sig ha en någorlunda till mycket dålig hälsa. Risken för att bedöma sin hälsa som någorlunda till mycket dålig är 60 procent högre bland fallen jämfört med kontrollerna. I fallgruppen är det störst andel bland kvinnorna och bland dem över 44 år som upplever sig ha en dålig allmän hälsa. Skillnaden mellan fall och kontroller är endast statistiskt säkerställd bland de yngsta.

Figur 6. Fördelning (%) upplevd allmän hälsa mellan fall och kontroller uppdelat på kön. %



Figur 7. Fördelning (%) upplevd allmän hälsa mellan fall och kontroller uppdelat på ålder.



Sannolikheten för att ha använt mer än två läkemedel under de tre senaste månaderna var 45 procent högre bland fallen jämfört med kontrollerna. Skillnaderna gällde framför allt användandet av sömnmedel, antidepressiv medicin, lugnande eller ångstdämpande medicin samt smärtstillande medicin på recept. Andra mediciner verkar användas lika mycket i de båda grupperna, t ex läkemedel mot högt blodtryck, allergier och magsår samt blodfettssänkande medicin och smärtstillande medicin utan recept.

Depression och ångest

Sambandet mellan depression och ångest och problemspelande redovisas i tabellform i bilaga 1. Samtliga åtta tabeller gällande depression och ångest innehåller både oddskvoter för att någonsin i livet såväl som för att tidigare i livet ha haft problem med nedsatt psykisk hälsa. För estimaten någonsin i livet kan depression och ångest ha kommit såväl före som samtidigt med problemspelet, medan den depressionen och ångesten kom före problemspelet när det gäller estimaten tidigare i livet.

Upplevelser av depression är också mer förekommande bland personer som haft ett problemspelande (tabell 14, bilaga 1). Fallgruppen har exempelvis en dubbelt så stor risk för att ha upplevt en depression jämfört med kontrollgruppen. Att ha haft en depression är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män och i den mellersta ålderskategorin är depression vanligare förekommande än bland de yngsta och de äldsta.

Det är vanligare att fallen tänker på, önskar, planerar och försöker begå självmord. I tabell 15 i bilaga 1 kallas detta för självmordsbenägenhet, och det är 2,3 gånger så vanligt bland fallen jämfört med kontrollerna. Både bland fall och kontroller är självmordsbenägenheten högre bland kvinnor än bland män samt högre i den mellersta åldersgruppen jämfört med den yngsta och den äldsta.

Fyra olika ångesttillstånd har studerats:

- panikångest
- social fobi
- posttraumatiskt stressyndrom
- generaliserad ångest.

De fyra ångestsyndromen är olika vanliga (5–12 procent i fallgruppen) och varierar också med problemspelande i olika hög grad (mellan 60 till 140 procent högre risk för fallen jämfört med kontrollerna), vilket redovisas i tabell 16–19 i bilaga 1. Dessutom slogs de fyra tillstånden ihop till ett samlingstillstånd benämnt ångest (tabell 20, bilaga 1). Även risken för att ha besvärats av ångest är dubbelt så hög om man har haft ett problemspelande. Dessutom är ångest vanligare förekommande bland kvinnor, både bland fallen och bland kontrollerna. Däremot är sambandet mellan problemspelande och ångest nästan lika starkt för män som för kvinnor. Ångest är vanligast bland dem i åldern 25–44 år men sambandet mellan problemspelande och ångest är som starkast i den yngsta ålderskategorin.

Alkohol-och substansproblem

Beskrivningen av alkoholproblem och substansproblem hos fall- och kontrollgruppen bygger på en sammanslagning av de två studerade tillstånden missbruk och beroende, både för alkohol och för andra substanser. De hopslagna tillstånden benämns alkohol- respektive substansproblem.

Tabell 12 i bilaga 1 visar att en dryg tredjedel av personerna som haft ett problemspelande även har haft alkoholproblem någon gång i sitt liv. Denna grupp har en nästan dubbelt så stor risk för att ha haft alkoholproblem jämfört med kontrollerna. Dessutom har 20,4 procent i fallgruppen pågående alkoholproblem, medan motsvarande andel bland kontrollerna är 8,0 procent. En jämförelse av "tidigare i livet"-estimatet visar att en dryg fjärdedel av fallen haft alkoholproblem innan problemspelandet uppstod. Dessa fall har 2,5 gånger högre risk för att ha haft tidigare alkoholproblem jämfört med kontrollerna. Estimatet för sambanden mellan problemspelande och alkoholproblem är högst för yngsta ålderskategorin och för kvinnor, oavsett om det gäller någonsin eller tidigare i livet. När det gäller estimatet för tidigare i livet var skillnaden mellan åldersgrupperna även statistiskt säkerställd, χ^2 (Tarone) = 7,22; $p = 0,027$.

En mindre andel av studiedeltagarna har haft problem med andra substanser såsom läkemedel, narkotika eller dopning (tabell 13, bilaga 1). Även risken för substansproblem ökar med problemspelande och blir drygt dubbelt så stor. För unga 16–24 år är sambandet mellan problemspelande och substansproblem som starkast, och en ung kvinna som haft ett problemspelande löper även fyra gånger så hög risk för att även ha haft problem med substansanvändande, jämfört med en ung kvinna utan problemspelande. Sambandet mellan problemspelande och pågående problem med substansanvändande är ännu starkare, med en tre gånger högre risk för fallen. Det är få fall som haft problem med substansanvändande före spelproblemen, och därför blir estimatet osäkra. Resultatet ifrån "någonsin i livet"-analysen kvarstår dock så att risken ser ut att ligga hos unga kvinnor.

Positiva och negativa livshändelser

Livshändelser under det senaste året är den sista gruppen faktorer i genomgången av de bivariata sambanden mellan aktuell faktor och problemspelande, och då gäller det både positiva och negativa händelser. Till de positiva räknas giftermål eller inlett ett nytt förhållande samt graviditet eller tillökning i familjen, och bland de negativa finns en närstående persons död, skilsmässa eller separation, juridiska svårigheter, allvarligare skada eller sjukdom som drabbat personen själv eller någon närstående, pensionering samt ökat antal gräl med någon närstående. Om händelserna uppfattas som negativa eller positiva kan förstås variera från fall till fall.

De som någon gång i livet upplevt ett problemspelande har 60 procents högre risk för att ha upplevt någon form av negativ händelse under det senaste året jämfört med dem som aldrig upplevt ett problemspelande. Liksom för våldsutövande innebär sambandet att ju fler negativa händelser man har upplevt under det senaste året, desto starkare är samvariationen med problemspelande.

Andelen som har bött ihop med en person som har en långvarig sjukdom eller något annat långvarigt hälsoproblem skiljer sig inte mellan grupperna, men fallen har en 40 procents högre risk för att själva ha ett långvarigt hälsoproblem. Antalet positiva livshändelser under det senaste året är detsamma för fall och kontroller även om det finns två skillnader om man studerar enskilda händelser. Den ena är att en större andel av fallen uppgav att de har ökat sin inkomst med hjälp av spel, och det andra gäller att en större andel av fallen har inlett ett förhållande eller gift sig under det senaste året.

Sammanfattning individuella faktorer

Precis som med demografiska och socioekonomiska faktorer samvarierade de flesta av de individuella faktorerna med problemspelande. Personer som någon gång i livet haft ett problemspelande förknippas med faktorer såsom lägre upplevd självkompetens, högre nivåer av impulsivitet, sämre allmän hälsa och nedsatt psykisk hälsa samt negativa livshändelser. Antalet positiva livshändelser hade ingen skyddande effekt medan fler fall än kontroller hade inlett ett förhållande eller gift sig samt ökat sin inkomst till följd av spel.

Många faktorer verkar var och en vara förknippade med en ökad risk för problemspelande, och därför är det relevant att ta analysen ett steg längre och se vilka faktorer som mest skiljer sig mellan fall och kontroller. För att ta detta steg går vi från bivariata analyser till multivariata analyser.

Multivariat analys

Genomgången av de bivariata sambanden visar tydligt att problemspelande har samband med de flesta demografiska, socioekonomiska och individuella faktorerna i den här analysen. Tabell 22 i bilaga 1 visar alla bivariata samband med problemspelande definierat som fall eller kontroller och presenteras sorterade efter effektmåttet Odds kvoter (OR). Totalt 42 faktorer ingår i tabellen, varav 28 av sambanden med problemspelande var statistiskt säkerställda. Av de 28 faktorerna är man förstörd intresserad av att veta vilka som har tydligast samband med problemspelande. De tydligaste faktorerna visas i tabell 21, som redovisas efter signifikansnivå.

Tabell 21. Samband mellan problemspelande och olika faktorer

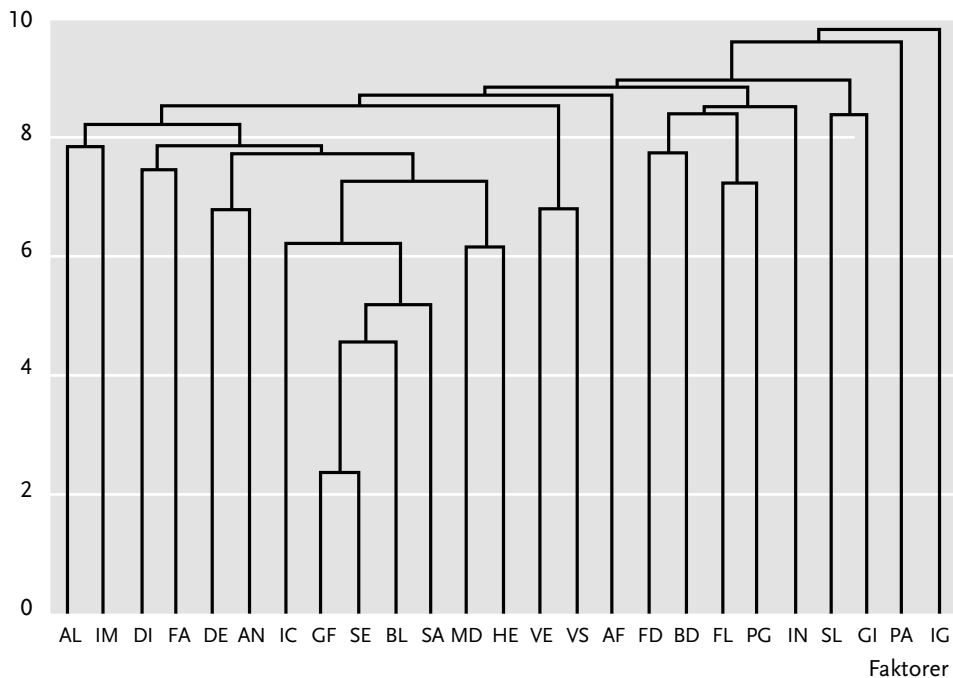
Faktor	Operationaliserad	OR	Z	P-värde
Alkohol- och drogproblem	Ja mot Nej	1,79	3,14	0,002
Svag impulsivitetskontroll	$j \geq 16$ p mot < 16 p	1,71	2,98	0,003
Antal upplevelser av otrygghet som barn/tonåring	> 0 p mot 0 p	1,59	2,84	0,005
Spel om pengar oviktigt bland vännerna	Ja mot Nej	0,51	-2,71	0,007
Ökad inkomst pga spelande	Ja mot Nej	3,93	2,69	0,007
Födelseland (registervariabel)	Utanför Norden mot Norden	1,61	2,55	0,011
Gift (registervariabel)	Ja mot Nej	0,70	-2,08	0,038
Antal begångna våldshandlingar	> 0 p mot 0 p	1,56	1,76	0,079
Självkompetens (GSE)	≥ 30 p mot < 30 p	0,72	-1,43	0,152
Utsatt för våldshandling	Ja mot Nej	1,48	1,41	0,157

Svag impulsiv kontroll och otrygghet under uppväxten är faktorer som antas föregå problemspelandet. Alkohol- och drogproblem kan i den här studien analyseras som en faktor som kommer före problemspelande. Vi kan därmed börja tala om riskfaktorer och inte bara faktorer som har ett samband med problemspelande. Även ”född utanför Norden” och ”hög nivå av självkompetens” en faktor som till sin natur kan betraktas som att de föregår problemspelande och kan räknas som en skyddsfaktor. Det tydligaste sambandet fann vi mellan problemspelande och tron på att man fått en ökad inkomst på grund av sitt spelande. Vi fann även ett tydligt samband mellan att ha vänner som tycker att spel är oviktigt och minskad risk för att vara problemspelare. Vi vet dock inte ännu om de här är faktorerna uppkommer innan utvecklingen av problemspelande, eller efter.

Samvariationen mellan undersökta faktorer kan ses i dendrogrammet nedan (figur 8), ju kortare vertikala (lodräta) linjer desto mer är faktorerna relaterade till varandra. Spel om pengar viktigt bland vänner och självkompetens var de faktorer som var mest relaterade till varandra. Därefter anslöt sig negativa livshändelser och otrygg uppväxt.

Figur 8. Samvariation mellan undersökta faktorer i fördjupningsstudien.

Olikhet



AL	Alkohol- och drogproblem	VE	Utsatt för våld
IM	Impulsivitetskontroll	VS	Utövat våld
DI	Diskriminering	AF	Missbruk i familjen
FA	Upplevt övergrepp som barn	FD	Finansiella svårigheter
DE	Egentlig depression	BD	Bidragsstöd
AN	Ångestproblem	FL	Födelseland
IC	Otrygg uppväxt	PG	Ber till Gud
GF	Spel om pengar bland vänner	IN	Osäkert bostadsområde
SE	Självkompetens	SL	Träffar vänner ofta
BL	Dåliga livshändelser	GI	Gift
SA	Socialt aktiv	PA	Betalningsanmärkning
MD	Antal använda mediciner	IG	Inkomst av spel
HE	Allmänt hälsotillstånd		

Förflyttning mellan olika grader av problemspelande

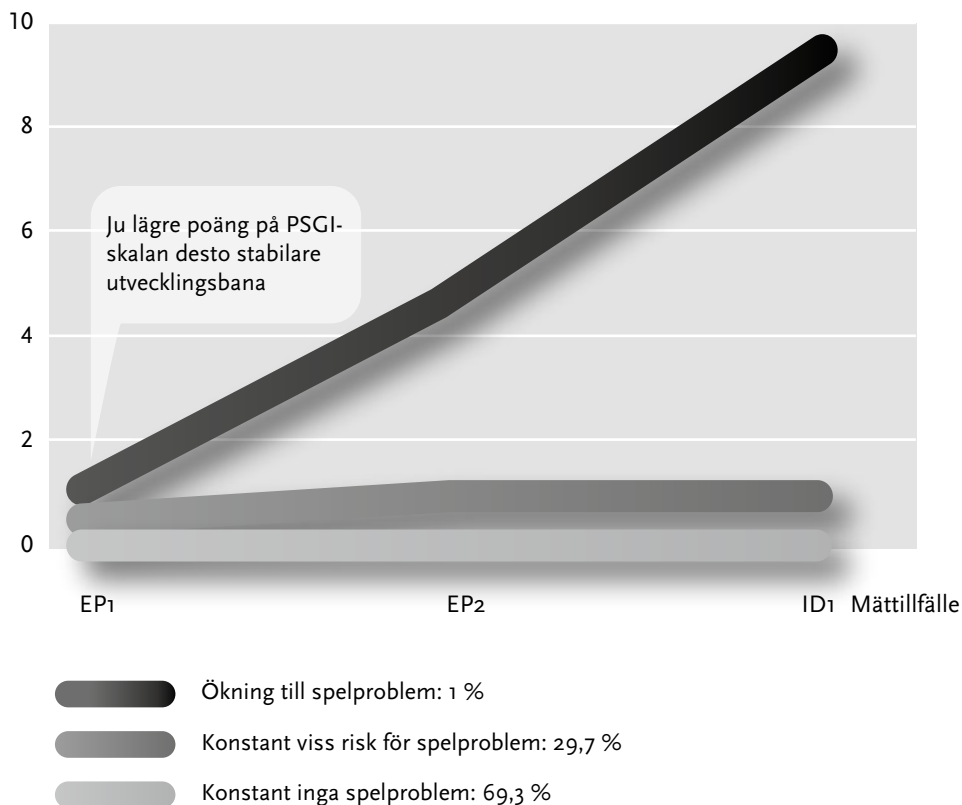
I den andra mätningen i Swelogs (EP2) framträdde en bild av spelproblem som ett föränderligt fenomen. I ID1 är fall samtliga personer som någon gång i sitt liv har haft ett problemspelande, och i föregående kapitel har grupperna fall och kontroller jämförts med varandra. Man kan utifrån dessa resultat konstatera att livstidsmättet på problemspelande visar en samvariation med en rad sociala och hälsorelaterade faktorer. En stor andel av fallen har dock i dagsläget inget problemspelande utifrån måttet PGSI. Genom att sammankoppla data från ID1 med data som samlats in i tidigare mätningar i Swelogs (EP1 och EP2) kan vi studera förändringarna i problemspelandet mellan de olika åren. I detta avsnitt studeras spelbeteendet vid respektive tidpunkt, i stället för att som i tidigare avsnitt studera ett ackumulerat mått. Jämförelsen är inte heller längre på ett dikotomt utfall utan gäller hela PGSI-skalan. Resonemangen kring förändringen av spelbeteendet över tiden följer dock de tidigare gränserna, t ex att ha gått från inget problemspelande till problemspelande eller vice versa.

De dominerande utvecklingsbanorna

Sju olika banor framträder om man studerar hur respondenterna i ID1 svarade på skalan PGSI år 2008/2009 i EP1, år 2009/2010 i EP2 samt år 2011 i ID1. Vid framtagandet av utvecklingsbanorna delades respondenterna in i två grupper utifrån PGSI vid EP1 med samma gränsvärde som indelningen i fall och kontroller, dvs. 0–2 och 3+, men nu gäller det bara nuvarande spelbeteende vid EP1. Tre utvecklingsbanor var det som bäst beskrev utvecklingen för de 1 855 respondenter som initialt inte hade något problemspelande. En stor andel, knappt 70 procent, utgjorde gruppen ”Konstant inga spelproblem” som ligger på 0 poäng på PGSI-skalan under perioden. Knappt 30 procent tillhör gruppen ”Konstant viss risk för spelproblem” som ligger på 1 poäng av 1–2 på PGSI. Gruppen ”Ökning till spelproblem” utgör 1 procent och följer en bana som innebär att personerna har en markant riskökning och även upplever negativa konsekvenser av spelandet.

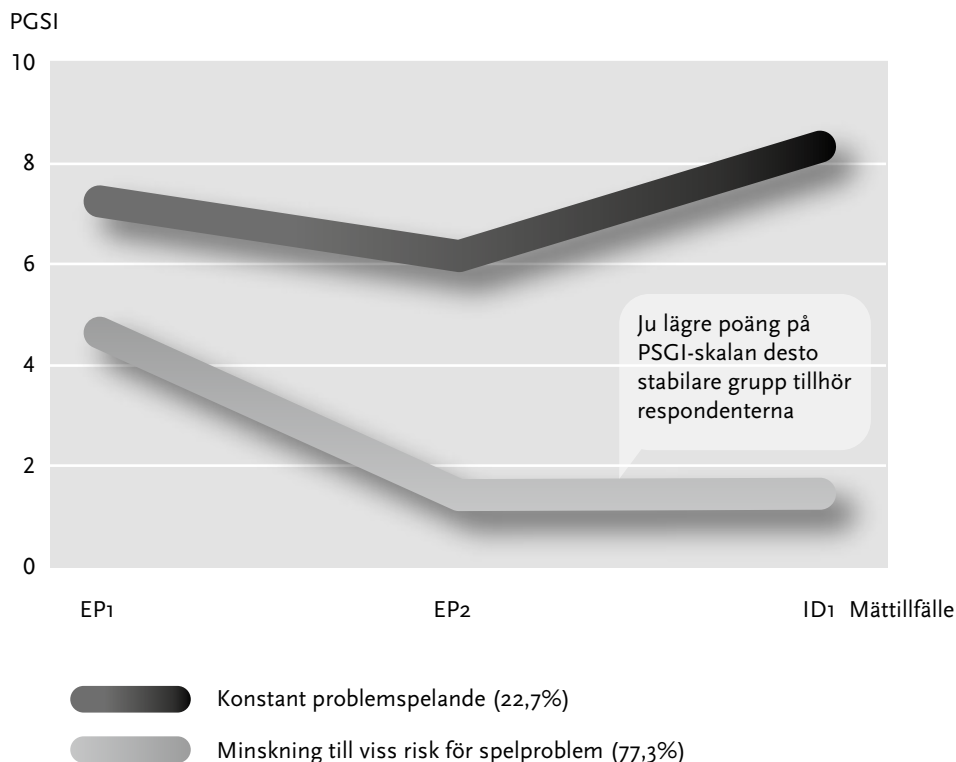
Figur 9. Grad av problemspelande över tid för de 1 855 personer som vid EP1 år 2008/2009 inte hade något problemspelande eller endast en viss risk för spelproblem

PGSI



Totalt 155 respondenter hade en PGSI-poäng på 3 eller över vid EP1, och det fanns fyra olika utvecklingsbanor som enligt modellen bäst beskrev utvecklingen över tid. Dock blev två av grupperna väldigt små och gav inte någon extra information, och i stället togs en modell med två grupper fram för de 155 respondenterna. Den ena gruppen, "Konstant problemspelande", utgör knappt 23 procent medan gruppen "Minskning till viss risk för spelproblem" består av resterande 77 procent av dem som initialt hade ett problemspelande.

Figur 10. Grad av spelproblem över tid för 155 personer som vid EP 1 år 2008/2009 hade förhöjd risk för spelproblem eller som hade spelproblem



Sammanfattningsvis kan man se att ju lägre poäng på PGSI-skalan vid EP1, desto stabilare grupp tillhör respondenterna. Gruppen med högst PGSI-poäng vid EP1 ser mest instabil ut: först en nedgång mellan EP1 och EP2 för att sedan ha en uppgång till ID1. Det är av stor vikt att följa dessa två grupper med fler mättilfällen för att studera hur pass stabil återhämtningen är för ena gruppen och om pendlandet upp och ner fortsätter för den andra gruppen.

Faktorer relaterade till förändring av problemspelande

Utifrån utvecklingsbanorna ovan är nästa steg att studera vilka faktorer som påverkar sannolikheten för att respondenterna tillhör de olika banorna. Vad är det som gör att några av dem relativt snabbt lyckas ta sig ur ett problemspelande medan andra fortsätter att ha problem under en längre tid? Vilka faktorer är sammankopplade med ett ökande respektive minskande problemspelande?

I det följande presenteras faktorer undersökta i Swelogs (EP1 och ID1) som i analysen visade sig påverka vilken utveckling ens problemspelande följer. Analysen ska bara omfatta faktorer som inträffade fram till dess att utvecklingsbanorna bör-

jade följas och därför är det i första hand faktorer mätta i EP1 som har prövats i modellen. En del faktorer från ID1 gick att använda i analysen och blev inkluderade i modellen, och de är markerade med kursiv stil i tabell 23 och 24. De faktorer från ID1 som provades i modellen var: självkompetens enligt GSE, impulsivitet enligt NEO-PI-R, mammans utbildningsnivå, pappans utbildningsnivå samt alla "tidigare i livet"-tillstånd av nedsatt psykisk hälsa enligt M.I.N.I.

Tabell 23 visar de faktorer från EP1 och ID1 som förbättrade modellens förmåga att förklara tillhörigheten till de tre olika banorna. Det gäller de banor som bäst förklarade variationen i utvecklingen av spelbeteendet för dem som initialt inte hade något problemspelande. I analysen jämförs både grupperna "Konstant viss risk för spelproblem" och "Ökning till spelproblem" med gruppen "Konstant inga spelproblem".

Ett antal faktorer påverkade sannolikheten för att tillhöra gruppen "Konstant viss risk för spelproblem" i stället för gruppen "Konstant inga spelproblem". Det gäller tidigare problemspelande, kvinnligt kön, alkoholproblem, rökning, ålder över 44 år, finansiella svårigheter och ångesttillstånd. Att vara kvinna och att vara över 44 år gammal minskade sannolikheten medan de övriga faktorerna ökade sannolikheten.

Tidigare problemspelande, kvinnligt kön och alkoholproblem var de faktorer som också påverkade sannolikheten för att tillhöra gruppen "Ökning till spelproblem" i stället för "Konstant inga spelproblem". Även här minskade sannolikheten hos kvinnor medan de två andra faktorerna ökade sannolikheten.

Tabell 23. Faktorer som påverkar sannolikheten att tillhöra grupperna "Konstant viss risk för spelproblem" respektive "Ökning till spelproblem" jämfört att tillhöra gruppen "Konstant inga spelproblem"

Faktor	Betakoefficient	Std. fel	T-värde	P-värde
<i>Konstant viss risk för spelproblem jämfört med Konstant inga spelproblem</i>				
Tidigare problemspelande	2,56	0,47	5,40	0,000
Kvinnligt kön	-0,95	0,24	-3,95	0,000
Alkoholproblem	0,61	0,25	2,47	0,014
Vara rökare	0,48	0,21	2,26	0,024
Över 44 år	-0,74	0,21	3,58	0,000
Finansiella svårigheter	0,75	0,26	2,93	0,003
Ångesttillstånd	0,71	0,24	2,99	0,003
<i>Ökning till spelproblem jämfört med Konstant inga spelproblem</i>				
Tidigare problemspelande	4,59	0,77	5,92	0,000
Kvinnligt kön	-2,62	1,09	-2,41	0,016
Alkoholproblem	1,77	0,89	2,00	0,046
Vara rökare	0,94	0,84	1,12	0,264
Över 44 år	-0,95	0,68	-1,40	0,163
Finansiella svårigheter	1,07	0,85	1,26	0,205
Ångesttillstånd	0,29	1,15	0,25	0,802

Tabell 24 visar faktorer från EP1 och ID1 som förbättrade modellens förmåga att förklara tillhörigheten till två olika utvecklingsbanor av spelbeteendet, för dem som initialt hade ett problemspelande. I analysen jämförs grupperna ”Minskning till viss risk för spelproblem” och ”Konstant problemspelande”. Två faktorer påverkade sannolikheten för vilken av de två banorna som respondenten följde: tidigare problemspelande och alkoholproblem. Båda dessa faktorer minskade sannolikheten för att personen ska upphöra med ett problematiskt spelande.

Tabell 24. Faktorer som påverkar sannolikheten för att tillhöra gruppen ”Minskning till viss risk för spelproblem” i stället för gruppen ”Konstant problemspelande”

Faktor	Betakoefficient	Std. fel	T-värde	P-värde
<i>Alkoholproblem</i>	-2,99	1,27	-2,36	0,020
Tidigare problemspelande	-2,37	1,05	-2,25	0,025

KAPITEL 4

Slutsatser och diskussion



Slutsatser och diskussion

SEDAN TIDIGARE FINNS ett antal kända samband mellan spelproblem och en rad olika faktorer (som beskrivs i avsnittet om spelproblem i ett nationellt och internationellt kontext), och flera av dessa samband kunde bekräftas i en svensk kontext genom denna första mätning i fördjupningsstudien. En multivariat analys användes för att rangordna alla undersökta faktorerers förmåga att förklara variansen mellan personer som upplever eller har upplevt problem som en följd av sitt spelande (fallen), med förekomsten hos personer som aldrig upplevt sådana problem (kontrollerna). Analysen visade att de viktigaste faktorerna var impulsivitet, alkohol- och drogproblem, otrygghet under uppväxten och vikten av spel om pengar bland vänner. Flera faktorer samvarierar också med varandra, vilket innebär att vissa grupper i samhället lever under förhållanden som innebär en ökad sårbarhet. De faktorer som starkast samvarierade med varandra i fördjupningsstudien var: vikten av spel bland vänner, graden av självkompetens, antalet negativa livshändelser och graden av social aktivitet. I fördjupningsstudien gick det även att studera sambanden mellan problemspelande och områdena alkohol- och drogproblem samt nedsatt psykisk hälsa, med hänsyn tagen till om problem med alkohol- och droger samt nedsatt psykisk hälsa kom samtidigt eller före problemspelandet.

Uppväxtförhållanden och socioekonomisk bakgrund

Det fanns flera skillnader mellan fallen och kontrollpersonernas uppväxtförhållanden. Personer med ett problemspelande upplevde i högre utsträckning att deras uppväxt varit otrygg, vilket även var en av de viktigaste skillnaderna mellan fall och kontroller enligt den multivariata analysen. Personer med ett problemspelande hade därutöver oftare varit utsatta för övergrepp under uppväxten, vilket man även har sett i internationella studier (Afifi et al., 2010; Scherrer et al., 2007; Shaw et al., 2007). Dessa faktorer uppkommer innan spelandet blir ett problem och därför kan de tolkas som potentiella riskfaktorer för problemspelande.

När det gäller ursprungsfamiljens socioekonomiska bakgrund uppgav fallen i högre utsträckning att de har vuxit upp helt utan föräldrar, eller med endast en förälder, och att deras mammor hade kortare utbildning, jämfört med kontrollpersonerna som aldrig rapporterat om något problemspelande. Tidigare forskning om socioekonomisk status och sambandet med spelproblem är inte samstämmig. Dock har man oftast studerat den aktuella socioekonomiska statusen, dvs. personens utbildningsnivå eller aktuella ekonomiska situation, och båda dessa omständigheter kan ha påverkats av spelproblemet. Resultaten i denna studie tyder dock på att även socioekonomisk status under uppväxten har betydelse för ett senare problemspelande. Fallen i ID1 hade också oftare vänner som tyckte att spel är vik-

tigt, vilket även var en av de viktigaste faktorerna som skilde fallen och kontroller åt i den multivariata analysen. Det finns även en tysk studie (Beckert & Lutter, 2012) som visar att det sociala nätverket har ett stort inflytande på det egna spelandet samt att man ofta spelar tillsammans, t ex i en arbetsgrupp eller bland vänner. De tyska forskarna menar också att för personer i en dålig ekonomisk livssituation fungerar spelandet som en ventil för känslor av missnöje (Beckert & Lutter, 2012). I linje med denna tolkning uppgav fallen i lägre utsträckning än kontrollpersonerna att de kunde styra utvecklingen i sina liv eller hantera svåra livssituationer, samt i högre utsträckning att de spelade för att hantera svåra känslor. Detta samband kan dock även tolkas som att personer med ett problemspelande upplever att de har tappat kontrollen över sin livsriktning på grund av spelandet eller konsekvenserna av det, till exempel dålig ekonomi och förlust av arbete eller relationer.

Den nuvarande livssituationen

En titt på respondenternas nuvarande livssituation visar att personer med problemspelande i flera avseenden verkar ha det sämre än kontrollpersonerna. Färre upplevde att de bor i ett tryggt område och fler rapporterade upplevelser av diskriminering och våld även i sin nuvarande livssituation. Dessa resultat stämmer väl med tidigare internationell forskning som finner ett samband mellan våldsutsatthet och spelproblem (Scherrer et al., 2007). Personerna med ett problemspelande uppgav också att de under det senaste året hade varit utsatta för fler negativa livshändelser än vad kontrollerna hade. Utifrån denna studie är det förstått svårt att veta om dessa upplevelser av otrygghet och våld samt negativa livshändelser beror på problemspelandet eller något annat. Otrygghet och våldsutsatthet tycks dock följa en del personer med ett problemspelande från uppväxten genom livet, och det antyder att just detta samband kan avspegla en generellt utsatt livssituation.

Fallpersonerna uppgav därutöver oftare än kontrollerna att deras nuvarande familjemedlemmar hade problem med nedsatt psykisk hälsa och missbruk av alkohol eller droger. Detta stämmer med några internationella studier som visar att familjemedlemmar till personer med spelproblem oftare än förväntat har egna hälsoproblem, inklusive nedsatt psykisk hälsa och missbruk, men man vet inte något om hur dessa problem bland de olika familjemedlemmarna eventuellt hänger samman (Grant, Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein, & Solowoniuk, 2006).

Den egna hälsan och problemspelande

I intervjun i ID1 ställdes frågor om det aktuella hälsotillståndet och den allmänna hälsan, men även om olika psykiatriska tillstånd inklusive problem med alkohol eller andra substanser. Därutöver tillfrågades deltagarna om psykiatriska tillstånd i ett livsperspektiv. Sammantaget visar resultaten att personer med ett problemspelande i betydligt högre utsträckning även har andra hälsoproblem som rör både den allmänna hälsan, den psykiska hälsan och andra missbruk. Detta stämmer väl överens med det internationella forskningsläget (Statens folkhälsoinstitut, 2012b).

Precis som i internationella befolkningsstudier ser vi i ID1 att depression och ångest är vanligare bland personer med ett problemspelande än bland kontrollerna, oavsett kön (Statens folkhälsoinstitut, 2012b). Därutöver visar fördjupningsstudien att det för kvinnor fanns ett starkt samband mellan att ha haft en depression eller ångestproblem tidigare i livet och ett senare problemspelande. För män var detta samband inte statistiskt signifikant. I en amerikansk befolkningsstudie analyserade man skillnaderna mellan könen avseende sambandet mellan spelproblem och andra tillstånd, och fann ett samband mellan att någon gång i livet haft affektiva problem (dit depression räknas) eller ångestproblem och att ha spelproblem. Detta samband fanns för kvinnor men inte för män. I denna studie uppgav kvinnor också i högre utsträckning att de spelade för att lindra känslor av depression (Blanco et al., 2006; Desai & Potenza, 2008). Även i studier bland hjälpsökande problemspelare har man sett att kvinnor i högre utsträckning än män spelar för att minska negativa känslotillstånd (Ibanez, Blanco, Moreryra, & Saiz-Ruiz, 2003). ID1 visar att fallen i betydligt högre utsträckning än kontrollerna spelar för att hantera känslotillstånd. Till denna rapport analyserade vi dock inte könsskillnaderna för detta samband fullt ut, utan det kommer i stället att göras i följande rapporter.

Den multivariata analysen visade att alkohol- eller drogproblem var en av de viktigaste faktorerna som förklarade skillnaden mellan fall och kontroller. Dessa fynd var förväntade då flera studier har påvisat att sådana problem ofta förekommer samtidigt med spelproblem (Statens folkhälsoinstitut, 2012b). I fördjupningsstudien kunde vi dock även se att alkohol- eller drogproblem ofta uppstår före problemspelandet. För båda könen fanns ett starkt samband mellan problemspelande och att ha haft alkoholproblem någon gång i livet liksom att ha nuvarande alkoholproblem. För kvinnor var dock sambandet mellan tidigare alkoholproblem och spelproblem anmärkningsvärt högt, både i jämförelse med alkoholproblem någonsin i livet och med motsvarande samband hos männen. Även i den tidigare nämnda amerikanska befolkningsstudien var sambandet mellan alkoholproblem och spelproblem starkare för kvinnor än män, även om såväl alkohol- som spelproblem var vanligare bland män (Blanco et al., 2006; Desai & Potenza, 2008).

När nedsatt psykisk hälsa inklusive alkohol- och drogproblem sattes i samband med utvecklingsbanorna visade det sig att tidigare alkoholproblem var relaterade till en sämre utveckling när det gäller spelandet, både bland dem som inte hade något problemspelande vid EP1 och bland dem som hade ett problemspelande. Sammantaget tyder denna studie på att alkoholproblem bidrar till en negativ utveckling av problemspelandet. Analyserna tar inte hänsyn till när spelandet debuterade, vilket innebär att respondenterna kan ha spelat med bara något symptom på spelproblem när alkoholproblemet debuterade eller före det. Alkoholproblemet kan alltså förvärra ett redan initierat spelande. Dessutom är det inte osannolikt att det finns andra riskfaktorer som påverkar utvecklingen av såväl alkohol- som spelproblem. Impulsivitet visade ett starkt samband med problemspelande, både i denna studie och i många tidigare internationella studier, och det skulle kunna vara en sådan gemensam riskfaktor (Vitaro et al., 1998; Vitaro et al., 2001).

Förflyttning mellan olika grader av problemspelande

Definitionen av fall och problemspelande är väldigt grov i den här fördjupningsstudien. Vi vet redan att problemspelandet är ett flyktigt tillstånd för många, genom resultat från Swelogs epidemiologiska spår och internationella studier (Abbott, Williams, & Volberg, 2004; Winters, Stinchfield, Botzet, & Slutske, 2005; Slutske, Jackson, & Sher, 2003), samt genom att jämföra nuvarande problemspelande i ID1 med uppdelningen i fall och kontroller. Men trots att många av fallen inte har ett nuvarande problemspelande visar ID1-mätningen många samband mellan dem och andra faktorer. Detta är ett tecken på att fallen ändå utmärker sig i många avseenden jämfört med dem som aldrig haft en spelproblematik, även om fallen är en heterogen grupp vars problemspelande varierar väsentligt i tid och allvarlighetsgrad.

I denna del av analysfasen lämnades uppdelningen i fall och kontroller, och för att beskriva och analysera förflyttningar mellan olika grader av problemspelande använde vi i stället måttet på nuvarande problemspelande. Med hjälp av de tre mätningarna EP1, EP2 och ID1 togs de vanligaste utvecklingsbanorna av problemspelande fram för två olika grupper vid baslinjen. Den ena gruppen bestod av dem utan spelproblem och dem med liten risk för spelproblem, medan den andra gruppen innehöll personerna med förhöjd risk för spelproblem och dem med spelproblem. Beskrivningen av rörligheten mellan olika grader av problemspelande bekräftar delvis vad tidigare studier hittat, nämligen att gruppen utan spelproblem och gruppen med viss risk för spelproblem vid baslinjen (EP1) var mest stabila över tiden medan de två övriga grupperna var mer rörliga.

Förutom att beskriva utvecklingsbanorna tog vi även fram risk- och skyddsfaktorer för att tillhöra de olika banorna. De som tidigare haft ett problemspelande eller alkoholproblem hade en förhöjd risk för att tillhöra de utvecklingsbanor som antingen innebar en fortsatt liten risk för spelproblem eller en risk för ett ökande spelproblem, jämfört med att vara kvar i gruppen utan spelproblem. Att vara kvinna är däremot en skyddande faktor. Risken för att tillhöra en bana med ökande problemspelande är störst för dem som redan före baslinjen haft ett problemspelande, vilket bör tolkas som att man inte är "botad" bara för att man har gått ur en spelproblematik en gång- istället finns en stor risk för att återfalla i problematiken med spel om pengar. Det finns få andra studier där man har följt personer med eller utan spelproblem över tid på liknande sätt. En rapport från Victorian gambling study (2013) stöder våra fynd om att tidigare problemspelande är en riskfaktor och att kvinnligt kön kan skydda mot spelproblem.

Vi har också jämfört dem som minskade sitt problemspelande vid baslinjen med dem som fortsatte sitt problemspelande i ID1. Resultatet visar en lägre andel med tidigare alkoholproblem och tidigare problemspelande bland dem som återhämtade sig från sitt problemspelande.

Risk- och skyddsfaktorer

Vi är försiktiga med att tala om risk och skyddsfaktorer men några av resultaten ger ändå indikationer på faktorer som är troliga riskfaktorer. Framförallt gäller det alkoholproblem, tidigare spelproblem och impulsivitet bland de individuella faktorerna men även en otrygg uppväxt bland de demografiska och socioekonomiska faktorerna. Problembilden är dock komplex med en hög samvariation mellan olika faktorer. I den här första avrapporteringen av Swelogs fördjupningsstudie har inga tydliga och säkra skyddsfaktorer kunnat redovisas. Dessa första resultat tillsammans med framtida mätningar i fördjupningsstudien kommer öka möjligheterna att undersöka risk- och skyddsfaktorerna.



* Viktig faktor men vi kan ännu inte avgöra om de kommer innan eller efter problemspelandets påbörjan.

Resultaten i relation till utvecklandet av förebyggande åtgärder

I den här rapporten har vi kunnat visa på ny kunskap som har tydlig bäring på arbetet med att utveckla förebyggande metoder mot problemspelande. Vi lyfter här några användningsområden och exempel.

- ▶ Eftersom impulsivitet, alkoholproblem, tidigare spelproblem och otrygga uppväxtvillkor är troliga riskfaktorer för problemspelande är det möjligt att förebyggande metoder som syftar till att minska påverkan från dessa skulle vara effektiva för att förebygga spelproblem. Det förebyggande arbetet skulle kunna bedrivas på flera olika nivåer. Exemplevis skulle man kunna minska tillgängligheten till riskabla spelformer samtidigt som man intensifierar arbetet med att minska alkoholproblemen.
- ▶ Faktumet att faktorerna "spel viktigt bland vänner", "lägre grad av självkompetens", "negativa livshändelser" och "lägre grad av social aktivitet" samvarierar och har samband med problemspelande innebär att det finns en ökad sårbarhet för personer som drabbas av flera av dessa faktorer samtidigt. Att samtidigt påverka flera av dessa faktorer med förebyggande program är därför önskvärt.
- ▶ Sambandet mellan uppväxtförhållande och problemspelande visar att problemspelande delar riskfaktorer med andra beroenden och livsstilsproblem. Förebyggande verksamhet som syftar till att stödja uppväxtvillkor för barn och unga skulle därför möjligen även minska risken för problemspelande senare i livet.
- ▶ För att avnormalisera spel om pengar bland skolkompisar och kollegor kan förebyggande arbete på skolor och arbetsplatser inriktas mot tillgängligheten och attityder till spel om pengar. Vi tror att den här typen av insatser skulle kunna ha effekt eftersom vänner som tycker det är viktigt med spel kan vara en riskfaktor för problemspelande. Vi har även i tidigare rapporter noterat att spel om pengar på arbetstid eller skoltid är förknippat med högre risk för problemspelande.
- ▶ Den multipla hälsoproblematiken som många problemspelare upplever, exempelvis alkoholproblem, narkotikabruk, nedsatt allmän och psykisk hälsa, och självmordsbenägenhet, gör att det förebyggande och hälsofrämjande arbetet mot problemspelande kan dra fördel av att utvecklas i större sammanhang. Exemplevis tillsammans med åtgärder mot alkohol, narkotika och tobak eller tillsammans med allmänt hälsofrämjande åtgärder. Ett annat angreppssätt är att införa screening av spelproblem i primärvården eller på andra arenor eller platser där problemspelare befinner sig.
- ▶ I den longitudinella analysen framkom att tidigare problemspelande i livet ökar risken för att igen utveckla ett problemspelande och fungerar som en försvarande faktor för återhämtning från problemspelandet. Det här fyndet visar på hur viktigt det är att arbeta förebyggande, eftersom när personer väl har haft spelproblem en gång i livet ökar risken markant för att återfalla i problem trots att man blivit frisk. Att utveckla och använda återfallspreventionsmetoder skulle därför kunna minska skadeverkningarna av problemspelande på sikt.

Referenser



Referenser

- Abbott, M. W., Williams, M. M., & Volberg, R. A. (2004). A Prospective study of problem and regular nonproblem gamblers living in the community. *Substance Use & Misuse*, 39(6), 855–884.
- Affi, T. O., Brownridge, D. A., MacMillan, H., & Sareen, J. (2010). The relationship of gambling to intimate partner violence and child maltreatment in a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*, 44(5), 331–337.
- Allgulander, C., Waern, M., Humble, M., Andersch, S. & Ågren, H. (2010). M.I.N.I. Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju. Karolinska Institutet, Stockholm & Sahlgrenska akademien, Göteborg.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2008). *BDI-II. Beck Depression Inventory- Second Edition. Manual, svensk version.*
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (2009). *BAI. Beck Anxiety Inventory. Manual, svensk version.*
- Beckert, J. & Lutter, M. (2012). Why the poor play the lottery. Sociological approaches to explaining class-based lottery play. *Sociology*, published online 17 December 2012. DOI: 10.1177/0038038512457854. <http://soc.sagepub.com/content/early/2012/12/16/0038038512457854>.
- Bergevin, T., Gupta, R., Derevensky, J., & Kaufman, F. (2006). Adolescent gambling: understanding the role of stress and coping. *Journal of Gambling Studies*, 22(2), 195–208. Doi: 10.1007/s10899-006-9010-z.
- Bergman, H. & Källmén, H. (2000). Alcohol drinking habits assessed by the AUDIT test. Reduced maximum levels doubled the number of women with dangerous alcohol drinking. *Läkartidningen*, 97(17), 2078–2084.
- Bergman H. & Källmén, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol*, 37(3), 245–251
- Bergman, H. (2003). *NEO PI-R™ Manual.*
- Blanco, C., Hasin, D., Petry, N., Stinson, F., & Grant, B. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 36(7), 943–953.
- Blinn-Pike, L., Worthy, S. L. & Jonkman, J. N. (2010). Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*, 47, 223–236.
- Breyer, J. L., Botzet, A. M., Winters, K. C., Stinchfield, R. D., August, G. & Realmuto, G. (2009). Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *Journal of Gambling Studies*, 25(2), 227–238. Doi: 10.1007/s10899-009-9126-z. Epub 2009 Mar 13.
- Carragher, N., & McWilliams, L. A. (2011). A latent class analysis of DSM-IV criteria for pathological gambling: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychiatry Research*, 187(1–2), 185–192.
- Department of Justice. (2009). *A study of gambling in Victoria: Problem gambling from a public health perspective.* Victoria: Department of Justice.
- Desai, R. & Potenza, M. (2008). Gender differences in the association between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 173–183.

- el-Guebaly, N., Casey, D. M., Hodgins, D. C., Smith, G. J., Williams, R. J., Schopflocher, D. P. & Wood, R. T. (2008). Designing a Longitudinal Cohort Study of Gambling in Alberta: Rationale, Methods, and Challenges. *Journal of Gambling Studies*, 24, 479–504.
- Ferris, J. & Wynne, H. (2001a). *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report*.
- Ferris, J. & Wynne, H. (2001b). *The Canadian Problem Gambling Index: User Manual*.
- Forrest, D., McHale, I. G. (2011). Gambling and Problem Gambling Among Young Adolescents in Great Britain. *Journal of Gambling Studies*, Nov. PubMed PMID: 22086668. ENG.
- Grant Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K. Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6(1). DOI: 1080/14459790600644176.
- Griffiths, M., & Wood, R. (2000). Risk factors in adolescence. The case of gambling, videogame playing, and the internet. *Journal of Gambling Studies*, 16(2–3), 199–225.
- Gupta, R., & Derevensky, J. (1998). Adolescent gambling behavior. A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 14(4), 319–345.
- Hansen, M., & Rossow, I. (2010). Limited cash flow on slot machines: Effects of prohibition of note acceptors on adolescent gambling behaviour. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(1), 70–81.
- Hoffmann, J.P. (2000). Religion and problem gambling in the U.S. *Review of Religious Research*, 41(4), 488–509.
- Ibanez, A., Blanco, C., Moreryra, P. & Saiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 295–301.
- Jacobs, D. F. (2000). Juvenile gambling in North America: An analysis of long term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies*, 16(2–3), 119–152.
- Källmen, H., Wennberg, P., & Bergman, H. (2010). Psychometric properties and norm data of the Swedish version of the NEO-PI-R. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5), 311–314.
- Leclercq, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K., Janavs, J. & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224–231.
- Lund, I. (2009). Gambling behaviour and the prevalence of gambling problems in adult EGM gamblers when EGMs are banned. A natural experiment. *Journal of Gambling Studies*, 25(2), 215–225.
- McCready, J. & Adlaf, E. (2006). *Performance and Enhancement of the Canadian Problem Gambling Index (CPGI): Report and Recommendations*.
- Ministry of Health. (2006). *Problem gambling in New Zealand: Analysis of the 2002/03 New Zealand Health Survey*. Wellington: Public Health Intelligence, Ministry of Health.
- Ministry of Health. (2008). *Raising the odds? Gambling behaviour and neighbourhood access to gambling venues in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health.
- Morasco, B. J., Pietrzak, R. H., Blanco, C., Grant, B. F., Hasin, D., & Petry, N. M. (2006). Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 976–984.
- Nagin, D. S. (1999) Analyzing developmental trajectories: A semiparametric, group-based approach. *Psychological Methods*, 4(2), 139–157.

- Peacock, T. D., Day, P. A., & Peacock, R.B. (1999) At what cost? The social impact of American Indian gaming. *Journal of Health & Social Policy*, 10(4), 23–34. PubMed PMID: 10538184. eng.
- Rugle, L. & Melamed, L. (1993). Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 107–112.
- Regeringen (2008). *Proposition 2007/08:110*. En förnyad folkhälsopolitik. Socialdepartementet.
- Scherrer, J. F., Xian, H., Krygiel, J. M., Kapp, B., Waterman, K. R., Shah, R., Volberg, S. A. & Eise. (2007). Association between exposure to childhood and lifetime traumatic events and lifetime pathological gambling in a twin cohort. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 72–78.
- Schissel, B. (2001) Betting against youth. The effects of socioeconomic marginality on gambling among young people. *Youth & Society*, 32(4), 473–491.
- Scholz, U., Gutiérrez Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessments*, 18, 242–251.
- Shaffer, H. J., & Hall, M. N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies, Special Issue: Prevalence studies of problem and pathological gambling*, 12(2), 193–214.
- Shaffer, H. J., LaBrie, R. A., & LaPlante, D. (2004). Laying the Foundation for quantifying regional exposure to social phenomena: Considering the case of legalized gambling as a public health toxin. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(1), 40–48.
- Shaw, M. C., Forbush, K. T., Schlinder, J., Rosenman, E., & Black, D.W. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrums*, 12(8), 615–622.
- Shead, N. W., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2010). Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 39–58.
- Shenassa, E. D., Paradis, A. D., Dolan, S. L., Wilhelm, C. S. & Buka, S. L. (2012). Childhood impulsive behavior and problem gambling by adulthood: a 30-year prospective community-based study. *Addiction*, 107(1), 160–168. Doi. 10.1111/j.1360-0443.2011.03571.x.Epub 2011 Oct 12.
- Slutske, W. S., Jackson, K. M. & Sher, K.J. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 263–274. PubMed PMID: 12784836. eng.
- Statens folkhälsoinstitut (2010a). *Att förebygga spelproblem. En kunskapsöversikt och en systematisk litteraturöversikt* (Rapport 2010:07). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2010b). *Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009. Huvudresultat från SWELOGS befolkningsstudie* (Rapport 2010:23). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2012a). *Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2009/2010. Resultat från Swelogs ettårsuppföljning* (Rapport 2012:04). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2012b). *Överdrivet spelande och hälsa. En systematisk litteraturöversikt* (Rapport 2012:06). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Stewart, S. H., & Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction*, 103, 110–117.

- Svensson, J., Romild, U., Nordenmark, M., & Månsdotter, A. (2011). Gendered gambling domains and changes in Sweden. *International Gambling Studies*, 11(2), 193–211.
- Victorian gambling study, (2013). Study reveals risks that might lead to problem gambling July 2012. Hämtad 2013-05-18, från <http://www.gamblingstudy.com.au/news/risks-lead-to-problem.html>
- Vitaro, F., Ferland, F., Jacques, C. & Ladouceur, R. (1998). Gambling, substance use, and impulsivity during adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 185–194.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Ladouceur, R. & Tremblay, R. E. (2001). Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: Mutual influences and common risk factors. *Journal of Gambling Studies*, 17, 171–190.
- Volberg, R., Abbott, M., Rönnerberg, S., & Munck, I. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 250–256.
- Volberg, R. A., Nysse-Carris, K. L., & Gerstein, D. R. (2006). *California Problem Gambling Prevalence Survey (Final Report)*. Chicago: NORC.
- Wardle, H., Sproston, K., Orford, J., Erens, B., Griffiths, M., Constantine, R., et al. (2007). *British Gambling Prevalence Survey 2007*. London: National Centre for Social Research.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wierczorek, W. F., Tidwell, M.-C. O., & Hoffman, J. H. (2007). Type of gambling and availability as risk factors for problem gambling: A tobit regression analysis by age and gender. *International Gambling Studies*, 7, 183–198.
- Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U, Bergman, H. (2006). *The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT: Manual*
- Wiebe, J., Mun, P., & Kauffman, N. (2006). *Gambling and problem gambling in Ontario 2005*. Ontario: Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Williams, R. J. (2003), Reliability and validity of four scales to assess gambling attitudes, gambling knowledge, gambling fallacies and ability to calculate gambling odds. Opublicerad teknisk rapport. Lethbridge, Alberta.
- Williams, R. J., & Connolly, D. (2006). Does learning about the mathematics of gambling change gambling behaviour? *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 62–68.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Botzet, A., Anderson, N. (2002). A prospective study of youth gambling behaviors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(1), 3–9.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Botzet, A. & Slutske, W. S. (2005). Pathways of youth gambling problem severity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 104–107. PubMed PMID: 15783285.eng.
- Zitzow, D. (1996). Comparative study of problematic gambling behaviors between American Indian and non-Indian adolescents within and near a Northern Plains reservation. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 7(2), 14–26. PubMed PMID: 8935246. eng.
- Zucker, R. A., Donovan, J. E., Masten, A. S., Mattson, M. E. & Moss, H. B. (2008). Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics*, 121(4), 252–272.

Presentation av Swelogs rådgivande grupp

MAX ABBOTT är prorektor och dekan vid fakulteten för Health and Environmental Sciences, Auckland University of Technology i Nya Zeeland där han också är professor i psykologi och folkhälsa. Dessutom är han ställföreträdande direktör för National Institute for Public Health and Mental Health Research och chef för Gambling and Addictions Research Centre. Max delar ordförandeskapet för the International Gambling Think Tank och har forskat inom folkhälsa och psykisk hälsa i över 35 år. Detta har inneburit omfattande befolkningsundersökningar om spel i Nya Zeeland, Australien och Sverige. För närvarande är han ansvarig för ett nationellt spelforskningsprogram i Nya Zeeland och kliniska försök rörande korta interventioner för behandling av spelproblem.

PER BINDE är docent i socialantropologi vid Göteborgs universitet och har forskat om spel sedan 2001. Han har ett brett intresse för spelfrågor, med fokus på spelandets kulturella dimensioner och skiftande sociala sammanhang samt på hur spel regleras i samhället. Binde har utfört studier baserade på deltagande observationer i svenska spelmiljöer, intervjuer med spelberoende personer och data från befolkningsstudier. Han har också i ett antropologiskt perspektiv jämfört och analyserat spelandet i olika kulturer och under olika tidsepoker.

JAKOB JONSSON är psykolog med erfarenhet från arbete med spelproblem och spelansvarsåtgärder sedan 1992. Han var medlem i Swegs forskargrupp 1996–2003 och ansvarig författare för den andra av Swegs rapporter. Jakob genomförde också den empiriska delen av regeringens pokerutredning 2008 och har skrivit bokkapitel och vetenskapliga artiklar om spelproblem. Jakob är verksam vid Sustainable Interaction, ett privat företag som specialiserat sig på spelproblem och spelansvar där han arbetar med behandling, forskning och spelansvar. Han är också doktorand vid Stockholms universitet.

ANDERS STYMNE var projektledare och ansvarig för Statens folkhälsoinstituts arbete rörande spelfrågor under perioden 2001–maj 2008. Tidigare arbetade han främst med drogfrågor och under åren 1989–1996 var han sekreterare i Nordiska kontaktmannaorganet för Narkotikafrågor, ett samarbetsorgan mellan de nordiska ländernas regeringar under Nordiska ministerrådet. Stymne har varit sekreterare i tre statliga utredningar om narkotikafrågor samt varit expert i Spelutredningen.

ANDERS TENGSTRÖM är forskare och knuten till Karolinska Institutet för att medverka i en kartläggning av cannabisanvändning i Stockholms stad. Anders har aktivt forskat inom spelberoendefältet sedan 2004 och har på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut utvecklat behandlingsmanualer för spelberoende och deras anhöriga samt utvärderat denna behandling i olika studier. Anders var av regeringen utsedd expert i den statliga utredningen ”En framtida spelreglering” 2007–2008.

RACHEL A. VOLBERG är fil.dr och har arbetat med forskning om spel och spelproblem sedan 1985 och anses som den mest erfarna spelepidemiologen i världen. Volberg har lett eller arbetat som expert i ett stort antal studier runt om i världen, inklusive befolkningsundersökningar i USA, Australien, Nya Zeeland, Storbritannien och Sverige. För närvarande är hon engagerad i statligt finansierade projekt i Australien, Kanada, Singapore och Sverige med målet att förbättra metoderna för att mäta spelproblem och spelberoende i kliniska studier och samhällsstudier. Hon arbetar också med longitudinella studier i Australien, Nya Zeeland och Sverige. Förutom sin egen konsultverksamhet har hon akademiska befattningar vid University of Massachusetts, Amherst, The National Opinion Research Center vid University of Chicago och The Auckland University of Technology i Nya Zeeland.

Presentation of Swelogs' advisory board

MAX ABBOTT is Pro Vice-Chancellor and Dean, Faculty of Health and Environmental Sciences, at Auckland University of Technology, New Zealand, where he is also Professor of Psychology and Public Health, Co-director of the National Institute for Public Health and Mental Health Research and Director of Gambling and Addictions Research Centre. He co-chairs the International Gambling Think Tank and has conducted public health and mental health research for over 35 years. This has included large-scale general population studies of gambling in New Zealand, Australia and Sweden. He currently heads a national gambling research programme in New Zealand and a clinical trial of brief interventions for problem gambling.

PER BINDE is an associate professor in social anthropology at the University of Gothenburg, Sweden. His interest in gambling is broad, with focus on the cultural roots of gambling, its social contexts, and its regulation. Binde has conducted studies based on participant observation among Swedish gamblers, interviews with problem gamblers and the analysis of prevalence survey data. He has in an anthropological perspective compared and analysed gambling in cultures of the past and present.

JAKOB JONSSON is a clinical psychologist with experience from problem- and responsible gambling since 1992. He was a member of the Swegs research team 1996–2003 and responsible for writing the phase two Swegs report. He did the empirical parts of the governmental poker evaluation 2008. He has written book chapters on problem gambling and research publications. Jakob works at Sustainable Interaction, a private company specialized in problem- and responsible gambling where he works with treatment, research and responsible gambling. He is also a PhD-student at Stockholm University.

ANDERS STYMNE was from February 2001 to May 2008 project manager in the Swedish Institute of Public Health and responsible for the efforts of the Institute concerning problem gambling. Earlier Anders has mainly worked with issues concerning drug policy planning and during 1989–1996 he was executive Secretary of The Nordic Committee on Narcotic Drugs, one cooperative body under the Nordic Council of Ministers. Anders has been part of the secretariat in three governmental inquiries on drug issues and expert in the Inquiry on gambling.

ANDERS TENGSTROM is a researcher affiliated to the Karolinska Institute to participate in a survey of cannabis use in Stockholm city. Anders has been active in the research area of gambling addiction since 2004 and has on behalf of the Swedish National Institute of Public Health (SNIPH) developed treatment manuals for gambling addicts and significant others, and also evaluated this treatment in different studies. Anders was one of the appointed experts in the governmental gambling evaluation 2007-08.

RACHEL A. VOLBERG has been involved in research on gambling and problem gambling since 1985 and is widely regarded as the most experienced problem gambling epidemiologist in the world. Dr. Volberg has directed or consulted on numerous studies throughout the world, including national prevalence surveys in the United States, Australia, New Zealand, Great Britain, and Sweden. She is presently involved in projects funded by government agencies in Australia, Canada, Singapore and Sweden to improve methods for measuring problem and pathological gambling in clinical and community studies. She is also involved in longitudinal studies being carried out in Australia, New Zealand and Sweden. In addition to her own consulting business, Dr. Volberg holds appointments at the University of Massachusetts, Amherst, the National Opinion Research Center at the University of Chicago and the Auckland University of Technology in New Zealand.

Bilagor

Bilaga 1. Tabeller

Tabell 5. Andel fall respektive kontroller som upplever ekonomiska svårigheter samt jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder.

	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	Oddskvot	95 % konfidensintervall
Män	21,3	12,8	1,8	1,1–2,9
Kvinnor	34,0	21,6	1,3	0,7–2,5
16–24 år	25,7	16,4	1,7	1,1–2,8
25–44 år	25,3	18,3	1,2	0,6–2,4
> 44 år	24,5	5,4	2,9	0,6–13,8
Total	25,4	15,9	1,6	1,1–2,4

Tabell 6. Andel fall respektive kontroller som fått en betningsanmärkning samt jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder.

	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	Oddskvot	95 % konfidensintervall
Män	7,9	4,4	1,9	1,1–3,2
Kvinnor	11,1	5,1	2,3	1,2–4,5
16–24 år	6,5	4,1	1,6	0,8–3,0
25–44 år	12,3	5,7	2,3	1,2–4,4
> 44 år	11,3	4,2	2,9	0,8–10,5
Total	9,0	4,6	2,0	1,4–3,0

Tabell 6. Andel fall respektive kontroller som upplevt en trygg uppväxt samt jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder.

Upplevelse av trygghet 5 poäng vs < 5 poäng	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	Oddskvot	95 % konfidensintervall
Män	51,1	64,2	0,6	0,4–0,8
Kvinnor	37,3	53,3	0,5	0,4–0,8
16–24 år	50,2	63,6	0,6	0,4–0,8
25–44 år	40,7	56,7	0,5	0,4–0,8
> 44 år	45,3	53,3	0,7	0,4–1,4
Total	46,6	60,4	0,6	0,5–0,7

Tabell 7. Andel fall respektive kontroller som utsatts för fysiska övergrepp under uppväxten samt jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder.

	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	Oddskvot	95 % konfidensintervall
Män	25,7	16,6	1,7	1,3–2,4
Kvinnor	33,6	18,9	2,2	1,4–3,3
16–24 år	25,7	14,9	2,0	1,4–2,8
25–44 år	33,3	22,5	1,7	1,1–2,6
> 44 år	26,4	14,5	2,1	0,9–4,7
Total	28,3	17,4	1,9	1,5–2,4

Tabell 8. Andel fall respektive kontroller som utsatts för sexuella övergrepp under uppväxten samt jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder.

	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	Oddskvot	95 % konfidensintervall
Män	1,0	0,8	1,2	0,2–5,2
Kvinnor	22,4	10,3	2,5	1,5–4,1
16–24 år	6,2	3,6	1,7	0,9–3,3
25–44 år	12,4	5,9	2,3	1,2–4,3
> 44 år	3,8	1,2	3,2	0,2–45,1
Total	7,9	4,1	2,3	1,5–3,6

Tabell 9. Andel fall respektive kontroller som upplever trygghet i bostadsområdet samt jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder.

Trygghet i bostadsområdet	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	Oddskvot	95 % konfidensintervall
Män	81,5	89,2	0,5	0,4–0,8
Kvinnor	70,5	81,9	0,5	0,3–0,8
16–24 år	74,4	84,3	0,5	0,4–0,8
25–44 år	82,9	88,8	0,6	0,4–1,1
> 44 år	80,8	92,7	0,3	0,1–0,9
Total	77,9	86,7	0,5	0,4–0,7

Tabell 10. Andel fall respektive kontroller som blivit utsatta för våld det senaste året samt jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder.

	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	Oddskvot	95 % konfidensintervall
Män	18,8	10,0	2,1	1,4–3,0
Kvinnor	17,0	7,3	2,6	1,5–4,6
16–24 år	24,9	12,4	2,4	1,6–3,4
25–44 år	10,4	6,2	1,7	0,9–3,4
> 44 år	7,7	0,6	13,8	1,3–681,0
Total	18,2	9,1	2,3	1,7–3,1

Tabell 11. Andel fall respektive kontroller som utövat någon våldsamt handling det senaste året samt jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder.

	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	Oddskvot	95 % konfidensintervall
Män	24,5	11,6	2,4	1,7–2,4
Kvinnor	25,0	16,8	1,7	1,1–2,6
16–24 år	34,6	19,2	2,2	1,6–3,0
25–44 år	15,7	7,9	2,2	1,2–3,8
> 44 år	1,9	0,6	3,2	0,4–250,5
Total	24,7	13,4	2,1	1,6–2,7

Tabell 12. Andel fall respektive kontroller som bedömts ha haft problem med konsumtion av alkohol samt en jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder samt någonsin i livet och (tidigare i livet).²

Alkoholproblem	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	OR	95 % k.i.
Män	38,8 (33,3)	18,7 (13,8)	2,8 (3,1)	2,0–3,7 (1,7–5,5)
Kvinnor	25,9 (22,2)	10,5 (5,8)	3,0 (4,7)	1,8–4,9 (1,9–10,8)
16–24 år	40,3 (36,1)	15,6 (8,8)	3,6 (5,9)	2,6–5,1 (3,1–10,8)
25–44 år	30,2 (22,6)	17,5 (14,6)	2,0 (1,7)	1,3–3,2 (0,6–4,3)
> 44 år	18,0 (15,8)	11,9 (11,3)	1,6 (1,5)	0,6–4,1 (0,3–5,9)
Total	34,5 (28,8)	15,9 (11,0)	2,8 (3,5)	2,2–3,6 (2,2–5,5)

Tabell 13. Andel fall respektive kontroller som bedömts ha haft problem med konsumtion av andra substanser än alkohol samt en jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder samt någonsin i livet och (tidigare i livet).³

Problem andra substanser	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	OR	95 % k.i.
Män	7,3 (3,3)	3,6 (2,6)	2,1 (1,3)	1,1–3,8 (0,1–5,3)
Kvinnor	9,1 (6,8)	3,8 (2,8)	2,5 (2,6)	1,1–5,6 (0,5–9,7)
16–24 år	9,6 (6,9)	3,1 (1,6)	3,3 (4,6)	1,8–6,2 (1,0–15,4)
25–44 år	7,1 (3,6)	4,9 (4,5)	1,5 (0,8)	0,6–3,3 (0,0–5,3)
> 44 år	2,0 (0,0)	2,5 (2,5)	0,8 (–)	0,0–8,4 (–)
Total	7,9 (4,8)	3,7 (2,7)	2,3 (1,8)	1,5–3,5 (0,7–4,6)

- Med någonsin i livet kan alkoholproblemen ha debuterat såväl tidigare som samtidigt som problemspelet medan med tidigare i livet har alkoholproblemen debuterat innan problemspelet.
- Med någonsin i livet kan substansproblemen ha debuterat såväl tidigare som samtidigt som problemspelet medan med tidigare i livet har substansproblemen debuterat innan problemspelet.

Tabell 14. Andel fall respektive kontroller som bedömts uppfylla kriterierna för depression samt en jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder samt någonsin i livet och (tidigare i livet).⁴

Depression	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	OR	95 % k.i.
Män	25,5 (21,5)	15,1 (12,9)	1,9 (1,9)	1,4–2,7 (0,9–3,5)
Kvinnor	47,9 (57,1)	30,7 (28,6)	2,1 (3,3)	1,4–3,1 (1,8–6,1)
16–24 år	31,5 (35,4)	18,9 (16,5)	2,0 (2,8)	1,4–2,8 (1,5–4,9)
25–44 år	34,8 (45,7)	24,0 (21,8)	1,7 (3,0)	1,1–2,6 (1,4–6,4)
> 44 år	34,0 (33,3)	17,4 (16,8)	2,4 (2,5)	1,1–5,3 (0,8–7,3)
Total	32,9 (38,0)	20,5 (18,3)	2,0 (2,5)	1,6–2,5 (1,7–3,8)

Tabell 15. Andel fall respektive kontroller som har tänkt på, önskat, planerat eller försökt ta sitt eget liv samt en jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Någonsin i livet uppdelat på kön och ålder.⁵

Självordsbenägenhet	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	OR	95 % k.i.
Män	17,9	9,7	2,0	1,4–3,0
Kvinnor	42,9	22,5	2,6	1,7–3,9
16–24 år	24,0	13,7	2,0	1,3–2,9
25–44 år	30,0	16,6	2,1	1,3–3,4
> 44 år	27,1	8,6	3,9	1,5–9,9
Total	26,3	14,1	2,3	1,7–3,0

4 Med någonsin i livet kan depressionen debuterat såväl tidigare som samtidigt som problemspelet medan med tidigare i livet har depressionen debuterat innan problemspelet.

5 Med någonsin i livet kan självmordsbenägenheten debuterat såväl tidigare som samtidigt som problemspelet.

Tabell 16. Andel fall respektive kontroller som bedömts uppfylla kriterierna för paniksyndrom samt en jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder samt någonsin i livet och (tidigare i livet).⁶

Paniksyndrom	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	OR	95 % k.i.
Män	7,5 (7,7)	5,8 (4,9)	1,3 (1,6)	0,8–2,2 (0,5–4,3)
Kvinnor	21,1 (35,9)	11,9 (8,5)	2,0 (6,0)	1,2–3,3 (3,0–11,9)
16–24 år	11,0 (21,7)	6,0 (4,1)	1,9 (6,6)	1,1–3,2 (3,1–13,3)
25–44 år	14,3 (23,3)	11,8 (9,7)	1,3 (2,8)	0,7–2,2 (1,0–7,2)
> 44 år	10,2 (10,5)	5,6 (5,6)	1,9 (2,0)	0,5–6,8 (0,2–10,8)
Total	12,0 (20,3)	7,9 (6,1)	1,6 (3,7)	1,2–2,3 (2,2–6,1)

Tabell 17. Andel fall respektive kontroller som bedömts uppfylla kriterierna för social fobi samt en jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder samt någonsin i livet och (tidigare i livet).⁷

Social fobi	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	OR	95 % k.i.
Män	6,5 (10,1)	3,2 (2,9)	2,1 (3,8)	1,1–3,9 (1,3–9,3)
Kvinnor	15,5 (19,6)	6,2 (5,4)	2,8 (4,3)	1,5–5,2 (1,7–9,9)
16–24 år	9,0 (12,1)	3,2 (2,5)	3,0 (5,5)	1,6–5,6 (2,0–13,6)
25–44 år	10,6 (21,2)	6,3 (6,1)	1,8 (4,1)	0,9–3,5 (1,4–10,8)
> 44 år	8,0 (9,5)	3,1 (3,1)	2,7 (3,3)	0,5–13,1 (0,3–21,6)
Total	9,4 (14,2)	4,2 (3,8)	2,4 (4,0)	1,6–3,6 (2,2–7,1)

6 Med någonsin i livet kan paniksyndromet debuterat såväl tidigare som samtidigt som problemspelet medan med tidigare i livet har paniksyndromet debuterat innan problemspelet.

7 Med någonsin i livet kan sociala fobin debuterat såväl tidigare som samtidigt som problemspelet medan med tidigare i livet har sociala fobin debuterat innan problemspelet.

Tabell 18. Andel fall respektive kontroller som bedömts uppfylla kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) samt en jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder samt någonsin i livet och (tidigare i livet).⁸

Posttraumatiskt stressyndrom	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	OR	95 % k.i.
Män	3,1 (0,0)	1,2 (0,8)	2,5 (-)	0,9–6,6 (-)
Kvinnor	12,6 (13,0)	5,7 (3,9)	2,4 (3,6)	1,2–4,6 (1,1–10,1)
16–24 år	5,3 (5,1)	2,2 (1,4)	2,5 (3,9)	1,1–5,4 (0,7–15,4)
25–44 år	8,5 (6,9)	3,9 (2,8)	2,3 (2,5)	1,0–5,2 (0,3–11,9)
> 44 år	4,0 (5,0)	2,5 (1,9)	1,6 (2,8)	0,1–11,9 (0,1–36,5)
Total	6,2 (5,6)	2,8 (1,9)	2,4 (2,6)	1,5–4,0 (1,0–6,6)

⁸ Med någonsin i livet kan PTSD debuterat såväl tidigare som samtidigt som problemspelet medan med tidigare i livet har PTSD debuterat innan problemspelet.

Tabell 19. Andel fall respektive kontroller som bedömts uppfylla kriterierna för generaliserat ångestsyndrom (GAD) samt en jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som oddskvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder samt någonsin i livet och (tidigare i livet).⁹

Generaliserad ångest	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	OR	95 % k.i.
Män	4,1 (3,1)	1,8 (1,2)	2,4 (2,8)	1,0–5,3 (0,3–13,0)
Kvinnor	7,0 (4,6)	4,8 (2,4)	1,5 (1,9)	0,6–3,4 (0,2–9,1)
16–24 år	6,5 (4,9)	2,3 (1,0)	2,9 (5,2)	1,4–6,1 (0,9–22,1)
25–44 år	4,3 (3,6)	3,6 (2,5)	1,2 (1,5)	0,4–3,2 (0,0–10,5)
> 44 år	0,0 (0,0)	2,5 (1,9)	– (–)	– (–)
Total	5,1 (3,7)	2,8 (1,6)	1,9 (2,2)	1,1–3,2 (0,8–6,6)

⁹ Med någonsin i livet kan GAD debuterat såväl tidigare som samtidigt som problemspelet medan med tidigare i livet har GAD debuterat innan problemspelet.

Tabell 20. Andel fall respektive kontroller som bedömts uppfylla kriterierna för något av de studerade ångesttillstånden samt en jämförelse mellan fall och kontroller, presenterat som odds-kvot och 95 % konfidensintervall. Uppdelat på kön och ålder samt någonsin i livet och (tidigare i livet).¹⁰

Ångest	Problemspelare (%)	Ej problemspelare (%)	OR	95 % k.i.
Män	17,9 (6,6)	10,5 (8,7)	1,9 (0,7)	1,3–2,7 (0,2–2,1)
Kvinnor	38,5 (34,9)	22,6 (16,5)	2,1 (2,7)	1,4–3,2 (1,3–5,5)
16–24 år	23,9 (15,3)	11,5 (7,5)	2,4 (2,2)	1,6–3,5 (0,9–4,9)
25–44 år	28,4 (29,6)	20,6 (17,8)	1,5 (1,9)	1,0–2,4 (0,7–4,8)
> 44 år	18,4 (11,1)	12,4 (11,4)	1,6 (1,0)	0,6–4,0 (0,1–4,7)
Total	24,7 (18,3)	14,7 (11,3)	2,0 (1,6)	1,5–2,6 (1,0–2,8)

10 Med någonsin i livet kan något av ångesttillstånden debuterat såväl tidigare som samtidigt som problemspelandet medan med tidigare i livet har något av ångesttillstånden debuterat innan problemspelandet.

Tabell 22. Rangordning enligt effektmåttet OR av 42 faktorer bivariata samband med utfallet fall eller kontroll.

Faktor	Operationaliserad	OR	Z	P-värde
Ökad inkomst pga spelande	Ja mot Nej	5,496	6,47	0,000
Alkohol- och drogproblem (M.I.N.I.)	Ja mot Nej	2,872	8,63	0,000
Uppväxt utan föräldrar	Ja mot Nej	2,547	3,27	0,001
Allmänt hälsotillstånd	Dåligt mot okej eller bättre	2,401	3,37	0,001
Svag impulsivitetskontroll (NEO-PI-R)	≥ 16 p mot < 16 p	2,373	7,57	0,000
Spel om pengar oviktigt bland vännerna	Ja mot Nej	0,440	-4,96	0,000
Utsatt för våldshandling	Ja mot Nej	2,234	5,41	0,000
Antal begångna våldshandlingar	> 0 p mot 0 p	2,113	5,76	0,000
Fått betalningsanmärkning	Ja mot Nej	2,026	3,51	0,000
Utsatt för diskriminering	Ja mot Nej	1,971	5,78	0,000
Blivit utsatt för fysiska övergrepp som barn/tonåring	Ja mot Nej	1,912	5,42	0,000
Ängestproblem (M.I.N.I.)	Ja mot Nej	1,912	4,85	0,000
Egentlig depression (M.I.N.I.)	Ja mot Nej	1,902	5,30	0,000
Osäkert bostadsområde	Ja mot Nej	1,848	4,56	0,000
Bidragsstöd (registervariabel)	Ja mot Nej	1,839	4,53	0,000
Finansiella svårigheter	Ja mot Nej	1,809	4,69	0,000
Födelseland (registervariabel)	Utanför Norden mot Norden	1,786	4,60	0,000
Antal upplevelser av otrygghet som barn/tonåring	> 0 p mot 0 p	1,745	5,26	0,000
Antal dåliga livshändelser	> 0 p mot 0 p	1,664	4,48	0,000
Missbruk i familjen	Ja mot Nej	1,534	2,88	0,004
Möjlighet att få hjälp med praktiska problem	Ja mot Nej	1,362	1,83	0,068
Antal använda mediciner	≥ 2 mot < 2	1,446	3,48	0,001
Låg socioekonomi (registervariabel)	Ja mot Nej	1,401	2,32	0,021

Tabell 22. fortsättning

Faktor	Operationaliserad	OR	Z	P-värde
Långvariga hälsoproblem	Ja mot Nej	1,381	2,60	0,009
Självkompetens (GSE)	>= 30 p mot < 30 p	0,729	-2,32	0,020
Gift (registervariabel)	Ja mot Nej	0,732	-2,35	0,019
Deltar i sociala aktiviteter	Mer eller mindre än andra mot Som andra	1,358	2,78	0,005
Umgås med andra socialt	Hög eller låg nivå mot Normal nivå	1,314	2,49	0,013
Ber till Gud regelbundet	Ja mot Nej	1,305	2,07	0,038
Har någon förtrogen	Ja mot Nej	1,273	1,50	0,134
Nedsatt psykisk hälsa i familjen	Ja mot Nej	1,245	1,78	0,075
Mamma med kort utbildning	Ja mot Nej	1,197	1,44	0,151
Bor i storstad (registervariabel)	Ja mot Nej	1,141	0,97	0,332
Låg inkomst (registervariabel)	Ja mot Nej	1,113	0,85	0,396
Hemmavarande barn (registervariabel)	Ja mot Nej	1,106	0,90	0,370
Antal goda livshändelser	> 0 p mot 0 p	1,068	0,60	0,547
Bott med långvarigt sjuk person	Ja mot Nej	1,053	0,40	0,668
Besöker religiösa möten regelbundet	Ja mot Nej	0,949	-0,28	0,777
Egen kort utbildning (registervariabel)	Ja mot Nej	1,038	0,30	0,765
Pappa med kort utbildning	Ja mot Nej	1,036	0,28	0,776
Uppväxt utan syskon	Ja mot Nej	1,024	0,15	0,879
Bor i ett anonymt bostadsområde	Ja mot Nej	1,011	0,10	0,919

Bilaga 2. Frågeinstrument och enskilda frågor

Spel om pengar

Inledningsvis ställdes nio frågor (fråga 1–9) om hur ofta man spelar på olika former av spel (hästar, bingospel, nummerspel, sportspel, lotterier, spelautomater, kasinospel, direktsända tv-tävlingar samt pokerspel). Vidare användes fyra instrument för att få kunskap om spelrelaterade områden: Gambling Fallacies Measure (GFM) (fråga 12–21), Gambling Motives Questionnaire (GMQ) (fråga 24a–e), Gambling Self Efficacy Scale (GSE) (fråga 25a–f och fråga 26a–k) samt PGSI (fråga 27–35). GFM besvarades av samtliga respondenter medan de tre övriga enbart besvarades av de personer som på de nio första frågorna om spelfrekvens uppgav att de hade spelat om pengar under det senaste året.

GFM mäter personers kunskap om slumpens roll i spel, och skalan består av tio frågor där varje korrekt svar genererar ett poäng. Instrumentet kan alltså generera en poäng mellan 0 och 10, där en hög poäng innebär att man har goda kunskaper om slumpens roll i spel och att man inte överskattar sin egen möjlighet att påverka spelets utfall. Den interna konsistensen för skalan har tidigare forskning visat sig ligga på 0,88 enligt måttet Cronbachs alpha (Williams, 2003). Personer med spelproblem brukar enligt tidigare studier överskatta sin egen möjlighet att påverka spelets utgång och skalan har visat sig korrelera med spelproblem (Williams & Connolly, 2006), vilket talar för att instrumentet även har en hög validitet. Utifrån en internationell undersökning bestående av 8 330 personer från 105 olika länder har medelvärdet normerats till 6,76 (SD 2,0) (el-Guebaly et al., 2008).

Delskalan Coping i instrumentet GMQ användes för att studera i vilken utsträckning respondenterna spelar för att hantera negativa känslotillstånd. Delskalan består av fem frågor där varje fråga kan generera en poäng mellan 1 och 4. En låg poäng på delskalan innebär att man aldrig eller i liten utsträckning spelar om pengar för att hantera negativa känslor. Instrumentet utvecklades ursprungligen för att studera motiven till alkoholdrickande men denna version, som relaterar till spel om pengar, har visat sig vara användbar för att studera motiv till spelande. Delskalan Coping har i en tidigare psykometrisk studie visat sig korrelera både med spelfrekvens och med spelproblem, och den har en hög intern konsistens (Cronbachs alpha 0,86). I samma studie av instrumentet hade en grupp av personer med spelproblem i genomsnitt 11,35 poäng på instrumentet medan gruppen utan spelproblem i genomsnitt fick 5,13 poäng (Stewart & Zack, 2008).

GSE är ett instrument bestående av 17 frågor. Varje fråga har fem svarsalternativ och genererar en poäng mellan 1 och 5. För att analysera skalan räknas den totala poängen ut och en hög poäng innebär att man i stor utsträckning är kapabel att begränsa sitt spelande och att man upplever sig kunna undvika att spela i olika situationer. På förslag av instrumentets utvecklare, Claudio Barbaranelli, har instru-

mentet även delats in i delskalor för att göra skalan mer informativ. Genom en faktoranalys och med italienska data kom Barbaranelli fram till att två delskalor (faktorer) bäst sammanfattar instrumentets 17 frågor (C. Barbaranelli, Sapienza University of Rome, personlig kommunikation, 2012-02-28).

En analys liknande den som gjordes på italienska data men med ID1-data genererade tre delskalor. Till den första delskalan anslöt sig fråga 26a, 26b, 26e, 26h och 26k i instrumentet (se bilaga 3) bäst. Alla dessa frågor utom fråga 26e handlar om förmågan att avstå från att spela när man befinner sig i olika olustiga livssituationer och skalan gavs därmed benämningen "Flykt". Fråga 26e gäller om man är kapabel att avstå från att spela när det finns intressanta alternativa aktiviteter och skulle logiskt sett ha passat bättre in i nästa delskala, dvs. delskala nummer två som gavs benämningen "Nöje". Till den delskalan passade fråga 26c, 26d, 26f, 26g, 26i och 26j bäst och de handlar alla om förmågan att avstå från att spela i situationer där man tycker det skulle vara roligt att spela. Till den tredje och sista delskalan anslöt sig fråga 25a–f vilka alla handlar om förmågan att avstå från att spela pga. regler man själv satt upp som hjälp för att avstå. Den fick följaktligen benämningen "Regler". En poäng räknades fram för var och en av de tre delskalorna, och ju högre poäng, desto bättre förmåga att avstå från att spela. Poängen standardiserades sedan för varje delskala genom att beräkna ett index med väntevärdet 100 och standardavvikelsen 10. Vid en analys av de tre delskalorna dikotomiserades indexvärdet för de tre delskalorna till över 100 poäng respektive upp till 100 poäng och jämfördes mellan fall och kontroller.

Problemspelande

PGSI består av nio frågor om vilka negativa konsekvenser ens spelande har lett till under de senaste tolv månaderna. Varje fråga har fyra svarsalternativ (aldrig, ibland, ofta och nästan alltid) som vart och ett ger en poäng mellan 0 och 3. En hög poäng innebär att man i stor utsträckning upplever negativa konsekvenser av sitt spelande. Instrumentet har hög reliabilitet (Cronbachs alpha 0,84) och varierar i hög grad med andra instrument som mäter spelproblem (Ferris & Wynne, 2001a; Ferris & Wynne, 2001b; McCreedy & Adlaf, 2006). För detta instrument finns rekommenderade gränsvärden som, utifrån den totala poängen, skapar fyra kategorier som beskriver olika grader av spelproblem.

- 0 poäng Inga spelproblem
- 1–2 poäng Viss risk att utveckla spelproblem
- 3–7 poäng Förhöjd risk att utveckla spelproblem
- > 8 poäng Spelproblem

I ID1-studien anses en person vara problemspelare om den har 3 poäng eller mer, alltså förhöjd risk för att utveckla spelproblem eller spelproblem. Samma definition av problemspelande har använts i Swelogs tidigare studier och även i internationella sammanhang (Department of Justice, 2009; Statens folkhälsoinstitut, 2010b).

Hälsa

För ID1 avses med hälsa i huvudsak förekomst av problematiskt bruk av alkohol och substanser samt nedsatt psykisk hälsa. Frågorna till denna del av hälsoavsnittet skiljer sig åt mellan intervju- och enkätfasen (se nedan). Avsnittet om hälsa avslutas dock med frågor om allmän hälsa, medicinering, förekomst av missbruk och nedsatt psykisk hälsa i familjen som är gemensamma för de två faserna (fråga 141–146).

Frågor i telefonintervjun om hälsa

För att studera förekomsten och graden av substansberoende och missbruk samt nedsatt psykisk hälsa hos respondenterna (fråga 36–140) användes delskalorna om missbruk och beroende av alkohol eller andra substanser, samt depression, paniksyndrom, social fobi, posttraumatiskt stressyndrom och generaliserat ångestsyndrom från det diagnostiska instrumentet **Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju (MINI)** (Allgulander, Waern, Humble, Andersch, & Ågren, 2010).

MINI har validerats i flera länder och har visat sig korrelera med andra instrument som mäter förekomsten av psykiatriska tillstånd (Lecrubier et al., 1997). Frågorna kan i de flesta fall besvaras med ett ja eller nej. I MINI finns även en mall för hur en bedömning ska göras givet olika svar från respondenten. I MINI avser frågorna i de flesta fall nutid och det man studerar är således pågående problem. För ID1-studien inkluderades även frågor om hur respondenterna har mått tidigare i sina liv för att se i vilken utsträckning de tillstånd som MINI fångar upp tillkom före eller efter debuten av spelproblem. När det är fastställt om symptomen och tillståndet har påverkat respondentens livssituation negativt ska intervjuaren bedöma huruvida respondenten uppfyller kriterierna för en viss tillstånd. Under depression i MINI ställs frågor om självmordsbenägenhet men de frågorna ställs inte till dem som svarar negativt på de inledande hoppfrågorna om depression. Tidigare studier visar att självmordstankar samvarierar med spelproblem och att dessa tankar kan förekomma hos en individ utan att han/hon behöver vara i ett depressionstillstånd. Därför lades tre extra frågor gällande tankar, önskan, planering och försök till självmord in i frågebatteriet (se fråga 87a–c, bilaga 3). Observera att dessa tre extrafrågor bara ställs till dem som inte svarade på självmordsfrågorna i MINI.

Frågor i postenkäten om hälsa

I och med att MINI inte lämpar sig för självskattning användes instrumenten Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Wennberg, Källmén, Hermansson, & Bergman, 2006), Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 2008) och Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck & Steer, 2009) i postenkäten för att studera alkoholproblem och nedsatt psykisk hälsa hos de respondenter som inte telefonintervjuades. Dessa instrument valdes för att de studerar områden som i preliminära resultat från telefonintervjuerna samt i tidigare forskning har visat sig samvariera med spelproblem. Det är också problem som är relativt vanligt förekommande i befolkningen, vilket även det motiverar att de inkluderas i postenkäten.

Instrumentet AUDIT består av 10 frågor som är uppdelade på tre delskalor: riskfylld alkoholkonsumtion, alkoholberoende och alkoholrelaterade skador. Ofta analyseras instrumentet som två delskalor, där de två senare delskalorna slås samman till delskalan alkoholproblem. Frågorna i AUDIT relaterar till det senaste året och två av frågorna handlar även om tiden före det senaste året. Frågorna 1–8 kan generera en poäng mellan 0 och 4 och de två sista frågorna ger antingen 0, 2 eller 4 poäng. Instrumentet har en hög intern konsistens med ett Cronbachs alpha på 0,81 i en studie från år 2001 (Bergman & Källmén, 2002) och är normerat i den svenska befolkningen. Gränsvärdet för riskkonsumtion av alkohol är 8 poäng för män och 6 alternativt 8 poäng för kvinnor, utifrån totalpoängen på skalan. 20 poäng för män och 18 alternativt 20 poäng eller mer för kvinnor indikerar att man har allvarliga alkoholproblem och förmodligen även ett beroende (Bergman & Källmén, 2002; Bergman & Källmén, 2000). För denna studie har 18 poäng valts som gränsvärde för alkoholproblem för kvinnor. De tre första frågorna i AUDIT mäter riskkonsumtion av alkohol, och de ställdes till samtliga respondenter oavsett om de blev intervjuade eller svarade via enkät. Däremot ingick hela instrumentet enbart i postenkäten som ett mått på alkoholproblem i stället för MINI.

BDI-II och **BAI** mäter symptom på depression respektive ångest och består av 21 frågor vardera där varje fråga genererar en poäng mellan 0 och 3. En låg poäng innebär att respondenten inte alls eller i liten utsträckning besväras av dessa symptom medan en hög poäng indikerar att respondenten besväras av depression eller av ångest.

BDI-II har validerats i den norska befolkningen och instrumentet anses ha god validitet. Frågorna behandlar både somatiska, kognitiva och affektiva symptom på depression. Instrumentet har rekommenderade gränsvärden, vilka är baserade på den svarandes totalpoäng:

- 0–13 poäng Minimal depression
- 14–19 poäng Lindrig depression
- 20–28 poäng Måttlig depression
- 29–63 poäng Svår depression

BAI har skapats för att i så liten utsträckning som möjligt överlappa med BDI-II, även om depression och ångest ofta korrelerar. Det har medfört att BAI främst mäter somatiska symptom på ångest. Även BAI har använts i en studie av den norska befolkningen och, liksom för BDI-II finns en mall för hur resultaten ska tolkas.

- 0–7 poäng Minimal ångest
- 8–15 poäng Lindrig ångest
- 16–25 poäng Måttlig ångest
- 26–63 poäng Svår ångest

En viktig begränsning i studien är att den inte inkluderar något instrument som rör adhd (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder). I dag finns flera studier som visar

att adhd förekommer i högre utsträckning hos personer med spelberoende än bland dem utan spelberoende (Bergevin, Gupta, Derevensky, & Kaufman, 2006; Rugle & Melamed, 1993; Shead, Derevensky & Gupta, 2010). En longitudinell studie visar att adhd i barndomen, som kvarstår in i tidig vuxen ålder, predicerar en utveckling av spelproblem i högre grad än adhd som klingar av före vuxen ålder (Breyer et al., 2009). I fördjupningsstudien framkommer samband mellan såväl impulsivitet och spelberoende som substansmissbruk och spelberoende. Med tanke på att även impulsivitet och substansmissbruk är associerade till adhd hade det varit intressant att även undersöka sambandet mellan tillstånd och spelberoende, i relation till impulsivitet och annat missbruk.

Uppväxten

Fem frågor (fråga 147a–e) ställdes för att mäta upplevelser av trygghet under barn- och ungdomen. Varje fråga har tre svarsalternativ: stämmer inte alls, stämmer delvis och stämmer helt. En summering gjordes för dessa fem delfrågor, där poängsättningen sattes till 0 poäng för alternativet ”stämmer helt”, 1 poäng till alternativet ”stämmer delvis” och 2 poäng till alternativet ”stämmer inte alls”. Totalpoängen spänner därmed över värdena 0–10 poäng där en hög poäng anger en hög grad av otrygghet under uppväxten.

Upplevelser av våld och annan kränkande behandling

Två frågor ställdes om upplevelser av våld under tiden då man var barn eller tonåring. Utöver dem ställdes sex frågor som gällde ifall man utsatt någon annan för olika våldsamma handlingar samt ifall man själv blivit utsatt för någon våldsam handling under det senaste året. Slutligen ställdes en fråga som undersökte om man blivit behandlad på ett kränkande sätt under de senaste tre månaderna samt en fråga om det upplevda motivet hos ”avsändaren” till denna kränkande behandling.

Händelser och förändringar i livet

Undersökningen omfattade frågor om 15 olika händelser eller förändringar i livet såsom skilsmässa, närståendes bortgång etc. under de senaste tolv månaderna, samt 2 frågor avseende livsomständigheter som kan vara påfrestande (eget långvarigt hälsoproblem, samboende med sjuk person). Både positiva och negativa händelser och förändringar är inkluderade och avslutningsvis ställs frågan om någon av de upplevda händelserna har förändrat respondentens spelvanor i någon riktning.

Personliga egenskaper

Två instrument användes för att studera personliga egenskaper (fråga 167–184); General Self-Efficacy Scale (SES) och en delskala ur NEO-PI-R om impulsivitet.

SES mäter personens inställning till sin egen förmåga att påverka händelseutvecklingen i livet. Instrumentet består av tio frågor med fyra svarsalternativ (tar helt avstånd; tar delvis avstånd; instämmer delvis; instämmer helt) som ger mellan 1 och 4 poäng. Frågorna summeras och man kan således få en poäng mellan 10 och

40 på denna skala. Resultatet av skalan kan både presenteras som medelvärdet av det totala antalet frågor och medelvärdet per fråga. Det finns en internationell studie (Scholz, Gutiérrez Doña, Sud, & Schwarzer, 2002) med drygt 19 000 studiedeltagare från 25 länder, och i den var det sammanslagna medelvärdet 29,55 (SD 5,32). En del nationella skillnader upptäcktes, men skalan visade sig vara endimensionell i samtliga länder och hade en relativt hög intern konsistens i samtliga fall (Cronbachs alpha 0,75–0,91).

NEO-PI-R är ett instrument som används för att studera personligheten utifrån fem faktorer, där faktorn känslomässig instabilitet innehåller frågor om impulsivitet. Med impulsivitet menas att man har svårt att kontrollera längtan eller begär då dessa upplevs som mycket starka. Delskalan om impulsivitet består av åtta frågor med fem svarsalternativ (stämmer inte alls; stämmer inte särskilt bra; stämmer delvis/delvis inte; stämmer ganska bra; stämmer precis) som var och en genererar en poäng mellan 0 och 4. Man kan få en poäng mellan 0 och 32 på skalan i sin helhet och en hög poäng innebär en hög grad av impulsivitet. Den svenska versionen av instrumentet har validerats och dessutom standardiserats till den svenska befolkningen med ett medelvärde på 15,2 poäng (Bergman, 2003). För ID1 dikotomiserades skalan med gränsvärdet 15 poäng. Personer med en högre poäng än så tolkas följaktligen som att de är mer impulsiva än genomsnittet i Sverige.

Socioekonomisk situation

Inledningsvis i detta block ställdes tre frågor (fråga 185–187) om studiedeltagarnas ekonomiska situation under de senaste tolv månaderna. Därefter följde frågor om hushållets sammansättning under uppväxten samt frågor om föräldrarnas utbildningsnivå och yrke när respondenten var tio år gammal (fråga 188–193). Intervjun avslutas med frågor om tryggheten i respondentens nuvarande bostadsområde samt om socialt umgänge och deltagande i fritidsaktiviteter (fråga 194–201). Trygghet i bostadsområdet mättes med påståendet ”Man kan lita på de flesta människor som bor i det här bostadsområdet” med fyra svarsalternativ (stämmer mycket väl; stämmer ganska väl; stämmer inte särskilt väl; stämmer inte alls). I analysen av svarsalternativens fördelning mellan fall och kontroller delades alternativen in i två grupper med gränsen mellan ”stämmer ganska väl” och ”stämmer inte särskilt väl”.

Bilaga 3. Frågeformulär fördjupningsstudien

FÖRDJUPNINGSTUDIE SPEL – FORUM HÖSTEN 2010

Hej, mitt namn är XX och jag ringer från Forum – Forskningscentrum för psykosocial hälsa, på uppdrag av Statens Folkhälsoinstitut.

Du har för en tid sedan tackat ja till att delta i en fördjupningsstudie om spel och hälsa. Vi är glada för att du tackade JA, din medverkan är mycket viktig.

Vi vill också försöka kompensera dig lite för att du tar dig tid. För intervjun kommer du att få en ersättning på 200 kronor.

Är det okej att vi pratas vid nu – intervjun kommer att ta runt en timme?

Om JA

Du har fått information om studien per brev – har du några frågor kring det?

Efter avslutad intervju kommer du som sagt att få en ersättning på 200 kronor enligt överenskommelsen och för att göra utbetalningen behöver jag ditt namn och personnummer.

Kontrollera att namnet stämmer och skriv ner informantens personnummer!

Om informanten ej vill uppge sitt personnummer, upplys då om att vi i stället kan skicka en biocheck.

Om NEJ

Okej, när skulle det passa bättre för dig att vi talas vid?

Bra tack, då återkommer jag imorgon kl 17.

Om NEJ

Personen säger att han/hon inte vill vara med.

Ditt deltagande är naturligtvis frivilligt och vi respekterar ditt beslut att inte delta.

ÅTERKONTAKT

Hej, mitt namn är XX och jag ringer från Forum – Forskningscentrum för psykosocial hälsa, på uppdrag av Statens Folkhälsoinstitut.

Vi talades vid för ett par dagar sedan och du bokade in den här tiden för intervju. Passar det att vi talas vid nu?

Efter avslutad intervju kommer du att få en ersättning på 200 kronor enligt överenskommelsen och för att göra utbetalningen behöver jag ditt namn och personnummer.

Kontrollera att namnet stämmer och skriv ner informantens personnummer! Om informanten ej vill uppge sitt personnummer, upplys då om att vi i stället kan skicka en biocheck.

A. SPEL

INTRO A

Först vill jag ställa några frågor om spel om pengar. Räkna även med privata spel och spel via internet.

Instruktion till intervjuare:

Privata spel avser t ex att slå vad med vänner, spela kort om pengar i familjen osv

Hästar

Instruktion till intervjuare:

T ex Harry Boy, V75, Dagens dubbel, Trio på trav- och galoppbanan, hos ombud/spelbutik och via internet

1. Hur ofta har du satsat pengar på hästar *under de senaste tolv månaderna?*

- Dagligen/nästan dagligen.
- Några gånger/vecka (ändrad ordning)
- 1 gång/vecka
- några gånger/månad
- 1 gång/månad
- 6–11 gånger/år
- mer sällan (1–5 ggr senaste året)
- Aldrig
- Vet ej

Bingo

Instruktion till intervjuare:

T ex hallbingo, nätbingo, bilbingo.

2. Hur ofta har du satsat pengar på bingospel utom Bingolotto *under de senaste tolv månaderna?*

- Dagligen/nästan dagligen
- Några gånger/vecka
- 1 gång/vecka
- några gånger/månad
- 1 gång/månad
- 6–11 gånger/år
- mer sällan (1–5 ggr senaste året)
- Aldrig
- Vet ej
- Lotto

3. Hur ofta har du satsat pengar på Lotto, Keno eller Joker *under de senaste tolv månaderna?*

- Dagligen/nästan dagligen
- Några gånger/vecka
- 1 gång/vecka
- några gånger/månad
- 1 gång/månad
- 6–11 gånger/år
- mer sällan (1–5 ggr senaste året)
- Aldrig
- Vet ej

Tips

Sportspel

Vadhållning

Instruktion till intervjuare:

Text Stryktips, Måltips, Europatipset, Oddset, Bomben, Bookmaker och vadhållning via Internet. Gäller all slags vadhållning, text även vinnare i melodifestivalen etc.

4. Hur ofta har du satsat pengar på tips, sportspel, vadhållning inklusive olika privata vad om pengar under *de senaste tolv månaderna*?

- Dagligen/nästan dagligen
- Några gånger/vecka
- 1 gång/vecka
- några gånger/månad
- 1 gång/månad
- 6–11 gånger / år
- mer sällan (1–5 ggr senaste året)
- Aldrig
- Vet ej

Lotter

Instruktion till intervjuare:

Text skraplotter som Triss, penninglotter, Postkodlotteriet föreningslotter inklusive köp av lotter via Internet.

5. Hur ofta har du köpt lotter eller Bingolotter *under de senaste tolv månaderna*?

- Dagligen / nästan dagligen
- Några gånger / vecka
- 1 gång / vecka
- några gånger / månad
- 1 gång / månad
- 6–11 gånger / år
- mer sällan (1–5 ggr senaste året)
- Aldrig Vet ej

Spelautomater

Instruktion till intervjuare:

T ex spelautomater på restauranger, bingohallar, Casino Cosmopol, klubbar, båt eller via Internet.

6. Hur ofta har du satsat pengar på spelautomater under *de senaste tolv månaderna*?

- Dagligen / nästan dagligen
- Några gånger / vecka
- 1 gång / vecka
- några gånger / månad
- 1 gång / månad
- 6–11 gånger / år
- mer sällan (1–5 ggr senaste året)
- Aldrig Vet ej

Kasinospel

Instruktion till intervjuare:

Det kan vara på restaurang, klubbar, Casino Cosmopol, båt eller via Internet.

7. Hur ofta har du satsat pengar på kasinospelen roulette, black jack eller tärningsspel under *de senaste tolv månaderna*?

- Dagligen / nästan dagligen
- Några gånger / vecka
- 1 gång / vecka
- några gånger / månad
- 1 gång / månad
- 6–11 gånger / år
- mer sällan (1–5 ggr senaste året)
- Aldrig Vet ej
- Tv-tävlingar

Instruktion till intervjuare:

T ex Momento, Nattniv, Jackpot, Hjärnkoll, Game on och Capish.

TIDIGARENAMNPÅ PROGRAMSOM GÄLLER HÄR ÄREXEMPELVISREBUS OCHORDJAKTEN DÄREMOT RÄKNAS INTE MELODIFESTIVALEN, SOMMARKRYSSET, BINGOLOTTO OCH POSTKODMILJONÄREN.

8. Hur ofta har du ringt in till direktsända TV-tävlingar där man kan vinna pengar genom att ringa in sitt svar på olika ordlekar, rebusar och frågor under *de senaste tolv månaderna*?

- Dagligen / nästan dagligen
- Några gånger / vecka
- 1 gång / vecka
- några gånger / månad
- 1 gång / månad
- 6–11 gånger / år
- mer sällan (1–5 ggr senaste året)
- Aldrig Vet ej

Poker

Instruktion till intervjuare:

T ex pokerspel om pengar på klubbar, Casino Cosmopol, i privata sammanhang eller via Internet.

9. Hur ofta har du spelat poker om pengar *under de senaste tolv månaderna*?

- Dagligen / nästan dagligen
- Några gånger / vecka
- 1 gång / vecka
- några gånger / månad
- 1 gång / månad
- 6–11 gånger / år
- mer sällan (1–5 ggr senaste året)
- Aldrig Vet ej

Om ”Aldrig” på samtliga frågor 1–9 > 12
Annars > Gå till nästa fråga

Övriga spel

10. Hur stor del av ditt spelande äger rum på internet?

- Allt/nästan allt
- Det mesta
- Ungefär hälften
- Lite
- Inget

11. Vilket spel spelar du *mest* på?

a) Ange spelform:

Med ”mest” avses lägger ned mest tid på.

Om respondenten anger att denne spelar lika mycket på flera spel, ange alla.

(Spelform:)

(Spelform:)

b) När du spelar detta spel, med vem gör du det vanligen?

- Ensam
- Med en eller flera vänner/bekanta
- Med någon/några i min familj
- Med arbetskamrater
- Med studiekamrater
- Med okända personer
- Annat:

Obs: Om flera spel i 11a > ställ 11b även för övriga spel.

c) När du spelar detta spel, var gör du det vanligen?

- Hemma
- På pub eller restaurang
- På Casino Cosmopol
- På travbana
- På bingohall
- Hos ett spelombud
- På mitt arbete
- På min skola
- Annat:.....

Obs: Om flera spel i 11a> ställ 11c även för övriga spel.

Gambling Fallacies Measure – GFM

INTRO GFM

Nu kommer några frågor om vinstchanser och sannolikheter.

12. Vilken av följande lottorader har störst sannolikhet att dras som vinnande kombination?

- a. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- b. 14, 23, 5, 32, 17, 27, 8
- c. båda (ovanstående) har lika stor sannolikhet att dras

13. Vilket ger dig bäst chans att vinna jackpot på en spelautomat?

- a. Att spela på en spelautomat som inte har haft en jackpot på över en månad.
- b. Att spela på en spelautomat som fick jackpot för en timme sedan.
- c. Chansen att vinna är lika stor på båda spelautomaterna.

14. Är du en person som har tur? Om 10 personers namn lades i en hatt och ett namn dras för att få ett pris, hur stor sannolikhet är det att ditt namn skulle dras?

- a. Samma sannolikhet som för alla andra
- b. Mindre sannolikt än för andra personer
- c. Mer sannolikt än för andra personer

15. Om du skulle köpa en lott, var skulle det vara bäst att köpa den?

- a. Ett ställe som har sålt många vinstlotter tidigare
- b. Ett ställe som har sålt få vinstlotter tidigare
- c. Båda ställena är likvärdiga

16. En positiv attityd ökar sannolikheten att vinna pengar när man spelar bingo eller på spelautomater.

- a. Instämmer inte
- b. Instämmer

17. En spelare går till kasinot och kommer ut på plus 75 % av gångerna. Hur många gånger har hon eller han troligen varit på kasinot?

- a. 4 gånger
- b. 100 gånger
- c. Det är lika troligt att det är 4 gånger som 100 gånger

18. Du går till ett kasino med 500 kr i hopp om att fördubbla dina pengar. Vilken strategi ger dig bäst chans att fördubbla dina pengar?

ändrat 100 dollar t 500 kr

- a. Att satsa alla pengar på ett enda vad
- b. Att satsa små summor pengar på flera olika vad
- c. Båda strategierna ger dig en lika stor chans att fördubbla dina pengar.

19. I vilket spel kan man genomgående vinna pengar om man använder rätt spelstrategi?

- a. Spelautomater
- b. Roulette
- c. Bingo
- d. Inget av de ovanstående/nämnda

20. Chanserna att vinna på lotteri är bättre om man får välja sina egna nummer.

- a. Instämmer inte
- b. Instämmer

Ändrat oddsen sannolikheten

21. Du har en serie vinster i vadslagning. Du har singlat slant och gissat rätt på "krona" fem gånger i rad. Vad är sannolikheten att det blir krona i nästa singling?

Skulle du säga ...

- a. 50%
- b. mer än 50 %
- c. eller mindre än 50 %?

Två öppna frågor om spel

22. Kan du säga tre positiva saker du förknippar med spel om pengar?

- 1
- 2
- 3

23. Kan du säga tre negativa saker som du förknippar med spel om pengar?

- 1
- 2
- 3

Om ”Aldrig” på samtliga frågor 1–9 > Gå till B (Hälsa)

GAMBLING MOTIVES QUESTIONNAIRE, Coping

Frågeformulär om spelmotiv i 5 punkter

Nu kommer några anledningar till varför vissa personer spelar räknas upp. I vilken utsträckning gäller det för dig?

24. Ange hur ofta du spelar för var och en av följande orsaker.

a) För att slappna av

- Nästan aldrig/aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

b) För att glömma dina bekymmer.

- Nästan aldrig/aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

c) För att du känner dig mer obesvärad eller självsäker.

- Nästan aldrig/aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

d) För att det hjälper när du är nervös eller deprimerad.

- Nästan aldrig/aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

e) För att munta upp när du är på dåligt humör.

- Nästan aldrig/aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

GAMBLING SELF EFFICACY

Här kommer ett antal spelbeteenden där du ska avgöra hur pass kapabel du är att utföra dem.

25. Hur pass kapabel är du att:

a) Bara spela för den summa du bestämt i förväg, utan att satsa mer pengar?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

b) Sluta spela när du passerat den tidsgräns du bestämt i förväg?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

c) Inte spela för pengar som du satt av för andra ändamål?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

d) Inte spela om du har bestämt dig för det?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

e) Undvika att spela för småmynt eller växelpengar?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

f) Sluta spela även om du har förlorat och vill fortsätta för att vinna tillbaka det du har förlorat?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

Här kommer ett antal situationer där du ska ange hur pass kapabel du är att avstå från att spela.

26. Hur pass kapabel att avstå från att spela är du:

a) När du känner dig pressad (på arbetet, i skolan eller i familjen) eller har personliga bekymmer eller problem?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

b) När du känner dig deprimerad, spänd eller orolig?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

c) När du är ledig eller på fritiden?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

d) När du är ensam?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

e) När det finns intressanta alternativa aktiviteter att göra?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

f) När du är med vänner?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

g) När du är uttråkad?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

h) När du har grålat med en familjemedlem eller en vän?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

i) När du är avspänd och vill roa dig?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

j) När du känner ett plötsligt behov av att spela?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

k) När du känner dig fysiskt orolig (till exempel har ont i magen eller har svårt att sova) för att det var ett tag sedan du spelade?

- Inte alls kapabel
- Något kapabel
- Måttligt kapabel
- Mycket kapabel
- Helt kapabel

Problem Gambling Severity Index

Observara – PGSI ges bara om respondent svarat ja på någon av spelfrågorna i första avsnittet

27. Om du tänker på de senaste 12 månaderna, har du spelat för mer än du verkligen haft råd att förlora? Skulle du säga ...

- Aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

28. Om du tänker på de senaste 12 månaderna, har du känt skuld över hur du spelar eller vad som händer när du spelar? Skulle du säga...

- Aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

29. De senaste 12 månaderna, har du behövt spela med större summor för att få samma känsla av spänning? Skulle du säga...

- Aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

30. De senaste 12 månaderna, har du återvänt en annan dag för att försöka vinna tillbaka pengarna du förlorat? Skulle du säga...

- Aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

31. De senaste 12 månaderna, har du lånat pengar eller sålt något för att ha pengar att spela för? Skulle du säga...

- Aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

32. De senaste 12 månaderna, har ditt spelande orsakat några ekonomiska problem för dig eller ditt hushåll? Skulle du säga...

- Aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

33. De senaste 12 månaderna, har spelandet orsakat dig några problem med din hälsa, inräknat stress eller ångest? Skulle du säga...

- Aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

34. De senaste 12 månaderna, har någon kritiserat ditt spelande eller sagt att du har problem med spelandet, oavsett om du tyckt det varit sant eller inte? Skulle du säga...

- Aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

35. De senaste 12 månaderna, har du känt att du kanske har problem med ditt spelande? Skulle du säga...

- Aldrig
- Ibland
- Ofta
- Nästan alltid

PGSI kudas:

Aldrig= 0

Ibland= 1

För det mesta= 2

Nästan alltid = 3

Poängen summeras: 0–27 poäng totalt.

B. HÄLSA

MINI – Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju

Svensk version 6.0.0b

USA: D. V. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan, C. Gray. University of South Florida College of Medicine – Tampa, FL. USA

Sverige: C. Allgulander, M. Wærn, M. Humble, S. Andersch, H. Ågren. Karolinska institutet – Stockholm, Sahlgrenska akademien – Göteborg

MINI version 6:

Vi har hoppat över nga diagnoser. Vi har även lagt in egna frågor om förfluten tid (någonsin i livet). SUICID: Rachels frågor om suicid + två egna (ej diagnos enligt MINI)

Audit-C är inkorporerad i alkohol.

Vi har även delat på frågor där man ställde flera frågor i en.

Substanser: Vi har ändrat i listan som skulle läsas upp.

Instruktioner till intervjuaren:

Text inom (parentes) är kliniska exempel på symtom. Dessa *kan* läsas upp för informanten för att förtydliga frågan.

Kliniskt omdöme ska användas i kodningen av svaren.

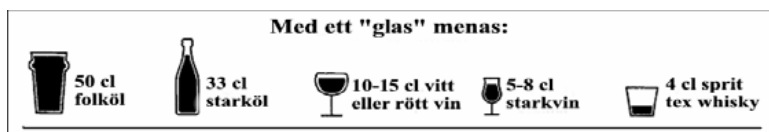
Intervjuaren ska vid behov exemplifiera för att koda rätt.

Intervjuaren bör förvissa sig om att respondenten beaktar varje dimension av frågan (t.ex. tidsram, frekvens, svårighetsgrad, och/eller andra alternativ).

Alkoholberoende och -missbruk

Intro

Nu kommer några frågor om din alkoholkonsumtion. Med alkohol menas folköl, mellan/starköl. Alkoholstark cider, vin, starkvin och sprit.



Mini

Under de senaste 12 månaderna,

36. Har du druckit 3 eller flera glas alkoholhaltig dryck (ej lättöl eller cider) inom en 3-timmarsperiod?

- Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 38

Mini

37. Har du druckit denna mängd, under tre timmar, vid tre eller fler tillfällen?

- Ja Nej

Om Ja till 36 och 37 > Koda Ja

- Ja Nej

AUDIT-C

38. Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?

- Dagligen eller nästan varje dag
 Varje vecka
 Varje månad
 Mer sällan än en gång i månaden
 Aldrig

Om Aldrig till fråga 38 > Gå till fråga 45

Annars > Gå till nästa fråga

AUDIT-C

39. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 eller fler
- Vet ej

AUDIT-C

40. Hur ofta dricker du sex "glas" eller fler vid samma tillfälle?

- Dagligen eller nästan varje dag
- Varje vecka
- Varje månad
- Mer sällan än en gång i månaden
- Aldrig

Har fråga 36 OCH 37 besvarats Ja?

Om Ja> Gå till fråga 41

Om Nej> Gå till fråga 45

Alkoholberoende, pågående

Under de senaste 12 månaderna:

41a. Behövde du dricka mer för att få samma effekt som du fick när du först började dricka alkohol?

- Ja
- Nej

41b. När du minskade drickandet, fick du skakiga händer, svettades du eller kände dig orolig?

- Ja
- Nej

41c. Drack du för att undvika dessa symtom eller för att slippa abstinens, d.v.s. skakningar, svettning eller oro?

- Ja
- Nej

Om Ja till någon av 41b eller c > Koda Ja

41d. När du drack alkohol, brukade det bli så att du drack mer än du hade tänkt från början?

Ja Nej

41e. Har du försökt minska eller sluta dricka alkohol men misslyckats?

Ja Nej

41f. De dagar du drack, lade du ner avsevärd tid på skaffa alkohol, dricka eller med att återhämta dig från alkoholeffekterna?

Ja Nej

41g. Fick du mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra på grund av ditt drickande?

Ja Nej

41h. Har du fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem?

42. HAR 3 ELLER FLER SVAR TILL 41 a–h KODATS JA?

OBS! Delfråga 41 b och c räknas som ett Ja även om båda besvarats med ett Ja.

Ja Nej

Koda *Pågående alkoholberoende* och gå till fråga 45.

Om Nej > Gå till nästa fråga

Alkoholmissbruk, pågående

Under de senaste 12 månaderna:

43a. Har du varit berusad, påverkad eller “bakfull” mer än en gång när du skulle sköta plikter i skolan, på jobbet eller hemma? Orsakade detta problem?

(KODA JA BARA OM DET LEDDE TILL PROBLEM.)

Ja Nej

43b. Har du varit berusad mer än en gång i någon situation som inneburit att du utsatt dig för fysisk risk, exempelvis när du kört bil, motorcykel eller båt, hanterat en maskin?

Ja Nej

43c. Har du råkat i klammeri med rättvisan mer än en gång på grund av att du druckit, t.ex. blivit gripen av polisen eller anmälts för störande beteende?

Ja Nej

43d. Fortsatte du att dricka trots att det ledde till problem med din familj eller andra människor?

Ja Nej

44. HAR 1 ELLER FLER SVAR TILL 43 a–d KODATS JA?

Ja Nej

Om Ja> Koda Pågående alkoholmissbruk

Tidigare alkoholberoende och missbruk

45–52. Egna form.

Nu kommer samma frågor om din alkoholanvändning men nu avser frågorna tidigare i livet, alltså *före de senaste 12 månaderna*.

45. Har du tidigare druckit 3 eller flera glas alkoholhaltig dryck (ej lättöl eller cider) inom en 3-timmarsperiod?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 53. Nästa avsnitt.

46. Har du *tidigare* druckit denna mängd vid tre eller fler tillfällen inom en tolv månadersperiod?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 53. Nästa avsnitt.

Om ”Ja” till 45 OCH 46 > Koda Ja och gå till nästa fråga

Ja Nej

Alkoholberoende, tidigare

Har du tidigare, under en tolv månadersperiod:

47a. Behövt dricka mer för att få samma effekt som du fick när du först började dricka alkohol?

Ja Nej

47b. När du minskade drickandet, fått du skakiga händer, svettats eller känt dig orolig?

Ja Nej

47c. Drack du för att undvika dessa symtom eller för att slippa abstinens, d.v.s. skakningar, svettning eller oro?

Ja Nej

Om Ja till någon av 47 b eller c > Koda Ja

Ja Nej

47d. När du drack alkohol, brukade det bli så att du drack mer än du hade tänkt från början?

Ja Nej

47e. Har du försökt minska eller sluta dricka alkohol men misslyckats?

Ja Nej

47f. De dagar du drack, lade du ner avsevärd tid på skaffa alkohol, dricka eller med att återhämta dig från alkoholeffekterna?

Ja Nej

47g. Fick du mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra på grund av ditt drickande?

Ja Nej

47h. Har du fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem?

Ja Nej

48. HAR 3 ELLER FLER SVAR TILL 47 a–h KODATS JA?

Ja Nej

OBS! Delfråga 47 b och c räknas som ett Ja även om båda besvarats med ett Ja.

Om Ja > Koda *Tidigare alkoholberoende*

Om Nej > Gå till fråga 50a.

49. Hur gammal var du när den här tolv månadersperioden började?

Specificera ålder:

Gå till fråga 53

Alkoholmissbruk, tidigare

Har det tidigare, *under en tolv månadersperiod*, förekommit att:

50a. Du varit berusad, påverkad eller "bakfull" mer än en gång när du skulle sköta plikter i skolan, på jobbet eller hemma? Orsakade detta problem?

(KODA JA BARA OM DET LEDDE TILL PROBLEM.)

Ja Nej

50b. Har du varit berusad mer än en gång i någon situation som inneburit att du utsatt dig för fysisk risk, exempelvis när du kört bil, motorcykel eller båt, hanterat en maskin?

Ja Nej

50c. Har du råkat i klammeri med rättvisan mer än en gång på grund av att du druckit, t.ex. blivit gripen av polisen eller anmälts för störande beteende?

Ja Nej

50d. Fortsatte du att dricka trots att det ledde till problem med din familj eller andra människor?

Ja Nej

51. HAR 1 ELLER FLER SVAR TILL 50 a–d KODATS JA?

Ja Nej

Om Ja> Koda *Tidigare alkoholmissbruk*. Gå till fråga 52

Om Nej> Gå till fråga 53

52. Hur gammal var du när den här tolv månadersperioden började?

Specificera ålder:

J. Störningar betingade av missbruk av psykoaktiva substanser (ej alkohol)

Nu kommer jag läsa upp en lista på olika droger och läkemedel och min fråga till dig är:

53. Har du *under de senaste 12 månaderna* tagit något av dessa medel mer än en enstaka gång för att bli "hög", bli euforisk, eller för att förändra ditt humör?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 60 (nästa avsnitt.)

DROG- OCH LÄKEMEDELSLISTA:

Amfetamin, metamfetamin

Kokain

Opiater Tex: Heroin, morfin, opium, metadon, kodein, så som i Treo Comp eller Citodon

Hallucinogener Tex: LSD, ecstasy, GHB.

Sniffningsmedel Tex lim, lustgas, bensin

Cannabis tex hasch, marijuana

Sedativa tex Stesolid, Sobril, Temesta, Xanor, Halcion, Rohypnol, flunitrazepam,

Övrigt Anabola steroider, Khat, receptfria sömn- eller dietpiller eller något annat preparat som tex går att beställa via Internet

Mini

HJÄLP TILL INTERVJUAREN – FLER EXEMPEL (LÄS EJ UPP DENNA LISTA).

Amfetamin, metamfetamin Tjack, pulver, fattigmanskola, dos, speed, uppåt, uppåt-tjack, vitt, vake, ice, meta, crystal

Kokain Koks, kola, koka, base, diesel, rocks, crack

Opiater Heroin, varor, gryn, horse, jonk, smack, morfin, opium, metadon, kodein, China white, crocodile, metta, dosen, Fortalgesic, Dilaudid, Treo Comp, Citadon, Fentanyl

Hallucinogener LSD, syra, meskalin, peyote, PCP (angel dust), psilocybin, STP, svampar, ecstasy, MDA, MDMA, knappar, E, ketamin, GHB, GHL, Q-benz, hawaii-ansk, mexikansk.

Sniffningsmedel Butan, boffa, lim, etylklorid, kväveoxidul, lustgas, amylnitrat, butylnitrat, poppers, bensin

Cannabis Hasch, röka, brunt, B, brass, holk, pura, grönt, ganja, joint.

Sedativa Stesolid, Sobril, Temesta, Xanor, Halcion, Rohypnol, roppar, flunitrazepam, fludder, bens, piller.

Diverse Anabola steroider, dek, ryssfemmor, 4 comp, Khat, receptfria sömn- eller dietpiller

Mer än ett medel ska enbart anges om informanten säger att mer än ett medel används lika mycket. Det är inte tanken att rangordna.

54. Vilket/vilka av dessa medel har använts mest?

Specificera:

55. Vilket/vilka av dessa medel har skapat mest problem?

Specificera:

Penetrera det medel som givit *mest problem* alternativt *använts mest* och är mest sannolikt att uppfylla kriterierna för beroende/missbruk.

Substansberoende, pågående

Angående (BETECKNING PÅ VALD DROG / DROGKATEGORI)-bruket, under de senaste 12 månaderna, har det någonsin hänt att:

56a... att du behövt använda större mängd (BETECKNING PÅ VALD DROG / DROGKATEGORI) för att få samma effekt som du fick när du först började ta medlet?

Ja Nej

56b... att du fått abstinenssymtom (värk, skakningar, feber, matthet, diarré, illamående, sömnsvårigheter, svettningar, hjärtklappning eller känslor av oro, ångslan, retlighet eller depression) när du minskat ditt intag av (BETECKNING PÅ VALD DROG / DROGKATEGORI), eller slutat använda medlet?

Ja Nej

56c. Använde du någon eller några droger för att slippa bli dålig (abstinenssymtom) eller för att må bättre?

Ja Nej

Om Ja på 56 b eller c > Koda Ja

Ja Nej

Under de senaste 12 månaderna, har det någonsin hänt att:

56d... att du märkte att det ofta blev så att du tog mer (BETECKNING PÅ VALD DROG / DROGKATEGORI), än du egentligen hade tänkt dig?

Ja Nej

56e... att du försökt använda mindre eller helt sluta använda (BETECKNING PÅ VALD DROG / DROGKATEGORI), men inte lyckats med detta?

Ja Nej

56f... att under dagar när du använde (VALD DROG/DROGKATEGORI) lade du ned avsevärt mer tid (mer än 2 timmar) på att få tag på, använda eller på att återhämta dig från drogen/drogerna eller på att tänka på droger?

Ja Nej

56g... att du fått mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra på grund av din droganvändning?

Ja Nej

56h... att du har fortsatt att använda (VALD DROG / DROGKATEGORI), fast du visste att detta gav dig kroppsliga och psykiska problem?

Ja Nej

57. HAR 3 ELLER FLER SVAR PÅ 56 a–h KODATS JA?

Ja Nej

OBS! Delfråga 56 b och c räknas som ett Ja även om båda besvarats med ett Ja.

OM JA > Pågående beroende.

Om Nej > Gå till fråga 58a

Substansmissbruk, pågående

Under de senaste 12 månaderna, har det någonsin hänt att:

58a... att du varit påtänd, hög eller abstinent på (BETECKNING PÅ VALD DROG/DROGKATEGORI) mer än en gång när du skulle sköta plikter i skolan, på jobbet eller hemma? Orsakade detta problem?

(KODA JA BARA OM DET LEDDE TILL PROBLEM)

Ja Nej

58b... att du varit berusad av (BETECKNING PÅ VALD DROG/DROGKATEGORI) i någon situation som inneburit att du utsatt dig för fysisk risk, exempelvis när du kört bil, motorcykel eller båt eller hanterat maskiner?

Ja Nej

58c... att du råkat i klammeri med rättvisan på grund av drogbruket, t.ex. blivit gripen av polisen eller anmälts för störande beteende?

Ja Nej

58d... att du fortsatte att använda (VALD DROG/DROGKATEGORI) trots att det ledde till problem med din familj eller andra människor?

Ja Nej

59. HAR 1 ELLER FLER SVAR på 58 a–d KODATS JA?

Ja Nej

Om Ja> Pågående missbruk.

J. Tidigare Störningar betingade av missbruk av psykoaktiva substanser

Nu kommer jag att ställa samma frågor om användning av olika droger och läkemedel men frågorna avser nu tidigare i livet, alltså före de senaste 12 månaderna.

60. Har du någonsin/även tidigare tagit något av dessa medel mer än en enstaka gång för att bli "hög", bli euforisk, eller för att förändra ditt humör?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 69 (nästa avsnitt.)

DROG- OCH LÄKEMEDELSLISTA:

Amfetamin, metamfetamin

Kokain

Opiater Tex: Heroin, morfin, opium, metadon, kodein, så som i Treo Comp eller Citodon

Hallucinogener Tex: LSD, ecstasy, GHB.

Sniffningsmedel Tex lim, lustgas, bensin

Cannabis tex hasch, marijuana

Sedativa tex Stesolid, Sobril, Temesta, Xanor, Halcion, Rohypnol, flunitrazepam,

Övrigt Anabola steroider, Khat, receptfria sömn- eller dietpiller eller något annat preparat som tex går att beställa via Internet

Mini

HJÄLP TILL INTERVJUAREN – FLER EXEMPEL (LÄS EJ UPP DENNA LISTA).

Amfetamin, metamfetamin Tjack, pulver, fattigmanskola, dos, speed, uppåt, uppåt-tjack, vitt, vake, ice, meta, crystal

Kokain Koks, kola, koka, base, diesel, rocks, crack

Opiater Heroin, varor, gryn, horse, jonk, smack, morfin, opium, metadon, kodein, China white, crocodile, metta, dosen, Fortalgesic, Dilaudid, Treo Comp, Citadon, Fentanyl

Hallucinogener LSD, syra, meskalin, peyote, PCP (angel dust), psilocybin, STP, svampar, ecstasy, MDA, MDMA, knappar, E, ketamin, GHB, GHL, Q-benz, hawaii-ansk, mexikansk.

Sniffningsmedel Butan, boffa, lim, etylklorid, kväveoxidul, lustgas, amylnitrat, butylnitrat, poppers, bensin

Cannabis Hasch, röka, brunt, B, brass, holk, pura, grönt, ganja, joint.

Sedativa Stesolid, Sobril, Temesta, Xanor, Halcion, Rohypnol, roppar, flunitraze-pam, fludder, bens, piller.

Diverse Anabola steroider, dek, ryssfemmor, 4 comp, Khat, receptfria sömn- eller dietpiller

Mer än ett medel ska enbart anges om informanten säger att mer än ett medel används lika mycket. Det är inte tanken att rangordna.

61. Vilket/vilka av dessa medel har använts mest?

Specificera:

62. Vilket/vilka av dessa medel har skapat mest problem?

Specificera:

Substansberoende, tidigare

Penetrera det medel som givit mest problem alternativt använts mest och är mest sannolikt att uppfylla kriterierna för beroende/missbruk.

Anpassa frågan till vad respondenten svarat på frågorna gällande de senaste 12 månaderna

Angående (BETECKNING PÅ VALD DROG / DROGKATEGORI)-bruket har det någonsin/även tidigare hänt, under en 12-månadersperiod, att:

63a. du behövt använda större mängd (BETECKNING PÅ VALD DROG / DROGKATEGORI) för att få samma effekt som du fick när du först började ta medlet?

Ja Nej

63b. du fått abstinenssymtom (värk, skakningar, feber, matthet, diarré, illamående, sömnsvårigheter, svettningar, hjärtklappning eller känslor av oro, ångslan, retlighet eller depression) när du minskat ditt intag av (BETECKNING PÅ VALD DROG / DROGKATEGORI), eller slutat använda medlet?

Ja Nej

63c. Använde du någon eller några droger för att slippa bli dålig (abstinenssymtom) eller för att må bättre?

Ja Nej

Om Ja på 63 b eller c > Koda Ja

Ja Nej

Angående (BETECKNING PÅ VALD DROG / DROGKATEGORI)-bruket har det någonsin/även tidigare hänt, under en 12-månadersperiod, att:

63d. du märkte att det ofta blev så att du tog mer (BETECKNING PÅ VALDDROG / DROGKATEGORI), än du egentligen hade tänkt dig?

Ja Nej

63e. du försökt använda mindre eller helt sluta använda (BETECKNING PÅ VALD DROG / DROGKATEGORI), men inte lyckats med detta?

Ja Nej

63f. under dagar när du använde (VALD DROG / DROGKATEGORI) lade du ned avsevärt mer tid (mer än 2 timmar) på att få tag på, använda eller på att återhämta dig från drogen/drogerna eller på att tänka på droger?

Ja Nej

63g. du fått mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra på grund av din droganvändning?

Ja Nej

63h. du har fortsatt att använda (VALD DROG / DROGKATEGORI), fast du visste att detta gav dig kroppsliga och psykiska problem?

Ja Nej

64. HAR 3 ELLER FLER SVAR PÅ 63 a–h KODATS JA?

Ja Nej

OBS! Delfråga 63 b och c räknas som ett Ja även om både besvarats med Ja.

OM JA > Tidigare beroende. Gå till nästa fråga.

Om Nej > Gå till fråga 66a

65. Hur gammal var du när denna 12-månadersperiod började?

Ålder:

Gå till 69, Nästa avsnitt

Substansmissbruk, tidigare har det någonsin/även tidigare hänt, under en 12-månadersperiod, att:

66a. du varit påtänd, hög eller abstinent på (BETECKNING PÅ VALD DROG/DROGKATEGORI) mer än en gång när du skulle sköta plikter i skolan, på jobbet eller hemma? Orsakade detta problem?

(KODA JA BARA OM DET LEDDE TILL PROBLEM)

Ja Nej

66b. du varit berusad av (BETECKNING PÅ VALD DROG/DROGKATEGORI) i någon situation som inneburit att du utsatt dig för fysisk risk, exempelvis när du kört bil, motorcykel eller båt eller hanterat maskiner?

Ja Nej

66c. du råkat i klammeri med rättvisan på grund av drogbruket, t.ex. blivit gripen av polisen eller anmälts för störande beteende?

Ja Nej

66d. du fortsatte att använda (VALD DROG/DROGKATEGORI) trots att det ledde till problem med din familj eller andra människor?

Ja Nej

67. HAR 1 ELLER FLER SVAR på 66 a–d KODATS JA?

Ja Nej

Om Ja> Tidigare missbruk. Gå till nästa fråga.

Om Nej > Gå till fråga 69, nästa avsnitt.

68. Hur gammal var du när denna 12-månadersperiod började?

Ålder:

Tidigare egentlig depressionsepisod

INTRO MINI

Nu kommer ett antal frågor om psykisk hälsa

69. Har du någonsin varit ihållande deprimerad eller nere under större delen av dagen, nästan varje dag, under 2 veckor?

Ja Nej

70. Har du någonsin, under minst 2 veckor, tappat intresse för det mesta omkring dig eller inte kunnat ha riktigt nöje av sådant du vanligen brukar tycka om?

Ja Nej

Har någon av frågorna 69 eller 70 kodats Ja?

Ja Nej

Om Nej> gå vidare till fråga 76. Nästa avsnitt.

Om Ja:> Gå vidare till nästa fråga.

Om det har funnits återkommande episoder då informanten känt sig deprimerad, be informanten att tänka på den svåraste tidigare episoden.

Under de svåraste 2 veckorna när du kände dig deprimerad eller ointresserad:

71a. Hade du minskad eller ökad aptit nästan varje dag?

Ja Nej

71b. Minskade eller ökade du oavsiktligt i vikt?

Ja Nej

Om Ja till 71a eller b > koda Ja

Ja Nej

71c. Hade du problem med sömnen nästan varje natt (svårt att somna in, vaknade upp mitt i natten, vaknade alldeles för tidigt på morgonen eller sov alldeles för mycket)?

Ja Nej

71d. Pratade eller rörde du dig långsammare än vanligt?

Ja Nej

71e. Var du rastlös eller hade svårt att sitta stilla nästan varje dag?

Ja Nej

Om Ja till 71d eller e > koda Ja

Ja Nej

71f. Kände du dig trött eller kraftlös nästan varje dag?

Ja Nej

71g. Kände du dig värdelös eller hade skuldkänslor nästan varje dag?

Ja Nej

Om Ja till 71 g > ställ fråga 72. Annars > gå till fråga 73a

72. Skulle du kunna ge exempel på när du kände dig värdelös eller hade skuldkänslor?

Exempel: I efterhand får det bedömas om exemplet överensstämmer med pågående vanföreställning.

Under de svåraste 2 veckorna när du kände dig deprimerad eller ointresserad:

73a. Hade du svårt att koncentrera dig eller fatta beslut nästan varje dag?

Ja Nej

73b. Funderade du ofta på att göra dig själv illa?

Ja Nej

73c. Hade du tankar på att ta ditt liv?

Ja Nej

73d. Önskade du att du var död?

Ja Nej

73e. Planerade du för att ta ditt liv?

Ja Nej

73f. Försökte du ta ditt liv?

Ja Nej

Om Ja till något av 73 b–f > koda Ja

Ja Nej

74. Hur gammal var du när du ville dö/tänkte på att ta ditt liv/försökte ta ditt liv första gången? (Anpassa frågan efter vad respondenten svarade på 73 b–f)

Ange ålder:

75. Orsakade dessa symptom påtagliga problem för dig hemma, i arbetet, socialt, i skolan eller på något annat vis?

Ja Nej

76. HAR 5 ELLER FLER SVAR TILL 69–73 KODATS JA, OCH HAR 75 KODATS JA?

Ja Nej

OBS! Delfråga 71a och b, d och e samt 73 b till f räknas som ett Ja även om båda/ flera av dessa delfrågor besvarats med ett Ja.

Om Ja > Tidigare egentlig depression

77. Mellan två depressionsepisoder, hade du någonsin ett fritt intervall om minst två månader utan någon påtaglig depression eller förlust av glädjeämnen?

Ja Nej

OM 77 KODATS Ja > KODA RECIDIVERANDE.

78. Hur många depressionsepisoder har du haft under ditt liv?

MELLAN VARJE EPISOD MÅSTE DET FINNAS MINST 2 MÅNADER UTAN PÅTAGLIG DEPRESSION.

Antal:

79. Hur gammal var du vid första depressionsepisoden?

Specificera ålder:

Gå till 80

Pågående egentlig depression

INTRO

Jag kommer nu att ställa samma frågor igen om psykisk hälsa men nu rör frågorna den senaste 2-veckorsperioden.

80. Har du, under de senaste 2 veckorna, varit ihållande deprimerad eller nere under större delen av dagen, nästan varje dag?

Ja Nej

81. Har du, under de senaste 2 veckorna, tappat intresse för det mesta omkring dig eller inte kunnat ha riktigt nöje av sådant du vanligen brukar tycka om?

Ja Nej

Har någon av frågorna 80 eller 81 kodats Ja?

Ja Nej

Om Nej > gå vidare till fråga 90. Nästa avsnitt.

Om Ja > Gå vidare till nästa fråga.

Under de senaste 2 veckorna när du kände dig deprimerad eller ointresserad:

82a. Hade du minskad eller ökad aptit nästan varje dag?

Ja Nej

82b. Minskade eller ökade du oavsiktligt i vikt?

Ja Nej

Om Ja till 82 a eller b > koda Ja

Ja Nej

82c. Hade du problem med sömnen nästan varje natt (svårt att somna in, vaknade upp mitt i natten, vaknade alldeles för tidigt på morgonen eller sov alldeles för mycket)?

Ja Nej

82d. Pratade eller rörde du dig långsammare än vanligt?

Ja Nej

82e. Var du rastlös eller hade svårt att sitta stilla nästan varje dag?

Ja Nej

Om Ja till 82 d eller e > koda Ja

Ja Nej

82f. Kände du dig trött eller kraftlös nästan varje dag?

Ja Nej

82g. Kände du dig värdelös eller hade skuldkänslor nästan varje dag?

Ja Nej

Om Ja till 82 f eller g > Gå till fråga 83. Annars > Gå till 84a

83. Kan du ge exempel på när du kände dig värdelös eller hade skuldkänslor?

Exempel: I efterhand får det bedömas om exemplet överensstämmer med tidigare vanföreställning.

Under de senaste 2 veckorna när du kände dig deprimerad eller ointresserad:

84a. Hade du svårt att koncentrera dig eller fatta beslut nästan varje dag?

Ja Nej

84b. Funderade du ofta på att göra dig själv illa?

Ja Nej

84c. Hade du tankar på att ta ditt liv?

Ja Nej

84d. Önskade du att du var död?

Ja Nej

84e. Planerade du för att ta ditt liv?

Ja Nej

84f. Försökte du ta ditt liv?

Ja Nej

Om Ja till något av 84 b–f > koda Ja

Ja Nej

85. Orsakade dessa symptom (82–84) påtagliga problem för dig hemma, i arbetet, socialt, i skolan eller på något annat vis?

Ja Nej

86. HAR 5 ELLER FLER SVAR TILL 80–84 KODATS JA, OCH HAR 85 KODATS JA?

Ja Nej

OBS! Delfråga 82a och b, d och e samt 84 b till f räknas som ett Ja även om båda/ flera av dessa delfrågor besvarats med ett Ja.

Om Ja > Koda Pågående egentlig depression

Om Nej > Gå till fråga 90. Nästa avsnitt.

Suicid

Dessa frågor om suicid ska enbart besvaras om man inte tidigare besvarat suicid-frågor

Under din livstid, har du någon som:

87a. Under två veckor eller längre tid, känt att du ville dö?

Ja Nej

87b. Känt dig så låg att du tänkte på att ta ditt liv?

Ja Nej

87c. Försökt ta livet av dig?

Ja Nej

Har någon av frågorna 87 a–c besvarats ”Ja”?

Om Ja, gå vidare till nästa fråga.

Om Nej, gå vidare till fråga 90 (nästa avsnitt)

Egna form.

88. Hur gammal var du ville dö/tänkte på att ta ditt liv/försökte ta ditt liv första gången?

(Anpassa frågan efter vad respondenten svarade på 84 a–c)

Ange ålder:

89. Har du känt så under de senaste 2 veckorna?

Ja Nej

Paniksyndrom

90. Har du, vid mer än ett enstaka tillfälle, upplevt en attack av plötslig ängslan, rädsla, obehag eller olust även i situationer där de flesta andra inte skulle känna så?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 99 – nästa avsnitt

91. Kulminerade attackerna inom 10 minuter?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 99 – nästa avsnitt

92. Har det vid något tillfälle hänt att en sådan attack börjat oväntat eller som av sig självt eller varit helt oförutsägbar eller provocerad?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 99 – nästa avsnitt 93 egna f.

93. Hur gammal var du när fick din första attack?

Specificera ålder:

94. Har du någon gång haft en sådan attack och därefter gått en månad eller mer med ihållande rädsla för att få en ny attack eller oro över följderna av attacken?

Ja Nej

95. Gjorde du någon betydande förändring i ditt beteende på grund av attackerna (t ex gå och handla endast med sällskap, inte vilja lämna hemmet, oftare söka akut sjukvård akut eller träffa en läkare?)

Ja Nej

Om Ja till 94 eller 95 > Koda Ja

Ja Nej

96. Under den svåraste attack du kan komma ihåg:

a) Slog hjärtat ojämnt, alldeles för fort eller bankande?

Ja Nej

b) Blev händerna svettiga eller klubbiga?

Ja Nej

c) Blev du darrig och skakig?

Ja Nej

d) Blev du andfådd eller hade svårt att andas?

Ja Nej

e) Fick du kvävningssänsla eller klump i halsen?

Ja Nej

f) Hade du värk, tryck- eller obehagskänsla i bröstet?

Ja Nej

g) Blev du illamående, hade magbesvär eller plötslig diarré?

Ja Nej

h) Kände du dig yr, ostadig, virrig eller matt?

Ja Nej

i) Kändes omgivningen konstig, överklig, lösryckt eller främmande, eller kändes det som om du var utanför eller helt eller delvis avskärrnad från din kropp?

Ja Nej

j) Blev du rädd för att tappa kontrollen eller bli galen?

Ja Nej

k) Var du rädd att du höll på att dö?

Ja Nej

l) Fick du krypningar eller domningskänslor i kroppen?

Ja Nej

m) Fick du värmesvallningar eller köldröysningar?

Ja Nej

97. Har fråga 94 ELLER 95 OCH minst 4 av 96 a–m kodats Ja?

Ja Nej

Om Ja> Tidigare Paniksyndrom.

Om Nej> Har någon av frågorna 93 a–m kodats Ja?

Ja Nej

Om Ja> Tidigare paniksyndrom med begränsat antal symtom.

98. Har du under den senaste månaden haft några återkommande attacker (två eller fler) och därefter ständigt varit rädd för att få ytterligare attacker, oroat dig för attackernas konsekvenser eller förändrade du ditt beteende på något sätt på grund av attackerna?

Ja Nej

Om Ja> Paniksyndrom pågående.

Social Fobi, pågående

99. Under den senaste månaden, har du varit rädd eller generad när du stått i centrum för uppmärksamheten eller rädd för att bli förödmjukad?

Detta gäller sådant som att tala inför publik, att äta med andra eller på restaurang, att skriva när någon ser på, eller att umgås med andra.

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 104

100. Tycker du att denna rädsla är överdriven eller orimlig?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 104

101. Är du så rädd för dessa situationer att du undviker dem eller pinar dig igenom dem?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 104

102. Försämrar denna rädsla ditt sätt att fungera på arbetet eller i socialt umgänge eller innebär den avsevärt obehag för dig?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 104

103. Upplever du rädsla och undviker 4 eller fler sociala situationer?

Ja Nej

Om Nej> Icke generaliserad social fobi, pågående

Om Ja> Generaliserad social fobi, pågående

Exempel på dylika sociala situationer är: (kan läsas upp för informanten vid behov)

- Inleda eller underhålla en konversation
- Delta i små grupper
- Träffa nya människor
- Tala inför personer i hög ställning
- Delta i fester
- Tala inför publik
- Äta med andra
- Använda en offentlig toalett

Social fobi, tidigare

Fråga 104–106. Nu kommer jag att upprepa de senaste frågorna men nu avser de en tidigare period än den senaste månaden.

104. Har du någonsin/även tidigare varit rädd eller generad när du stått i centrum för uppmärksamheten eller rädd för att bli förödmjukad? Detta gäller sådant som att tala inför publik, att äta med andra eller på restaurang, att skriva när någon ser på, eller att umgås med andra.

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 110

105. Tyckte du att denna rädsla var överdriven eller orimlig?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 110

106. Var du så rädd för dessa situationer att du undvek dem eller pinade dig igenom dem?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 110

107. Försämrade denna rädsla ditt sätt att fungera på arbetet eller i socialt umgänge eller innebar den avsevärt obehag för dig?

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 110

108. Upplevde du rädsla och undvek 4 eller fler sociala situationer?

Ja Nej

Om Nej> Icke generaliserad social fobi, tidigare

Om Ja> Generaliserad social fobi, tidigare

Exempel på dylika sociala situationer är: (kan läsas upp för informanten vid behov)

- Inleda eller underhålla en konversation
- Delta i små grupper
- Träffa nya människor
- Tala inför personer i hög ställning
- Delta i fester
- Tala inför publik
- Äta med andra
- Använda en offentlig toalett

109. Hur gammal var du när detta hände första gången?

Specificera ålder:

Posttraumatiskt stressyndrom

110. Har du någonsin varit med om, eller varit vittne till eller varit tvungen att ta itu med någon oerhört upprörande händelse som inneburit dödsfall eller risk för död eller allvarlig skada för dig eller någon annan?

Ja Nej

Exempel på traumatiska händelser:

- Allvarliga olyckshändelser, sexuell eller
- Fysisk misshandel, terroristattack, gisslantagande,
- Kidnappning, eldsvåda, upptäcka ett lik, krig eller
- Naturkatastrof, bevittna anhörigs våldsamma eller plötsliga död, eller en livshotande sjukdom.

Om Nej> Gå vidare till fråga 126. Nästa avsnitt.

111. Reagerade du med intensiv rädsla, vanmakt eller fasa?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 126. Nästa avsnitt.

112. Har du under den senaste månaden återupplevt denna händelse på något obehagligt sätt (som i mardrömmar, påträngande minnesbilder, känsla av att uppleva händelsen igen eller genom kroppsliga reaktioner)?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 126.

113. Under den senaste månaden:

a) Har du undvikit att tänka på eller tala om händelsen?

Ja Nej

b) Har du undvikit aktiviteter, platser eller människor som påminner dig om händelsen?

Ja Nej

c) Har du haft svårt att komma ihåg någon viktig del av det som hände?

Ja Nej

d) Har ditt intresse för hobbies eller sociala aktiviteter minskat betydligt?

Ja Nej

e) Har andra människor känts likgiltiga eller främmande för dig?

Ja Nej

f) Har du märkt att dina känslor är avtrubbade?

Ja Nej

g) Har du fått en känsla av att den här förfärliga händelsen kanske medför att ditt liv inte blir så långt?

Ja Nej

114. Har 3 eller fler svar på 113 a–g kodats Ja?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 118.

115. Under den senaste månaden:

a) Har du haft svårt att sova?

Ja Nej

b) Var du särskilt retlig eller fick du vredesutbrott?

Ja Nej

c) Har du haft svårt att koncentrera dig?

Ja Nej

d) Var du nervös eller ständigt på din vakt?

Ja Nej

e) Har du varit lättskrämd?

Ja Nej

116. Har 2 eller flera svar på 115 a–e kodats Ja?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 118.

117. Under den senaste månaden, har dessa problem (fråga 113 och 115) klart stört ditt arbete eller sociala aktiviteter eller medfört betydande obehag?

Ja Nej

Om Ja> Posttraumatiskt stressyndrom pågående

118. Har du vid något tidigare tillfälle/även vid något tidigare tillfälle återupplevt denna händelse på något obehagligt sätt, under en månads tid (som i mardrömmar, påträngande minnesbilder, känsla av att uppleva händelsen igen eller genom kroppsliga reaktioner)?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 126

119. Hur gammal var du när du återupplevde händelsen första gången?

Specificera ålder:

Intro

Om du nu tänker på den svåraste tidigare månaden när du återupplevt händelsen.

120. Under den här tidigare månaden

a) Undvek du att tänka på eller tala om händelsen?

Ja Nej

b) Undvek du aktiviteter, platser eller människor som påminde dig om händelsen?

Ja Nej

c) Hade du svårt att komma ihåg någon viktig del av det som hände?

Ja Nej

d) Minskade ditt intresse för hobbies eller sociala aktiviteter betydligt?

Ja Nej

e) Kändes andra människor likgiltiga eller främmande för dig?

Ja Nej

f) Märkte du att dina känslor var avtrubbade?

Ja Nej

g) Fick du en känsla av att den här förfärliga händelsen kanske skulle medföra att ditt liv inte blev så långt?

Ja Nej

121. Har 3 eller fler svar på 120 a–g kodats Ja?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 126. Nästa avsnitt.

122. Under den här tidigare månaden

a) Hade du svårt att sova?

Ja Nej

b) Var du särskilt retlig eller fick du vredesutbrott?

Ja Nej

c) Hade du svårt att koncentrera dig?

Ja Nej

d) Var du nervös eller ständigt på din vakt?

Ja Nej

e) Var du lättskrämd?

Ja Nej

123. Har 2 eller flera svar på 122 a–e kodats Ja?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 126. Nästa avsnitt.

124. Under den månaden, störde dessa problem (120 och 122) klart ditt arbete eller sociala aktiviteter, eller medförde de betydande obehag?

Ja Nej

Om Ja> Posttraumatiskt stressyndrom tidigare

125. Hur gammal var du när återupplevde du händelsen denna svåraste gång?

Specificera ålder:

N. Generaliserat ångestsyndrom

126. Har du varit avsevärt oroad eller ängslig för flera saker under de senaste 6 månaderna?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 132

127. Känner du denna oro för det mesta?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 132

128. Är respondentens ängslan uteslutande begränsad till eller förklaras den bättre av något tidigare genomgången syndrom?

Ja Nej

Om Ja> Gå till fråga 132

129. Tycker du att det var svårt att kontrollera denna oro?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 132

130. När du var ängslig under de senaste 6 månaderna, var det så att du för det mesta:

Obs: Om symtom i fråga 130 a–f främst är relaterade till annan störning > Koda Nej.

a) Kände dig rastlös, uppskruvad eller irriterad?

Ja Nej

b) Kände dig spänd?

Ja Nej

c) Kände dig trött, svag eller lätt blev uttröttad?

Ja Nej

d) Hade svårt att koncentrera dig eller blev alldeles tom i huvudet?

Ja Nej

e) Kände dig lättretlig?

Ja Nej

f) Hade sömnproblem (svårt att somna in, vaknade upp mitt i natten, vaknade alldeles för tidigt på morgonen eller sov för mycket)?

Ja Nej

131. Har 3 eller fler svar på 130 a–f kodats Ja?

Ja Nej

Om Ja> generaliserat ångestsyndrom pågående

N. Tidigare generaliserat ångestsyndrom

Nu kommer jag att ställa några frågor om oro och ångslan tidigare i livet, alltså före de senaste sex månaderna.

132. Har du varit avsevärt oroad eller ängslig för flera saker under en tidigare 6 månadersperiod?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 141

133. Kände du denna oro för det mesta?

Ja Nej

Om Nej> Gå vidare till fråga 141

134. Är respondentens ängslan uteslutande begränsad till eller förklaras den bättre av något tidigare genomgången syndrom?

Ja Nej

Om Ja> Gå till fråga 141

135. Tyckte du att det är svårt att kontrollera denna oro?

Ja Nej

136. När du var orolig eller ängslig under dessa tidigare 6 månader, var det så att du för det mesta:

Obs: Om symtom i fråga 136 a–f främst är relaterade till annan störning > Koda Nej.

a) Kände dig rastlös, uppskruvad eller irriterad?

Ja Nej

b) Kände dig spänd?

Ja Nej

c) Kände dig trött, svag eller lätt blev uttröttad?

Ja Nej

d) Hade svårt att koncentrera dig eller blev alldeles tom i huvudet?

Ja Nej

e) Kände dig lättretlig?

Ja Nej

f) Hade sömnproblem (svårt att somna in, vaknade upp mitt i natten, vaknade alldeles för tidigt på morgonen eller sov för mycket)?

Ja Nej

137. Har 3 eller fler svar på 136 a–f kodats Ja?

Ja Nej

Om JA> Generaliserat ångestsyndrom tidigare. Gå till fråga 138.

Om Nej > Gå till fråga 139/141

138. Hur gammal var du när denna period inträffade?

Ålder:

O. Uteslutning av medicinsk, organisk eller drogrelaterad genes för alla syndrom

Eftersom du svarat positivt/jakande på något symptom som vi just gått igenom så kommer ytterligare en fråga på detta avsnitt av intervjun.

Strax innan dessa symptom började:

139a. Stod du då på några mediciner eller tog du några droger?

Ja Nej Osäker

139b. Hade du någon sjukdom?

Ja Nej Osäker

140. Är någon omständighet ovan en sannolik direkt anledning till informantens besvär?

Ja Nej Osäker

Allmän hälsa

HLV

141. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd? Är det...

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt
- Vet ej
- Medicinering

142. Har du under de senaste tre månaderna använt något eller några av följande läkemedel?

a) Magsårs/magkatarrmedicin

Ja Nej

b) Astma/allergimedicin

Ja Nej

c) Diabetesmedicin

Ja Nej

d) Blodtryckssänkande medicin

Ja Nej

e) Sömnmedel/insomningsmedicin

Ja Nej

f) Antidepressiv medicin

Ja Nej

g) Lugnande/ångestdämpande medicin

Ja Nej

h) Smärtstillande medicin med recept

Ja Nej

i) Smärtstillande medicin utan recept

Ja Nej

j) Blodfettssänkande medicin

Ja Nej

k) Annan medicin

Ja Nej

C. HÄLSA I FAMILJEN

Intro C.

Nu kommer några frågor om din familjs hälsa.

Med familj avses föräldrar och syskon, partner/sambo/maka/make, egna eller partners barn.

143. Enligt din uppfattning, skulle du säga att någon i din familj har psykologiska problem eller psykisk ohälsa? (gäller inte respondenten själv)

Ja Nej

Om Nej> Gå till fråga 145

144. Vem/vilka i din familj är det? (Flera alternativ möjliga)

Vem/vilka:

Ange mamma eller pappa, ej endast förälder.

Be respondenten ange om syskon eller förälder är biologisk, adoptiv- eller styvsyskon/förälder.

Möjliga alternativ (läs ej upp om ej nödvändigt)

- Biologiska syskon
- Adoptivsyskon
- Styvsyskon, fostersyskon eller liknande
- Biologisk mamma
- Biologisk pappa
- Adoptivförälder/föräldrar
- Styvförälder, fosterförälder eller liknande
- Partner, sambo, maka eller make
- Egna barn
- Partners, sambos, makas eller makes barn
- Fosterbarn eller liknande

145. Enligt din uppfattning, skulle du säga att någon i din familj har missbruksproblem, med alkohol och/eller droger? (gäller inte respondenten själv)

Ja Nej

Om Nej> Gå till 147 (Nästa avsnitt)

146. Vem/vilka i din familj är det? (Flera alternativ möjliga)

Vem/vilka:

Ange mamma eller pappa, ej endast förälder.

Be informanten ange om syskon eller förälder är biologisk, adoptiv- eller styvsyskon/förälder.

Möjliga alternativ (läs ej upp om ej nödvändigt)

- Biologiska syskon
- Adoptivsyskon
- Styvsyskon, fostersyskon eller liknande
- Biologisk mamma
- Biologisk pappa
- Adoptivförälder/föräldrar
- Styvförälder, fosterförälder eller liknande
- Partner, sambo, maka eller make
- Egna barn
- Partners, sambos, makas eller makes barn
- Fosterbarn eller liknande

D. UPPVÄXTEN

Upplevelser i barndomen och under tonåren

Intro D

Nu kommer ett antal påståenden om upplevelser och händelser från tiden när du var barn och tonåring. En del påståenden kan kännas väldigt privata men vi ber dig svara så ärligt som möjligt

147. När jag var barn och tonåring...

a. fanns det minst en vuxen till hands om jag bad om hjälp eller stöd

- Stämmer inte alls
- Stämmer delvis
- Stämmer helt

b) fanns det minst en jämnårig till hands om jag bad om hjälp eller stöd

- Stämmer inte alls
- Stämmer delvis
- Stämmer helt

c) kände jag mig trygg

- Stämmer inte alls
- Stämmer delvis
- Stämmer helt

d) uppfattade jag att mina närmaste brydde sig om varandra

- Stämmer inte alls
- Stämmer delvis
- Stämmer helt

e) saknade jag aldrig det nödvändigaste (mat, kläder, etc)

- Stämmer inte alls
- Stämmer delvis
- Stämmer helt

148. När jag var barn och tonåring...

a) blev jag minst en gång utsatt för fysiska övergrepp (slagen, fasthållen, inlåst etc.)

- Stämmer
- Stämmer inte

b) blev jag minst en gång sexuellt utnyttjad (antastad, tvingad att utföra sexuella handlingar etc.)

- Stämmer
- Stämmer inte

E. VÅLD I NUTID

Intro E

Nu kommer några frågor om olika former av dispyter som kan uppstå mellan människor.

149. Under det senaste året, har du:

a) Kastat någonting mot någon?

- Ja
- Nej

b) Smällt till någon (med öppen handflata)?

Ja Nej

c) Slagit någon med knytnäve, föremål eller klått upp/misshandlat någon?

Ja Nej

d) Hotat någon med kniv eller pistol eller annat vapen?

Ja Nej

e) Gjort något annat som skulle kunna uppfattas som våldsamt?

Ja Nej

Om Nej > Hoppa över fråga 150

150. Vilken/vilka våldsamma handling/ar var det?

Specificera handling:

Obs! Flera handlingar möjliga! Specificera alla

151. Under det senaste året, har du blivit utsatt för någon av de nämna handlingarna eller någon annan våldsamt handling?

Ja Nej

Om Nej > Hoppa över fråga 152

152. Vilken handling var det?

Vilken/vilka:

Om Nej till 149 a–e > F (Diskriminering)

Gällande spel – 2 egna f

153. Har denna våldsamma handling/någon av dessa våldsamma handlingar haft någonting med spel om pengar att göra?

Ja Nej

154. Vilken eller vilka våldsamma handlingar hade med spel att göra?

Specificera handling:

F. DISKRIMINERING

Intro F

Jag kommer nu att ställa några frågor om hur man kan uppleva olika situationer.

155. Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt?

Nej Ja, någon gång Ja, flera gånger

Om Nej> Gå till G (Livsstressorer och förändringar)

156. Hade den kränkande behandlingen/bemötandet samband med något av följande?

a) Etnisk tillhörighet

Ja Nej

b) Kön

Ja Nej

c) Sexuell läggning

Ja Nej

d) Ålder

Ja Nej

e) Funktionshinder

Ja Nej

f) Religion

Ja Nej

g) Hudfärg

Ja Nej

h) Utseende

Ja Nej

i) Könsidentitet eller/och könsuttryck

Ja Nej

j) Annat

Ja Nej

k) Vet ej

Ja Nej

G. LIVSSTRESSORER OCH FÖRÄNDRINGAR

Intro G

Nu skulle jag vilja att du tänker på vad som har hänt i ditt liv under de senaste 12 månaderna. Har du varit med om någon av följande händelser?

157.

a) En närstående persons död?

Ja Nej

b) Skilsmässa eller separation?

Ja Nej

c) Juridiska svårigheter?

Ja Nej

d) Allvarigare skada eller sjukdom, som drabbat dig eller någon person som står nära dig?

Ja Nej

e) Giftermål eller inlett ett förhållande?

Ja Nej

f) Problem med ditt arbete, din chef eller dina överordnade?

Ja Nej

g) Pensionering?

Ja Nej

h) Gravitet eller tillökning i familjen?

Ja Nej

i) Stor förändring i din ekonomiska situation?

Ja Nej

j) Tagit lån eller gjort någon större investering?

Ja Nej

k) Ökat antal gräl med någon person som står dig nära?

Ja Nej

l) Större förändringar i boendeförhållanden (t e x, renoveringar, flyttat)

Ja Nej

m) Större förändring i arbetsförhållanden (t ex arbetslöshet, nytt arbete, studier)

Ja Nej

158. Var förändringen i boendeförhållandena en förbättring eller en försämring?

En klar förbättring

Klar försämring

159. Var förändringen i arbetsförhållandena en förbättring eller en försämring?

En klar förbättring

Klar försämring

Under de senaste 12 månaderna:

160. Har du bott med en person som har en långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion, eller något annat långvarigt hälsoproblem?

Ja Nej

161. Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion, eller något annat långvarigt hälsoproblem?

Ja Nej

162. Har din inkomst ökat pga spel?

Ja Nej

163. Har någon annan större händelse inträffat under de senaste 12 månaderna som vi inte frågat om?

Ja Nej

164. Vilken/vilka händelser var det?

Spec. händelse:

Om Nej till samtliga av frågorna 157–164 > Gå till H (Personliga resurser och ”personlighet”)

165. Har denna händelse/någon av dessa händelser förändrat

- Ja, ökat dina spelvanor?
- Ja, minskat
- Nej

166. Vilken/vilka händelser var det?

Spec. händelse:

H. PERSONLIGA RESURSER OCH "PERSONLIGHET"

Swedish Version of the General Self-Efficacy Scale – GSE

GSE (167–173)

Intro H

Nu kommer jag att ställa några frågor som handlar om hur du brukar agera i och hantera olika situationer.

167. Jag lyckas alltid lösa svåra problem om jag bara anstränger mig tillräckligt.

- Tar helt avstånd
- Tar delvis avstånd
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

168. Även om någon motarbetar mig hittar jag ändå utvägar att nå mina mål.

- Tar helt avstånd
- Tar delvis avstånd
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

169. Jag har inga svårigheter att hålla fast vid mina målsättningar och förverkliga mina mål.

- Tar helt avstånd
- Tar delvis avstånd
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

170. I oväntade situationer vet jag alltid hur jag skall agera.

- Tar helt avstånd
- Tar delvis avstånd
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

171. Till och med överraskande situationer tror jag mig klara av bra.

- Tar helt avstånd
- Tar delvis avstånd
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

172. Tack vare min egen förmåga känner jag mig lugn även när jag ställs inför svårigheter.

- Tar helt avstånd
- Tar delvis avstånd
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

173. Vad som än händer klarar jag mig alltid.

- Tar helt avstånd
- Tar delvis avstånd
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

174. Vilket problem jag än ställs inför kan jag hitta en lösning.

- Tar helt avstånd
- Tar delvis avstånd
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

175. Om jag ställs inför nya utmaningar vet jag hur jag skall ta mig an dem.

- Tar helt avstånd
- Tar delvis avstånd
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

176. När problem uppstår kan jag vanligtvis hantera dem av egen kraft.

- Tar helt avstånd
- Tar delvis avstånd
- Instämmer delvis
- Instämmer helt

NEO (177–184)

NEO-PI-R. (facetten impulsivitet i faktorn neurotisism)

Följande 8 frågor handlar även de om hur du brukar agera i och hantera olika situationer men har fem svarsalternativ i stället för fyra.

177. Jag går sällan till överdrift i något avseende.*

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

178. Jag har svårt att stå emot mina starka önskningar och behov.

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

179. Jag har lätt för att motstå frestelser.*

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

180. När jag får mina favoriträtter, har jag en tendens att äta för mycket.

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

181. Jag ger sällan efter för mina impulser.*

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

182. Ibland äter jag så att jag blir illamående.

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

183. Ibland handlar jag impulsivt och gör saker som jag sedan ångrar.

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

184. Jag kan alltid hålla mina känslor under kontroll.*

- Stämmer inte alls
- Stämmer inte särskilt bra
- Stämmer delvis/delvis inte
- Stämmer ganska bra
- Stämmer precis

* = vänd poängsättning

Poängsättning: Enl. instruktioner NEO-PI-R manual

I. EKONOMI (Inkl. Socioekonomi i ursprungsfamiljen)

Intro I

Nu kommer jag att ställa några frågor om ekonomi.

185. Har det hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar mm, under de senaste 12 månaderna?

- Ja, vid ett tillfälle
- Ja, vid flera tillfällen
- Nej

Om Nej> gå till fråga 187

186. Hade detta med ditt eget eller någon i din familjs spelande att göra?

- Ja
- Nej

187. Har ditt hushåll fått någon betalningsanmärkning, under de senaste 12.

- Ja
- Nej

188. När du var femton år, vilka personer bestod ert hushåll av?

a) Förälder

- Båda föräldrarna
- En förälder
- Ingen förälder

b) Syskon

- Ja
- Nej

c) Andra barn (inkluderar kollektiv, institutioner mm, men ej syskon)

- Ja
- Nej

189. Skedde någon förändring i hushållet fram tills du var 15 år?

Specificera händelse:

Specificera informantens ålder vid händelsens inträffande:

190. Vilket var din mammas yrke när du var tio år gammal?

190–193 egna (obs: om informanten i föregående fråga angett att tex modern var avliden, ställ ej denna fråga)

Specificera yrke:

Ange även om: arbetslös, studerande, pensionär, egen företagare mm

191. Vilket var din pappas yrke när du var tio år gammal?

(obs: om informanten angett att tex fadern var avliden, ställ ej denna fråga)

Specificera yrke:

Ange även om: arbetslös, studerande, pensionär, egen företagare mm

192. Hur många hela årskurser har/hade din mamma gått i skolan?

Antal år:

Inkl. motsvarande grundskola, gymnasium, yrkesskola, folkhögskola, högskola.

193. Hur många hela årskurser har/hade din pappa gått i skolan?

Antal år:

Inkl. motsvarande grundskola, gymnasium, yrkesskola, folkhögskola, högskola.

J. STÖDJANDE MILJÖER

Bostadsområdet

Intro L

Nu kommer några frågor om ditt bostadsområde, fritidsaktiviteter och relationer.

Hur pass väl tycker du att följande påståenden stämmer överens med det område där du bor?

194a. Man kan lita på de flesta människor som bor i det här bostadsområdet

- Stämmer mycket väl
- Stämmer ganska väl
- Stämmer inte särskilt väl
- Stämmer inte alls

194b. Människorna i det här området känner varandra ganska väl

- Stämmer mycket väl
- Stämmer ganska väl
- Stämmer inte särskilt väl
- Stämmer inte alls
- Socialt nätverk (från HLV)

195. Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk? T.ex. få råd, låna saker, hjälp med matinköp, reparationer etc.

- Ja, alltid
- Ja, för det mesta
- Nej, för det mesta inte
- Nej, aldrig

196. Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?

- Ja
- Nej

197. Hur viktigt är spel om pengar bland dina vänner? Är det...

- Mycket viktigt
- Ganska viktigt
- Ganska oviktigt
- Inte alls viktigt

Religion

Hur ofta har du under de senaste 12 månaderna gjort följande:

198a. Besökt religiöst möte (t ex gudstjänst eller bön)

- Ingen gång
- Någon gång de senaste 12 mån
- Någon gång i halvåret
- Någon gång i kvartalet
- Någon gång i månaden
- Någon gång i veckan
- Flera gånger i veckan
- Varje dag

198b. Bett till gud

- Ingen gång
- Någon gång de senaste 12 mån
- Någon gång i halvåret
- Någon gång i kvartalet
- Någon gång i månaden
- Någon gång i veckan
- Flera gånger i veckan
- Varje dag

Fritid

199. Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna:

a) Studiecirkel, kurs på din arbetsplats

- Ja Nej

b) Studiecirkel, kurs på din fritid

- Ja Nej

c) Fackföreningsmöte

- Ja Nej

d) Annat föreningsmöte

- Ja Nej

e) Teater, bio

Ja Nej

f) Konstutställning

Ja Nej

g) Sporttillställning

Ja Nej

h) Skrivit insändare i tidning/tidskrift

Ja Nej

i) Demonstration av något slag

Ja Nej

j) Offentlig tillställning t.ex. nattklubb, danstillställning eller liknande

Ja Nej

k) Större släktsammankomst

Ja Nej

l) Privat fest hos någon

Ja Nej

200. I jämförelse med andra personer i din ålder, hur ofta skulle du säga att du deltar i olika fritidsaktiviteter?

- Mycket mindre än de flesta
- Mindre än de flesta
- Ungefär lika mycket
- Mer än de flesta
- Mycket fler än de flesta
- Vet ej

201. Hur ofta träffar du dina vänner, släktingar eller kollegor socialt?

- Aldrig
- Mer sällan än en gång/månad
- En gång/månad
- Flera ggr i månaden
- En gång i veckan
- Flera ggr i veckan
- Varje dag

K. AVSLUT

Nu har vi kommit till slutet av intervjun. Innan jag tackar dig för din tid, vill jag bara ställa en avslutande fråga.

202. Finns det, enligt din uppfattning, något mer som rör spel om pengar som du skulle vilja tillägga?

Ange svar i text så som respondenten svarar.

AVSLUT

Tack för alla svar och kommentarer. Under intervjun har vi pratat om många saker och en del känsliga – det kan ju väcka både frågor och funderingar.

Jag vet inte om det här gäller just dig, men jag avslutar alla intervjuer med att säga att: Om du skulle känna att du har behov av att prata mer om något som väckt funderingar hos dig under vårt samtal så kan du kontakta närmaste vårdcentral. Gäller det spelrelaterade saker så kan jag också rekommendera Nationella Stödlinjen som har telefonnummer 020-81 91 00.

Nu är intervjun färdig och jag tackar för din medverkan!

Intervjun avslutas.

Sedan 1999 har vi på Statens Folkhälsoinstitut i uppdrag att motverka skadeverkningarna av överdrivet spelande i Sverige. För att kunna utveckla förebyggande metoder och strategier behövs bland annat kunskap om risk och skyddsfaktorer för problemspelande.

Swedish longitudinal gambling study (Swelogs) initierades 2008 för att få mer aktuell kunskap om spelande och problemspelande i Sverige. Denna rapport presenterar resultaten från den första datainsamlingen i fördjupningsdelen av Swelogs. Fördjupningsstudien undersöker framförallt risk-, skydds- och återhämtningsfaktorer för problemspelande. Studien beskriver också relationen mellan problemspelande och en mängd olika faktorer som har att göra med individen; demografi, socioekonomi och spelets sammanhang samt motivationen för att spela.

Statens folkhälsoinstitut utvecklar och förmedlar kunskap för bättre hälsa.



Statens
folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

R 2013:07
fhi@strd.se
www.fhi.se

ISSN 1651-8624
ISBN 978-91-7521-115-2 (pdf)
ISBN 978-91-7521-116-9 (print)