



Rapport 2008:4

Riskabla spelvanor i Östergötland



Linköping maj 2008

Charlotta Lindell
Annelie Johansson





Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland

Riskabla spelvanor i Östergötland

Rapport 2008:4

Maj 2008

Charlotta Lindell
Annelie Johansson

Sammanfattning

Rapporten beskriver östgötarnas spelvanor utifrån befolkningsenkäten *Hälsa på lika villkor 2006*, och visar hur riskabla spelvanor samvarierar med bland annat hälsa och livskvalitet. Enkäten besvarades av totalt 2 751 personer i Östergötland vilket innebär en svarsfrekvens på 62 procent.

- 68 procent av östgötarna har spelat spel som involverat pengar under det senaste året, av dessa är 6 procent (13 000) riskspelare
- Det är ungefär 5 gånger vanligare att män och invandrare har riskabla spelvanor. Även yngre personer, ogifta och arbetslösa är överrepresenterade bland riskspelare
- Det är vanligare att riskspelare har provat hasch, medan andra riskabla levnadsvanor inte visade sig ha en tydlig koppling till riskabla spelvanor

Riskspelande östgötar anser att spelvanorna påverkar livet. Majoriteten (74 procent) vill minska sitt spelande, 45 procent blir irriterade om de inte får spela och 25 procent ljuger om insatsen. Spelvanorna påverkar såväl livet och hälsan som ekonomin. Östgötar med riskabla spelvanor har i ökad utsträckning försämrad ekonomi, försämrad fysisk och psykisk hälsa och upplever mera stress.

Östergötland är det län i landet där det spelas näst mest på häst- och sportspel. Detta borde ställa krav på Landstinget att förbättra och utveckla preventiva metoder för att möta utvecklingen av befolkningens spelvanor. Det handlar dels om att rusta inom de egna leden med utbildning och vidareutbildning av medarbetare, men det handlar också om insatser i befolkningen. Insatserna måste utformas efter befolkningens sammansättning och struktur och genomföras på olika arenor, med fördel i samarbete med övriga aktörer inom länet. Fyra områden kan poängteras:

- Specifika insatser bör främst riktas mot unga och deras föräldrar. Riskabla spelvanor har en problembild som i mycket sammanfaller med andra beroendebeteenden, som bland unga kan ta utagerande uttryck eller tvärtom innebära social isolering. Informationen till unga och deras föräldrar måste innehålla flera delar. Det handlar om hur spelande fungerar utifrån nytta och risk och vilka uttryck detta kan ta. Men det handlar också om att informera ungdomar om hur man får ett kritiskt förhållningssätt till spelande och vem som tjänar pengar på spelandet. Genom närvaro vid föräldramöten kan man uppmärksamma föräldrar på symtom, hitta gemensamma förhållningssätt i föräldragrupper och också hur man exempelvis omöjliggör spelande från datorerna i hemmet.
- Förebyggande arbete måste även utvecklas för de redan etablerade riskgrupperna. Vår studie fann bland annat invandrare, ensamstående, arbetslösa och unga vara extra utsatta. Dessutom är de med riskabla spelvanor mera sjuka än de utan riskabla spelvanor. Riskspelarna tillhör en socioekonomiskt belastad grupp som har svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och inte sällan har en multipel problembild.

- I mötet med patienter är riskabla spelvanor ett relativt nytt område inom primärvården, öppenvårdens barn- och ungdomspsykiatri och beroendevård. Liksom andra livsstilfrågor bör också frågor om individers spelvanor ställas då sjukdomshistorien inhämtas. Behandlingsalternativ måste utvecklas och hjälpinformation som exempelvis finns i egenvårdguiden marknadsföras även i patientmöten.
- Dessutom bör befolkningens behov och förutsättningar kring spelande och riskabla spelvanor mera noggrant kartläggas. Det krävs en bättre bild av vilka som spelar, vad man spelar och vilka konsekvenserna blir. I en fördjupning bör även information sökas om ungas datorvanor, då detta kan komma att innebära ett nytt beroend område som kräver andra insatser.

Förebyggande insatser har i flera internationella studier visat sig vara mycket kostnadseffektiva när det gäller riskabla spelvanor. Det har även flertalet svenska studier kring andra beroendeproblem visat. Landstingets gemensamma styrverktyg omfattar flera perspektiv som kan komma ifråga när det gäller att utveckla arbetsformerna kring riskabla spelvanor i länet. Det finns goda förutsättningar att sätta ord i handling.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
SYFTE	1
<i>Frågeställningar</i>	2
LIKA MYCKET PENGAR SPENDERAS PÅ SPEL SOM PÅ ALKOHOL	2
RISKABELT SPEL KAN LEDA TILL BEROENDE	2
<i>Kriterier för spelberoende</i>	3
BAKGRUND PÅVERKAR SPELVANOR.....	4
<i>Män och invandrare spelar oftare</i>	4
LIVSSTILEN PÅVERKAS.....	5
TYDLIGA HÄLSOEFFEKTER	5
<i>Vilken hjälp finns att få?</i>	5
METOD	7
SVARFREKVENNS.....	7
DATAKVALITET.....	7
VIKTNING OCH KALIBRERING.....	8
LOGISTISK REGRESSION	8
DEFINITIONER	8
<i>Köpt lotter eller satsat pengar på spel</i>	8
<i>Riskabla spelvanor</i>	8
<i>Etnicitet</i>	9
<i>Livsstil</i>	9
RESULTAT	10
SJU AV TIO HAR KÖPT LOTTER ELLER SATSAT PENGAR PÅ SPEL	10
SEX PROCENT HAR RISKABLA SPELVANOR	11
<i>Skillnader utifrån ursprung</i>	12
<i>Inga stora skillnader i länet</i>	12
<i>Små skillnader i länets kommuner</i>	13
EFFEKTER AV RISKABLA SPELVANOR	14
<i>Drygt en tredjedel saknar kontantmarginal</i>	14
<i>Fysiska hälsan är sämre</i>	14
<i>Psykiska hälsan är sämre</i>	15
<i>Stressen ökar</i>	15
RISKSPELANDE OCH BEROENDE	16
<i>Inga skillnader i ohälsosamma levnadsvanor</i>	18
VAD KAN FÖRKLARA RISKABLA SPELVANOR?.....	19
STÖRST PÅVERKAN PÅ SPELVANOR HAR KÖN OCH FÖDELSELAND.....	20
DISKUSSION	22
VIKTIGT ATT FÖREBYGGA BLAND UNGA OCH FÖRÄLDRAR.....	22
UTBILDA MEDARBETARE I HÄLSOFRÄMJANDE OCH SJUKDOMSFÖREBYGGANDE	22
EVIDENSBASERAD BEHANDLING FÖR PATOLOGISKA SPELARE.....	23
MÄN MERA RISKSPELARE TROTS LIKA MYCKET SPEL	23
YNGRE OCH INVANDRARE SPELAR MINDRE MEN MÅR SÄMRE	24
RISKSPELANDE ÖSTGÖTAR UPPVISAR SÖMNSVÅRIGHETER OCH ORO	24
EKONOMIN BLIR ALLT SÄMRE	25
STÖRRE ANDEL RISKSPELARE ANVÄNDER HASCH.....	25
DUBBELMORAL OMGER SPELANDE.....	26
LITTERATUR	27
BILAGA 1. Riskabla spelvanor i Östergötland och rike	

Inledning

År 2003 beslutade riksdagen om en ny folkhälsopolitik vars syfte är att förbättra folkhälsan och minska skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen. Folkhälsopolitiken har elva delområden och ett av dessa är målområde 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt *minskade skadeverkningar av överdrivet spelande* (Socialdepartementet, 2003). I propositionen 2007/08:110 om en förnyad folkhälsopolitik uppges att regeringen har tillsatt en särskild utredare som ska föreslå hur en uppstramning och modernisering av regelverket för spelpolitiken ska kunna genomföras. Det var 10 år sedan spelområdets omfattning analyserades nationellt (Volberg et al, 2001) och en ny nationell studie genomförs under våren 2008. Eftersom utvecklingen på spelmarknaden är explosionsartad ska särskilt fokus läggas på de spel som har flera riskfaktorer ur spelberoendesynpunkt (Socialdepartementet, 2008).

Landstinget i Östergötlands verksamhetsplaner från 2008 innehåller flera perspektiv som möjliggör förutsättningar för en ökad kunskap om exempelvis riskabla spelvanor (Landstinget i Östergötland, 2008a & 2008b). Det handlar främst om att uppnå visionen om en bra vård och bättre hälsa. Det överordnade perspektivet i verksamhetsplanerna omfattar medborgarna och handlar bland annat om att Landstingets verksamhet ska bidra till en utveckling som förbättrar hälsan för alla östgötar – oavsett ålder, kön, religion, sexuell läggning, handikapp och nationellt ursprung – på ett sådant sätt att jämlikheten i hälsa ökar (Landstinget i Östergötland, 2008c). Detta ska ske delvis genom effektiva samarbetsformer, genom att ge information till östgötarna och föräldrautbildning. Landstinget ska tillsammans med andra aktörer medverka till att unga får en effektiv information om alkohol, narkotika och tobak (Landstinget i Östergötland, 2008a). Även rutiner för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ska integreras i vårdkedjan. Speciellt när det gäller insatser som är kopplade till rökning, alkohol, mat, övervikt och fysisk aktivitet och som kräver en förstärkning av medarbetarnas kompetens.

Landstingets verksamhet styrs även av perspektiv som hanterar förändringar i framtiden, effektivitet i vårdprocesser och ekonomi. Det handlar om att följa befolkningens behov och ändrade livsmönster och anpassa hälso- och sjukvården ut ett praktiskt, etiskt och ekonomiskt perspektiv. Detta sker bland annat genom brukardialoger, befolknings- och patientenkäter, förutom att följa nationella direktiv och lagstiftning (Landstinget i Östergötland, 2008c). Ett exempel på ett nationellt åtagande är en nyligen lanserad skärpning av vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri. Detta innebär att Landstinget i Östergötland måste tillgodose patienters önskemål att få besök samma dag man söker och ha en väntetid på maximalt 30 dagar för specialistmottagning.

Syfte

Rapporten syftar till att beskriva östgötarnas spelvanor i jämförelse med spelvanorna bland befolkningen i hela landet. Syftet är också att undersöka hur riskabla spelvanor är kopplat till andra jämförbara riskabla beteenden som har effekt på bland annat hälsan bland östgötarna.

Frågeställningar

- Vilka bakgrundsfaktorer skiljer ut individer med riskabelt spelbeteende?
- Hur är kopplingen mellan riskabelt spelbeteende och fysisk och psykisk hälsa?
- Vilka andra riskfaktorer (tobak, alkohol, narkotika, antibiotika) samvarierar med riskabelt spelbeteende?
- Vilka bakgrundsfaktorer, andra riskbeteenden, hälsa och utsatthet förklarar hur stor risken är att riskabelt spelbeteende uppstår?

Lika mycket pengar spenderas på spel som på alkohol

Den totala omsättningen av spel i Sverige har legat runt 36 miljarder per år under de senaste fem åren. Detta betyder att svenskar lägger ungefär lika mycket pengar på spel som man lägger på alkohol (Tryggvesson, 2007). Fördelas spelutgifterna på landets alla personer över 18 år blir det nästan 5 000 kronor per person och år (Lotteriinspektionen, 2007). Den svenska spelmarknaden har på senare år genomgått stora förändringar. En är tillgängligheten. Idag kan man spela på olika spel oavsett var man bor. De flesta kiosker och tobaksaffärer har spelutbud. På TV görs det reklam för spel och det spelas och tävlas dagligen. Man kan även spela via till exempel telefon och Internet. Kortspel och kasinospel erbjuds på restauranger och kaféer. Internationella kasinon har också börjat etableras i Sverige (Jonsson et al, 2003). Det finns tre stora legala spel- och lotteriaktörer i Sverige:

- Det statliga Svenska Spel, som har ungefär hälften av marknaden.
- Trav och Galopp (ATG), vilket ägs av travsporten, svarar för drygt 30 procent av spelomsättningen.
- Folkrorelsernas lotterier och bingospel med nästan 20 procent av marknaden.

I Östergötland spelar vi nummerspel (Lotto, Keno & Joker) för 220 kronor per invånare och år. Detta är aningen lägre än riket i genomsnitt där spelande sker för 242 kronor per invånare och år. När det gäller sportspel totalt (oddset, stryktipset, måltipset) ligger vi tillsammans med Blekinge i topp i landet med 351 kronor per invånare och år (Svenska spels statistik för 2007).

Riskabelt spel kan leda till beroende

Spel och spelberoende kan innebära alltifrån inga till mycket svåra problem. För de allra flesta är spelet en underhållning som kostar pengar och tar lite tid, men det är något som dessa personer är beredda att betala (Binde 2007a). Vissa faktorer anses skydda mot utveckling av beroende. Bland annat om man har god förmåga att lösa problem, att man har hög social kompetens, hög autonomi och framtidsplaner (Fröberg, 2006). Eventuellt kan detta också överföras på riskabla spelvanor. För andra innebär spelandet en risk att utveckla riskabla vanor. Att vara riskspelare handlar om att försöka minska sitt spelande, känna sig rastlös eller irriterad om man inte kunnat spela och att man ljuger om hur mycket pengar man har spelat för (Wadman, 2006).

I Sverige används termen spelberoende för att beskriva ett beteende där en person spelar så mycket att det skapar allvarliga personliga, ekonomiska och sociala problem (Binde, 2007b). I detta sammanhang avses endast spel om pengar, det vill säga spel i vilka man satsar och kan vinna pengar. Andra typer av spel exempelvis rollspel, förströelsespel, dator- eller TV-spel ingår inte.

Man blir inte spelberoende direkt, utan genom en process där beteendet lärs in och hjärnan präglas och omformas av de associationer som upplevs i samband med spelandet. Hjärnaktivitet hos personer med beroendeproblematik och personer utan, har studerats och fynden visar att de som blir beroende har en lägre aktivitet i hjärnans belöningssystem. Spel eller exempelvis alkohol höjer eller normaliserar nivåerna vilket också får till följd att många beroende väljer att självmedicinera (Brené, 2007) för att må bättre.

Kriterierna för spelberoende liknar de som används för att ställa diagnoserna för alkohol- och narkotikamissbruk. En alkohol- eller narkotikamissbrukare ökar dosen och hamnar i en serie av problem som orsakas av missbruket. En spelmissbrukare ökar insatsen och hamnar i liknande problem. För en mera grundläggande genomgång av underliggande biologiska orsaker till spelberoende se Brené (2007).

Kriterier för spelberoende

För en person som är spelberoende kretsar allt runt spelandet. Oftast går alla pengar till spel och då pengarna är slut lånar, säljs ägodelar eller stjäls den spelberoende för att kunna få ihop pengar till sitt spelande. Spelet ger den spelberoende något som kan liknas vid ett kortvarigt rus, för vissa personer är spelet egentligen ingen glädje utan mer en tvångsmässig handling (Binde, 2007a). Spelberoende är medicinskt klassat som en impuls kontrollstörning (DSM-IV¹) och kan definieras utifrån nedanstående punkter. Svarar man ja på fem eller fler frågor bedöms man ha ett spelberoende, svarar man ja på tre-fyra frågor har man problem med sitt spelande och svarar man ja på en-två frågor är man i riskzonen att utveckla ett problemspelande. Ur dessa kriterier har sedan flertalet frågeformulär utvecklats för att särskilja olika nivåer av riskabla spelvanor. Enligt DSM-IV är man spelberoende om man under en längre tid återkommande visat olämpligt spelbeteende som tagit sig minst fem av följande uttryck (APA, 1994):

- Tänker ständigt på spel (exempelvis vara upptagen av att tänka på tidigare spelupplevelser, av att planera nästa speltillfälle eller av att fundera över hur han eller hon kan skaffa pengar att spela med).
- Behöver spela för allt större summor för att han eller hon skall uppnå den önskade spänningseffekten.
- Fler gånger misslyckats med att kontrollera, begränsa eller sluta spela.
- Rastlös eller irriterad när han eller hon försöker begränsa sitt spelande eller sluta spela.

¹ DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, är ett diagnosystem för psykiatriska sjukdomstillstånd. DSM-IV är den senaste versionen.

- Spelar för att slippa tänka på sina problem eller för att söka lättnad från nedstämdhet (exempelvis hjälplöshetskänslor, skuld, ångest, depression).
- Efter att ha spelat bort pengar återvänder han eller hon ofta en annan dag för att revanschera sig (jagar förluster).
- Ljuger för anhöriga, terapeuter och andra personer för att dölja vidden av sitt spelande.
- Har begått brott som förfalskning, bedrägeri, stöld eller förskingring för att finansiera sitt spelande.
- Äventyrat eller förlorat någon viktig personlig relation, anställning, utbildnings- eller karriärmöjlighet på grund av spelandet.
- Förlitar sig på att andra kan ordna fram pengar för att lösa en finansiell krissituation som uppstått på grund av spelandet.

Bakgrund påverkar spelvanor

Jonsson et al (2003) belyser i en intervjustudie flera faktorer i personers bakgrund som påverkar framtida spelvanor. Det var signifikant² vanligare bland de spelberoende att inte ha vuxit upp med sina biologiska föräldrar, att inte ha haft en känslomässigt trygg och säker utan mera socialt instabil uppväxt. Det var även vanligare att uppväxten dominerats av känslor av ensamhet och utanförskap och att man inte känt sig förstådd och bekräftad (Jonsson et al, 2003). I gruppen med spelproblem visade det sig också att familjemedlemmar under uppväxten spelade oftare (Dickson et al, 2008).

Svenska ungdomar spelar mindre än vuxna, men anser i högre utsträckning att spelandet leder till problem (Rönnerberg et al, 1999). Studier har även visat att unga hjärnor är mera känsliga för droger och har ett 'bättre minne' av droger. Detta kan vara överförbart på spelvanor och förklarar varför missbruk och rehabilitering är svårare att komma tillrätta med hos unga (Brenhouse & Andersen, 2008).

Svenska ungdomar spelar i samma utsträckning som ungdomar i andra västerländska länder. Tecken som tyder på problem med att hantera spelande kan till exempel vara problem i skolan, konflikter i familjen eller med vänner samt skulder. Andra varningssignaler kan vara att pengar försvinner hemma eller att bråk om pengar uppstår, oförklarlig frånvaro eller ändrat umgänge. Även för ungdomar ser man andra problem som följer med spelandet, som psykisk ohälsa, kriminalitet och annat missbruk. Fler unga spelar för pengar idag än tidigare och antalet med riskabla spelvanor har ökat under de år spelandet har undersökts (Fröberg, 2006).

Män och invandrare spelar oftare

Män spelar oftare och med en högre insats än kvinnor (Boström, 2007; Rönnerberg et al, 1999). Även spelformerna skiljer sig åt mellan könen. Män spelar oftare på sport- och hästspel, medan kvinnor oftare spelar på Bingo. Även ursprung skiljer spelande åt. Män som är födda utanför Norden har i högre grad riskabla spelvanor, jämfört med män födda i Sverige eller Norden (Boström, 2007).

² Statistiskt säkerställd skillnad

Livsstilen påverkas

Ju mer man spelar desto större blir effekterna för livsstil och hälsa. Livsstiltillfredställelsen är signifikant lägre bland de med spelberoende (Jonsson et al, 2003). Svårt spelberoende innebär även en högre grad av kriminellt beteende (Meyer & Stadler, 2002). För att finansiera spelandet flyttas gränserna för vad som är accepterat. När det gäller övriga livsstilsfrågor är det svårt att säga hur sambanden ser ut. Börjar man spela för att man är riskkonsument av alkohol, eller blir man riskkonsument för att man spelar? Eller handlar det om en kombination? När det gäller nikotin fann Jonsson et al (2003) ingen signifikant skillnad mellan spelberoende och inte spelberoende, medan det var en större andel i spelberoendegruppen som någon gång i livet hade använt narkotika. En studie om nätpoker 2006, visade att de som angav en hög alkoholkonsumtionsnivå även i högre grad spelade nätpoker (Tryggvesson, 2007). Detta samband har tidigare konstaterats av andra (Jonsson et al, 2003; Ramirez et al, 1983) och är så starkt att alla program för behandling av alkoholberoende också rutinmässigt bör diagnostisera och behandla spelberoende (Herscovitch, 1999). Dock är inriktningen för behandling olika (McCown & Chamberlain, 2000).

Tydliga hälsoeffekter

Vid en studie av ungas spel- och datorvanor i Örebro (Cifuentes & Henningson, 2006) uppgav drygt 20% abstinenssymtom och lögner som negativa konsekvenser av internetanvändande. De negativa effekterna är större hos barn och unga som spelar och studier visar fler exempel på det (Fröberg, 2006)

Flera studier vittnar om somatiska symtom såsom signifikant höjda stress- och depressionsnivåer (Jonsson et al, 2003; Abbott & Volberg, 1996), hjärtproblem, högt blodtryck och magproblem (Heineman, 1992) när det gäller spelberoende. Det finns även studier som visar på överrepresentation när det gäller personlighetsstörning (Jonsson et al, 2003; Slutske et al, 2001), suicid och suicidförsök (Custer & Custer, 1978).

Vilken hjälp finns att få?

Preventiva insatser för spelrelaterade problem är ett relativt nytt forskningsområde och innebär därför att det finns få studier att tillgå. Dock är den etablerade meningen att den preventiva satsningen alltid är kostnadseffektiv (Dickson-Gillespie et al, 2008). I en sammanställning från 2008 jämför Dickson-Gillespie et al (2008) metoder med primär-, sekundär- och tertiärpreventiv karaktär. Man lyfter i sammanhanget behovet av att olika nivåer måste vara inblandade för en bra förebyggande struktur i samhället. Stat, regioner och kommuner tillsammans med media. Grupper som ska informeras omfattar föräldrar, barn och ungdomar, etablerade riskgrupper och de redan beroende. En experimentell studie har genomförts av Ferland et al (2002) om effekterna av en informationsvideo kring vanliga missuppfattningar om spel och spelande. Tre grupper av ungdomar jämfördes. Den första gruppen såg video, medan den andra gruppen även fick muntlig kommunikation. Den tredje gruppen hade ingen

intervention alls. Det visade sig att eleverna i de två interventionsgrupperna fick en ökad kunskap om spel och att de efter detta kunde identifiera typiska missuppfattningar om spel bättre än dem som inte fått någon intervention. Bäst gick det för dem som fick två interventioner. Studien innebar dock ingen längre uppföljning över tid (Ferland et al, 2002). Andra studier visar att informationsinsatser kan innebära förändrade strategier i samband med inläring, men att det är svårt att påverka spelbeteendet (Gaboury & Ladouceur, 1993). Vid information till föräldrar visar studier på en ökad kunskap vid uppföljning flera år senare (Dickson-Gillespie et al, 2008).

Informationen kan också vara av mera praktisk karaktär och handla om hur man stänger sina hemdatorer för spel via internet. Svenska metoder för prevention mot riskabelt spelbeteende behöver utvecklas och normeras. Folkhälsoinstitutet arbetar med inriktning på prevention. Förutom generella förebyggande insatser för att ge ungdomar ökad självkänsla så genomförs projekt för att utveckla metoder för förebyggande av spelberoende (http://www.fhi.se/templates/Page_343.aspx).

Spelmissbrukare kan få hjälp vid beroendeenheter som behandlar traditionell beroendeproblematik. Men det finns även behandlingshem som specialiserat sig på spelberoende. Beteendeterapi har visat sig vara verksamt även för detta beroende. Då arbetar man med social färdighetsträning, motiverande samtal, självkontroll, konsekvenspedagogik och beteendeinriktad par- eller familjeterapi (Ortiz, 2006). Sedan 2004 erbjuder Statens folkhälsoinstitut en nationell stöd- och hjälplinje för spelare och anhöriga (<http://www.slutaspela.nu/>).

Metod

Sedan 2004 genomför Statens Folkhälsoinstitut årligen den nationella enkäten *Hälsa på lika villkor?* Undersökningen 2006 består av ett nationellt slumpmässigt urval av 10 000 personer och ett slumpmässigt tilläggsurval för Östergötland, 4 460 personer. Urvalspopulationen är samtliga personer i åldrarna 16–84 år bosatta i Sverige och Östergötland våren 2006.

Svarsfrekvens

Enkäten besvarades av totalt 2 751 personer i östgötaurvalet och 5 995 personer i riksurvalet, en svarsfrekvens på 62 respektive 60 procent. En högre andel kvinnor än män har besvarat frågorna och svarsfrekvensen är lägre bland yngre i jämförelse med äldre (Tabell 1).

Tabell 1. Svarsfrekvens per kön och ålder. Antal och andel

Variabler	Kategorier	Östergötland antal	Östergötland andel (%)	Riket antal	Riket andel (%)
Kvinnor	16–29 år	281	60	568	58
	30–44 år	336	64	811	65
	45–64 år	507	71	1 161	70
	65–84 år	361	72	723	71
Män	16–29 år	245	46	455	41
	30–44 år	277	47	639	46
	45–64 år	472	64	1 004	61
	65–84 år	272	71	634	71

Datakvalitet

Vid enkätundersökningar finns en osäkerhet i resultatet beroende på att ett urval har tillfrågats och inte hela befolkningen. I analyserna har 95-procents konfidensintervall används för att statistiskt säkerställa resultaten. Ett 95-procentigt konfidensintervall täcker med 95 procent säkerhet det sanna värdet i populationen.

Det finns alltid personer som inte kan eller vill svara på enkätundersökningar. Dessa personer utgör bortfallet. Om de personer som inte besvarat enkäten skiljer sig från dem som har svarat kan resultatet bli missvisande. En annan felkälla kan vara frågeformuläret i sig som mätmetod. Personer som besvarat enkäten kan ha angett felaktiga svar på grund av att de inte förstår frågan eller svarar fel antingen av misstag eller medvetet.

Viktning och kalibrering

För att kompensera bortfallet används kalibreringsvikter. En person som har svarat på enkäten får representera personer som inte har svarat men som har samma värden på vissa undersökningsvariabler. Kalibreringsvikterna för Östergötland är baserade på kön, ålder, födelse-land, civilstånd, utbildningsnivå och inkomst. För att få fram ett resultat som gäller hela Östergötland viktas data. Varje person i urvalet får en vikt för hur många personer han eller hon representerar. När alla personer vägs ihop representerar de tillsammans hela Östergötland.

Analyserna i rapporten har gjorts både för Östergötland och för riket (bilaga 1). Där inga skillnader finns nämns detta inte i resultatdelen.

Logistisk regression

Logistisk regression används när man vill studera hur olika faktorer påverkar sannolikheten för att en viss händelse skall inträffa.

I denna rapport har logistisk regression används för att i en modell illustrera förhållandet mellan riskabla spelvanor och olika förklarande variabler. Man kan i modellen, figur 9, se att till exempel för den förklarande variabeln ekonomisk kris är oddskvoten 2,3. Det betyder att risken för att ha riskabla spelvanor är 2,3 gånger högre för de personer som har ekonomisk kris jämfört med dem som inte har ekonomisk kris.

Definitioner

Köpt lotter eller satsat pengar på spel

En person som svarat 'Nej' på frågan 'Har du någon gång under de 12 senaste månaderna köpt lotter eller satsat pengar på spel?' ska inte besvara följdfrågorna 'Hur mycket pengar har du satsat på spel de senaste 7 dagarna?', 'Hur många gånger har du under de senaste 12 månaderna...?'. De personer som ändå har gjort det klassificeras som om de inte har köpt lotter eller satsat pengar på spel.

En person som inte besvarat frågan 'Har du någon gång under de 12 senaste månaderna köpt lotter eller satsat pengar på spel?' men fyllt i en summa på följdfrågan 'Hur mycket pengar har du satsat på spel de senaste 7 dagarna?' klassificeras som om de har köpt lotter eller satsat pengar på spel.

Riskabla spelvanor

I den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* används indexet *riskabla spelvanor*. Riskabla spelvanor bildas i enkäten av frågor om man under de senaste tolv månaderna har försökt minska sitt spelande, känt sig rastlös och irriterad om man inte kunnat spela och om man ljugit om hur mycket pengar man har spelat för. De personer som har svarat att de vid ett eller flera tillfällen försökt minska sitt spelande,

känt sig rastlösa om de inte kunnat spela eller ljugit om hur mycket pengar de har spelat för klassificeras som om att de har riskabla spelvanor (Nykvist, 2004). Folkhälsoinstitutets definition av riskabla spelvanor har använts genomgående i rapporten men istället för att skriva *personer med riskabla spelvanor* har vi valt att kalla dessa *riskspelare*.

Etnicitet

De medborgare som är födda i Sverige benämns svenskar och de som är födda utanför Sverige benämns invandrare.

Livsstil

Medicin

Variabeln medicin anges för de personer som använt sömnmedel/insomningsmedel, antidepressiv, lugnande, ångstdämpande eller smärtstillande medicin på recept de senaste tre månaderna.

Tobak

En person som svarat 'Ja' på frågan 'Röker du dagligen?' klassificeras som dagligrökare. En person som svarat 'Ja' på frågan 'Snusar du dagligen?' klassificeras som dagligsnusare.

Hasch

Erfarenhet av hasch räknas som om man använder eller har använt hasch eller marijuana någon gång.

Alkohol

Kvinnor som konsumerar mer än 108 gram alkohol per vecka och män som konsumerar mer än 167 gram per vecka anses ha en riskfylld veckokonsumtion av alkohol. Berusningsdrickare är de personer som vid ett och samma tillfälle dricker mer än sex standardglas alkohol minst en gång i månaden. De personer som har en riskfylld veckokonsumtion och/eller har ett beteende att dricka sig berusad när alkohol intas klassificeras som riskdrickare.

Riskindex

Ett riskindex har bildats av fem ohälsosamma levnadsvanor. De ohälsosamma levnadsvanorna är att dagligröka, att inte uppfylla rekommendationen för frukt och grönsaker, att ha fetma, att vara fysisk inaktiv och att vara riskdrickare.

Rekommendationen av frukt och grönsaker för vuxna innebär att man bör äta 500 gram frukt och grönsaker per dag. Fetma räknas ut med hjälp av BMI, ett index som ofta används för att definiera övervikt. BMI beräknas genom att dela en persons vikt i kilogram med personens längd i kvadratmeter. En kvot på 30 eller mer anses vara fetma. En person som är fysiskt inaktiv kommer inte upp till Folkhälsoinstitutets rekommendation för fysisk aktivitet. För att vara fysiskt inaktiv enligt Folkhälsoinstitutet rekommendation menas att man som svarsalternativ har angett att man har en stillasittande livsstil eller motionerar utan att sveddas på sin fritid och/eller motionerar mindre än tre timmar i veckan. För dagligrökare och riskdrickare, se tidigare i definitionskapitlet.

Resultat

Inledningsvis presenteras andelen i befolkningen som det senaste året har köpt lotter eller satsat pengar på spel. Sedan följer ett avsnitt om bakgrundsfaktorer bland dem med riskabla spelvanor. Ekonomisk situation, livsstil och hälsa står sedan i fokus. Kapitlet avslutas med en summering kring hur olika faktorer förklarar riskabla spelvanor.

Samtliga analyser har gjorts bland befolkningen i Östergötland och i riket för att se om länet skiljer sig mot riket när det gäller spelvanor. Resultatet visar att det inte finns några skillnader mellan riket och Östergötland. Tabeller och diagram i resultatdelen redovisar Östergötlands siffror.

Sju av tio har köpt lotter eller satsat pengar på spel

Någon gång under de senaste tolv månaderna har 68 procent av östgötarna (drygt 219 000 personer) köpt lotter eller satsat pengar på spel. Det är ungefär lika många män som kvinnor, 70 respektive 65 procent. Äldre spelar mer än yngre. Knappt hälften bland dem som är yngre än 30 år har köpt lotter eller satsat pengar på spel. Det är vanligare bland infödda svenskar att köpa lotter eller satsa pengar på spel, 69 procent jämfört med 53 procent bland invandrare (Tabell 2).

Tabell 2. Östgötar som köpt lotter eller satsat pengar på spel

		Nej		Ja	
		Antal	Andel %	Antal	Andel %
Alla	Total	104 400	32	218 500	68
Kön	Man	48 100	30	114 900	70
	Kvinna	56 300	35	103 700	65
Ålderskategorier	16-29 år	32 400	46	38 000	54
	30-44 år	22 700	28	59 200	72
	45-64 år	29 900	28	77 000	72
	65-84 år	19 400	30	44 400	70
Födelseland	Sverige	87 700	31	199 500	69
	Annat land	16 700	47	19 000	53

Små insatser är vanligast, 90 procent har spelat för mindre än 200 kronor den senaste veckan. Bland männen har 16 procent spelat för mer än 200 kronor och motsvarande siffra för kvinnor är 2 procent. Skillnaden mellan könen är statistiskt säkerställd.

Sex procent har riskabla spelvanor

Av de personer som köpt lotter eller satsat pengar på spel har drygt 13 000 östgötar riskabla spelvanor (6 procent). Detta innebär att 9 procent av männen och 3 procent av kvinnorna i Östergötland är riskspelare (bilaga 1).

Bland riskspelare har 36 procent satsat mer än 200 kronor på spel de senaste sju dagarna vilket kan jämföras med övriga befolkningen, där 8 procent spelat för så mycket. Det är fler män bland riskspelare som satsat mer än 200 kronor jämfört med riskspelande kvinnor (42 procent jämfört med 15 procent).

Yngre (16-29 år) satsar mindre pengar på spel än äldre. Trots detta är det vanligare att de är riskspelare. Lägst andel riskspelare återfinns i den äldsta åldersgruppen. Det är också vanligare bland riskspelare att vara ogifta, 71 procent, i jämförelse med personer utan riskabla spelvanor (53 procent). Trots att invandrare spelar mindre ofta än dem som är födda i Sverige har invandrare oftare riskabla spelvanor (Tabell 3).

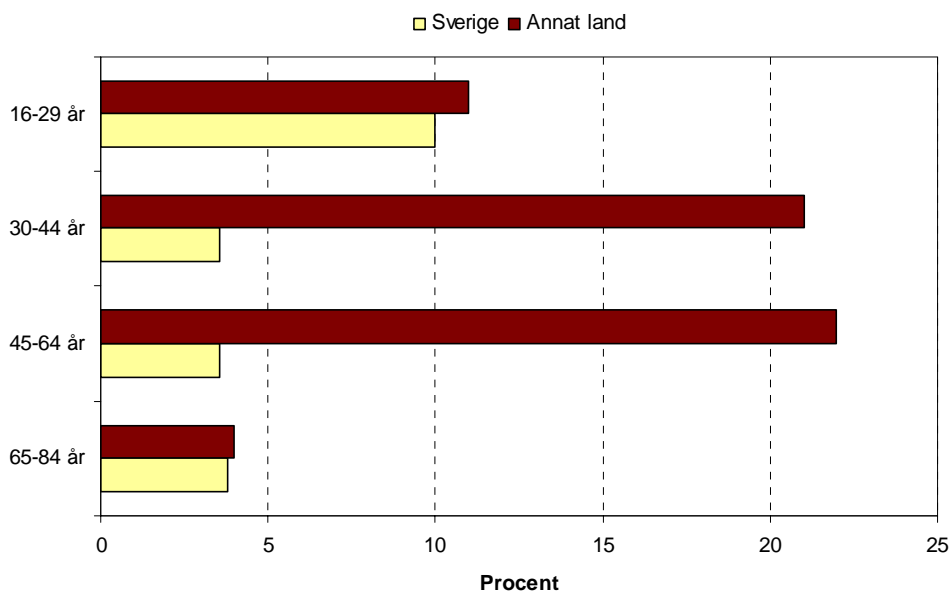
Tabell 3. Spelvanor och bakgrundsfaktorer, antal och andelar

		Riskspelare		Övriga		Sign.
		Antal	Andel %	Antal	Andel %	
Alla	Total	13100		208 000		
Kön	Man	10 000	76	107 000	52	*
	Kvinna	3 100	24	101 000	48	*
Ålderskategorier	16-29 år	3 900	30	35 100	17	*
	30-44 år	3 500	27	57 200	28	
	45-64 år	4 100	31	74 100	36	
	65-84 år	1 600	12	41 500	20	
Civilstånd	Gift	3 800	29	98 000	47	*
	Annat	9 400	71	109 900	53	*
Utbildning	Grundskola	3 300	27	50 800	26	
	Gymnasial nivå	6 500	52	89 400	46	
	Eftergymnasial nivå	2 600	21	54 400	28	
Sysselsättning	Yrkesarbete	5 100	43	92 400	49	
	Arbetslös/Sjukskriven	3 300	27	28 900	15	*
	Annat	3 700	30	66 000	35	
Födelse land	Sverige	9 500	72	191 000	92	*
	Annat land	3 600	28	17 000	8	*

*=statistiskt säkerställda skillnader inom grupp

Skillnader utifrån ursprung

Som tidigare nämnts är fler invandrare riskspelare (28 procent). Majoriteten är män. I åldersgruppen 30-64 år är drygt 20 procent av invandrarna riskspelare. Motsvarande för personer med Sverige som födelse land är 4 procent (Figur 1).



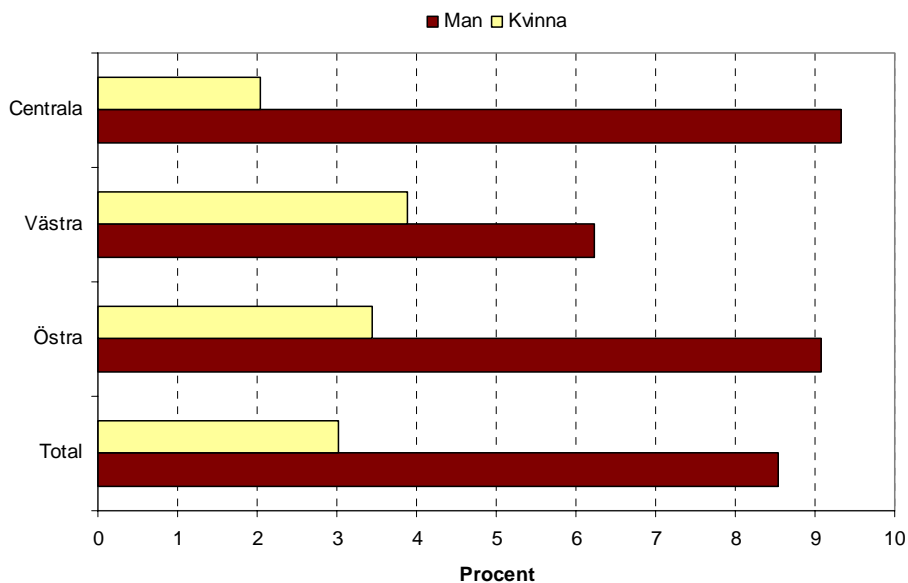
Figur 1. Andel riskspelare per födelse land och ålder

Det är vanligast att riskspelare har gymnasial utbildningsnivå (52 procent). Riskspelande invandrare har högre utbildningsnivå. Av dem har 27 procent eftergymnasial utbildningsnivå jämfört med infödda svenskar (19 procent).

Det är 27 procent av riskspelarna som är arbetslösa, långtidssjukskrivna eller har sjukpension. Detta är dock vanligare för invandrare. Det är 22 procent svenska riskspelare som är arbetslösa, långtidssjukskrivna eller har sjukpension. Motsvarande siffra för riskspelande invandrare är 43 procent.

Inga stora skillnader i länet

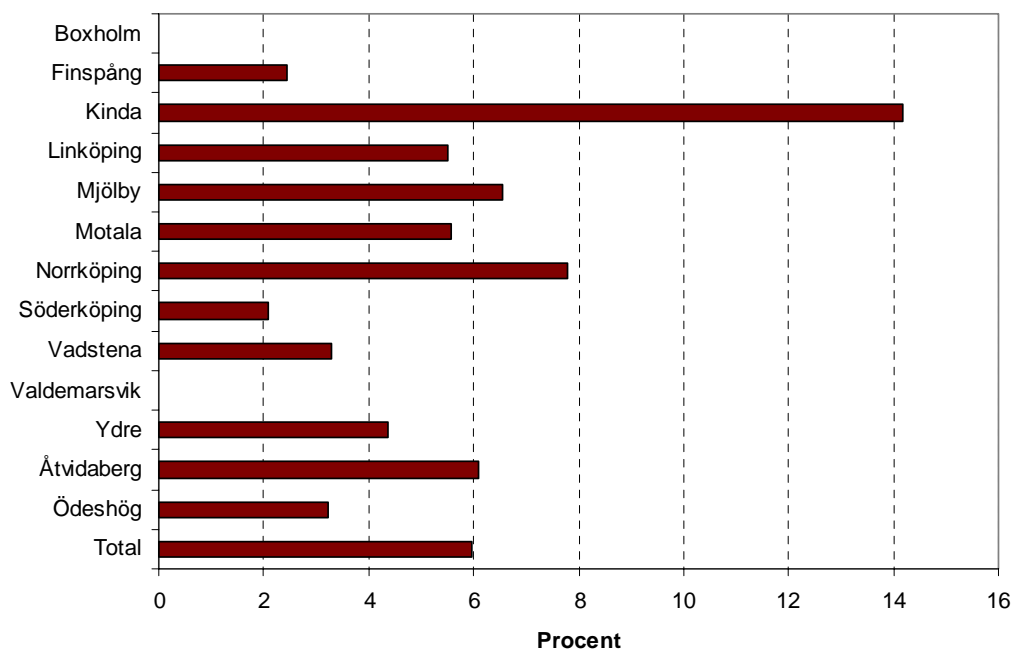
Det finns inga stora skillnader mellan länsdelarna. I centrala och östra länsdelen är 6 procent av befolkningen riskspelare och i västra länsdelen, 5 procent. Det finns statistiskt säkerställda skillnader mellan män och kvinnor i centrala och östra länsdelen. Störst skillnad är det i centrala länsdelen. Där är 2 procent av kvinnorna och 9 procent av männen riskspelare. Motsvarande siffror för östra länsdelen är 3 respektive 9 procent (Figur 2). I västra länsdelen är skillnaden mellan könen inte statistiskt säkerställd.



Figur 2. Andel riskspelare i de tre länsdelarna per kön

Små skillnader i länets kommuner

Mellan kommunerna finns inga statistiskt säkerställda skillnader. Högst andel riskspelare finns i Kinda kommun, 14 procent. I Boxholm och i Valdemarsvik finns enligt enkätens definition inga riskspelare (Figur 3).



Figur 3. Andel personer med riskabla spelvanor per kommun

Sammanfattningsvis om bakgrund

- 68 procent har spelat under det senaste året
- 6 procent, det vill säga drygt 13 000 personer, i länet har riskabla spelvanor
- Män spelar oftare och till en högre insats
- Yngre personer är oftare riskspelare
- Ogifta och arbetslösa är oftare riskspelare
- Närmare var tredje (28 procent) av riskspelarna är invandrare

Effekter av riskabla spelvanor

Majoriteten (74 procent) av riskspelarna har försökt att minska sitt spelande en eller flera gånger. 54 procent av dem har blivit irriterade eller rastlösa om man inte kunnat spela. Det är också vanligt att ljuga om hur mycket man har spelat för, vilket 25 procent anger att de har gjort. Denna problematik finns inte bland dem utan riskabla spelvanor. Ingen bland övriga har försökt minska sitt spelande, blivit irriterade eller rastlösa om de inte kunnat spela eller ljugit om hur mycket de har spelat för.

Drygt en tredjedel saknar kontantmarginal

Det är vanligt bland riskspelare att ha svårigheter att hantera ekonomin, 30 procent har vid minst ett tillfälle de senaste 12 månaderna haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar med mera. Det kan jämföras med den övriga befolkningen där 14 procent har haft samma ekonomiska bekymmer. Det är 36 procent av riskspelarna som saknar kontantmarginal. I länet i övrigt är det 19 procent som saknar kontantmarginal. Skillnaderna är statistiskt säkerställda.

Fysiska hälsan är sämre

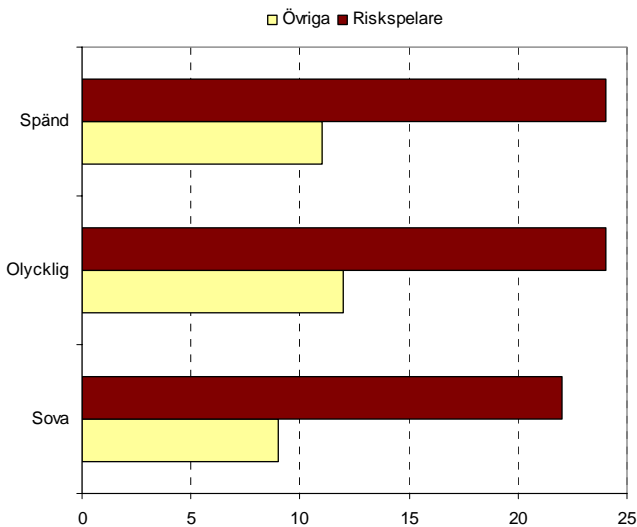
Fler riskspelare (11 procent) anser sig ha dåligt allmäntillstånd i jämförelse med övriga (6 procent). Bland riskspelande kvinnor anser 22 procent att det allmänna hälsotillståndet är dåligt. Motsvarande för kvinnor utan riskabla spelvanor är 7 procent.

Av riskspelarna har 54 procent någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem. Motsvarande för övriga är 40 procent. Även här dominerar de kvinnliga riskspelarna då 76 procent har svarat att de har dessa problem. Bland kvinnor utan riskabla spelvanor har 41 procent samma besvär.

Det är också vanligare att riskspelare invandrare anser sig ha dåligt allmänt hälsotillstånd (22 procent). Bland personer födda i Sverige anser 7 procent av riskspelarna att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd.

Psykiska hälsan är sämre

Även den psykiska hälsan påverkas av riskabla spelvanor. Att ha svårt att sova på grund av oro rapporteras av 22 procent av riskspelarna (9 procent bland övriga). Det är också vanligare bland riskspelare att känna sig nedstämda och olyckliga (24 jämfört med 12 procent) och ständigt känna sig spända (24 jämfört med 11 procent), Figur 4. Detta påverkar 49 procent av riskspelarna som lider av ängslan, oro eller ångest, medan det påverkar 32 procent av övriga. Det är även en signifikant högre andel av riskspelare som upplever att de blivit utsatta för kränkning, hot och har liten tillit till sina medmänniskor och deltar mindre i sociala sammanhang i jämförelse med övriga (Tabell 4).



Figur 4. Psykisk ohälsa bland riskspelare och övriga

Stressen ökar

Det är vanligare att i befolkningen inte känna sig alls stressad (46 procent). Motsvarande bland riskspelare är 26 procent. Då är det desto fler riskspelare som känner sig mycket stressade (16 procent) jämfört med övriga befolkningen (11 procent). Högst andel personer som känner sig mycket stressade finns bland kvinnliga riskspelare där 28 procent känner sig mycket stressade jämfört med övriga kvinnor.

Sammanfattningsvis om effekter på hälsan:

- 74 procent av riskspelarna vill minska spelandet
- 54 procent blir irriterade om de inte får spela
- 25 procent ljuger om insatsen

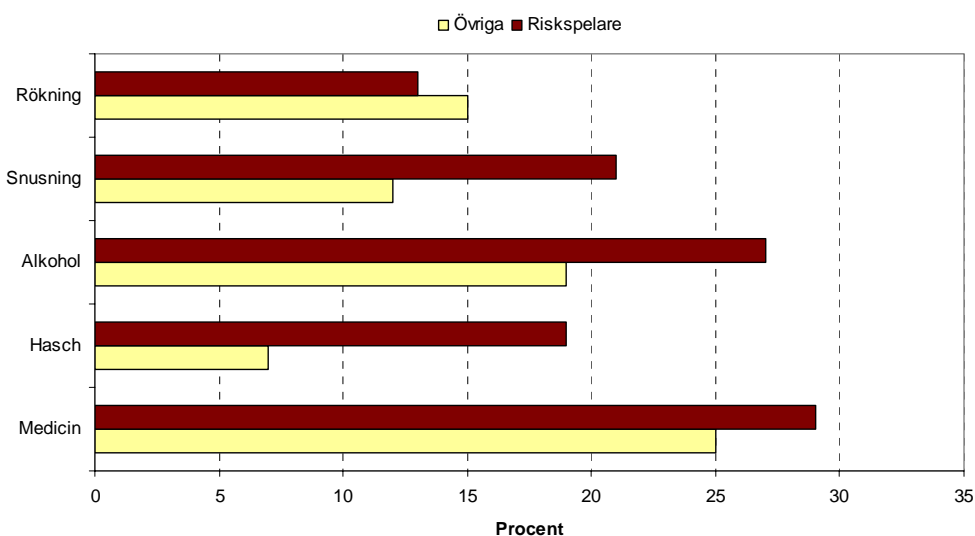
Riskabla spelvanor leder ofta till:

- Försämrade ekonomi och kontantmarginal
- Försämrade fysisk och psykisk hälsa
- Ökad stress

Riskspelande och beroende

Då man studerar andra beroendeförhållanden så finns det skillnader mellan riskspelare och övriga. Störst och statistiskt säkerställd skillnad finns i frågan om man använder eller har använt hasch eller marijuana och har riskabla spelvanor. Det är 19 procent av riskspelarna som har använt hasch eller narkotika. Motsvarande siffra för övriga är 7 procent (Figur 5).

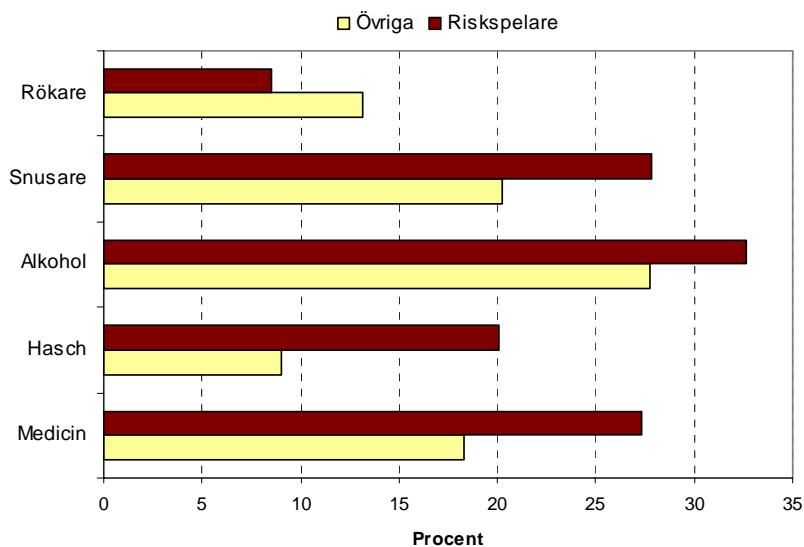
Skillnaden mellan riskspelare och övriga när det gäller alkoholvanor är inte statistiskt säkerställd. Det är 27 procent av riskspelarna som också är riskdrickare och bland övriga är 19 procent riskdrickare (Figur 5).



Figur 5. Beroendeförhållanden för riskspelare och övriga

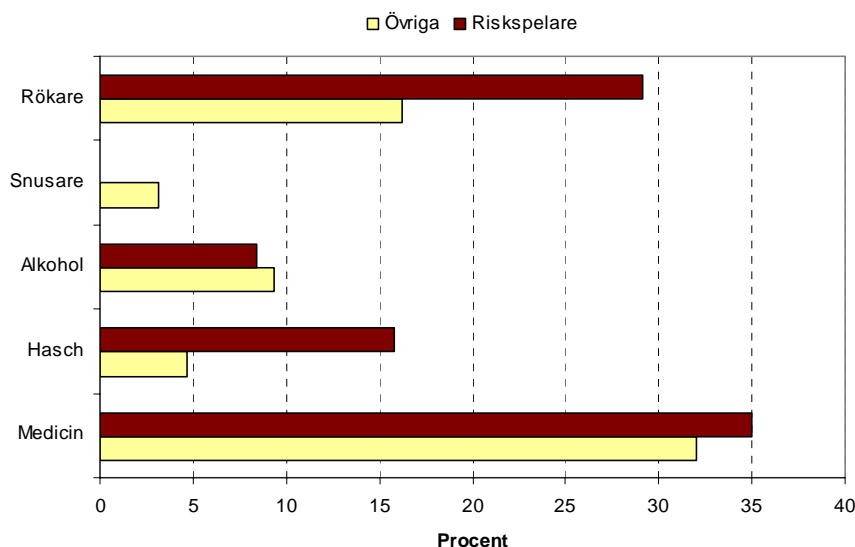
Oavsett om man har riskabla spelvanor eller inte, så var det signifikant vanligare för dem som har använt hasch eller marijuana att också vara riskdrickare (45 procent). Det var också vanligare att vara tobaksbrukare. Bland dem som inte har använt hasch eller marijuana fanns det betydligt färre riskdrickare (16 procent).

Skillnaden i andelen dagligsnusare mellan riskspelare och övriga kan förklaras med att 76 procent av riskspelarna är män. I övriga befolkningen är fördelningen mellan män och kvinnor mer jämt fördelad, 52 procent är män (Tabell 3).



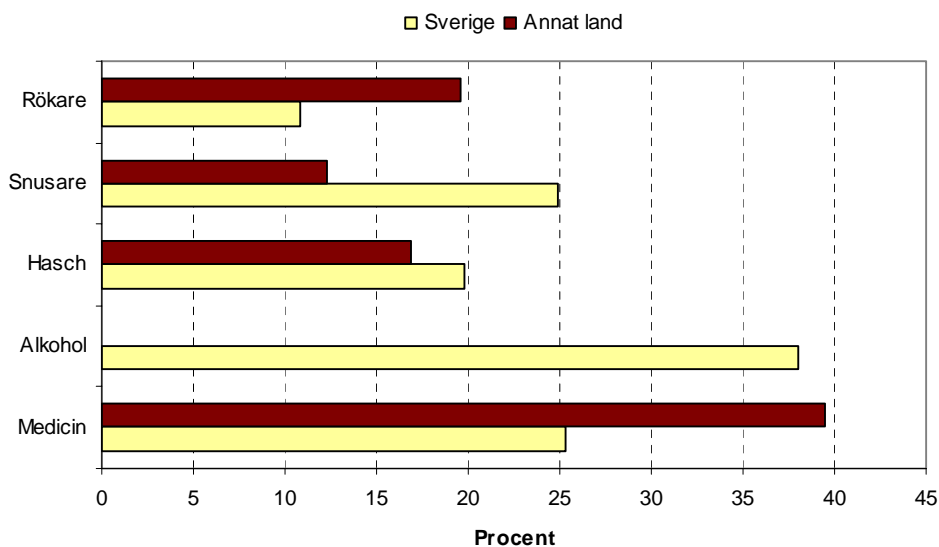
Figur 6. Beroendeförhållanden för riskspelare och övriga, män

Ingen av de kvinnliga riskspelarna snusar dagligen. Bland de manliga riskspelarna dagligsnusar 28 procent och bland övriga män dagligsnusar 20 procent (Figur 6 och 7). Förutom tidigare nämnda beroenden använder män med riskabla spelvanor medicin i större utsträckning än övriga män och bland kvinnor med riskabla spelvanor är en högre andel dagligrökare i jämförelse med övriga kvinnor i befolkningen.



Figur 7. Beroendeförhållanden för riskspelare och övriga, kvinnor

Invandrande riskspelare dagligröker (20 procent) i högre utsträckning än riskspelare med Sverige som födelseland (drygt 10 procent), och närmare 40 procent använder medicin. Däremot är ingen av dem riskdrickare. Bland riskspelare med Sverige som födelseland är cirka 38 procent riskdrickare (Figur 8).



Figur 8. Beroendeförhållanden för riskspelare, per födelseland

Inga skillnader i ohälsosamma levnadsvanor

Det finns inga skillnader mellan riskspelare och övriga när det gäller riskindex över ohälsosamma levnadsvanor. När man tittar på levnadsvanorna var för sig finns inga skillnader när det gäller fysisk aktivitet eller om man äter tillräckligt med frukt och

grönsaker. Däremot finns skillnad vid fetma. Bland riskspelare lider 11 procent av fetma och bland övriga befolkningen 15 procent. Skillnader mellan riskspelare och övriga när det gäller dagligrökare och riskdrickare.

Sammanfattningsvis om livsstil

- Det är signifikant vanligare att riskspelare har provat hasch
- Det finns inga skillnader mellan riskspelare och övriga när det gäller riskindex över ohälsosamma levnadsvanor

Vad kan förklara riskabla spelvanor?

I rapporten undersöks troliga faktorer som samvarierar med om vissa personer är riskspelare eller inte. Det som undersöks är faktorer som kan relateras till bakgrund, ekonomisk situation, hälsa och livsstil. Faktorerna har analyserats en i taget med en logistisk regressionsmodell.

I tabell 4 redovisas risken för att vara riskspelare, det vill säga oddskvoten, och om oddskvoten är signifikant. Exempelvis kan man läsa i tabell 4 att oddskvoten för faktorn kön är 3. Det betyder att risken att vara riskspelare är 3 gånger högre för män i jämförelse med kvinnor.

När man undersöker en faktor i taget kopplat till riskabla spelvanor uppvisas fler signifikanta förhållanden förutom kön. Bland annat ålder, födelseland, ekonomi, oro och stress är alla faktorer som har ett signifikant förhållande till riskabla spelbeteenden. Däremot finns ingen skillnad i risk att vara riskspelare ifall man har övervägt eller försökt ta självmord, jämfört med dem som inte har övervägt eller försökt. Samma sak gäller för till exempel utbildning eller om man använt medicin (Tabell 4).

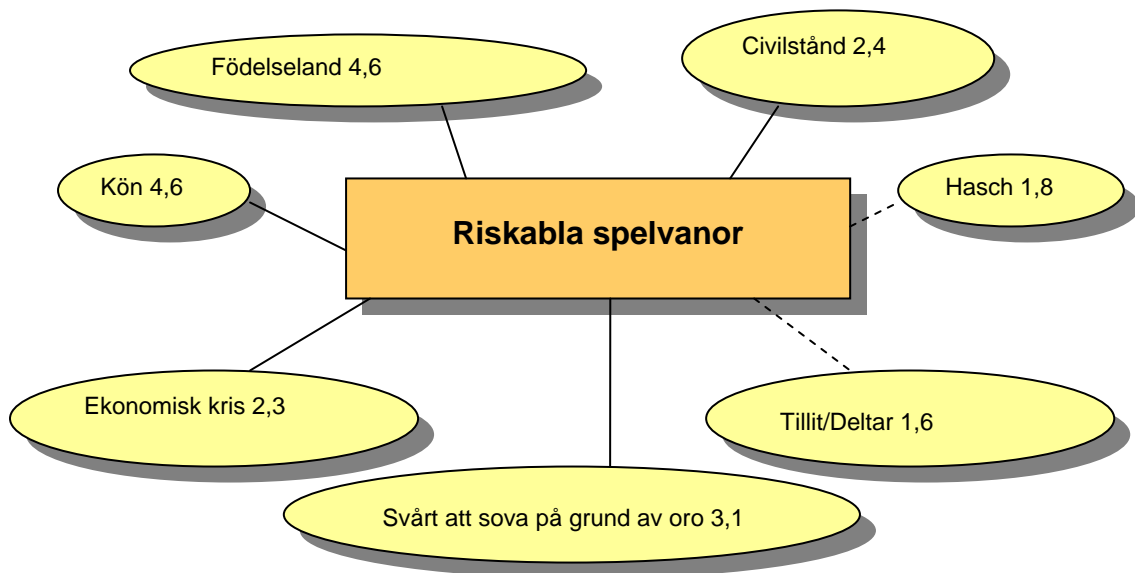
Tabell 4. Förhållandet mellan riskabla spelvanor och andra faktorer

Variabel	Oddsquot	Sign.	Variabel	Oddsquot	Sign.
Kön	3,0	*	Övervägt/Försökt ta självmord	1,7	
Ålderskategorier			Ängslan, oro, ångest	2,1	*
16-29		*			
30-44	0,5	*	Hotad/Kränk	2,2	*
45-64	0,5	*			
65-84	0,4	*	Tillit/Deltar	2,1	*
Födelseland	4,5	*	Stress		
			<i>Inte alls</i>		*
Civilstånd	0,4	*	<i>I viss mån</i>	2,4	*
			<i>Mycket</i>	2,6	*
Utbildningsnivå			Tobaksvanor	1,6	*
<i>Grundskola</i>					
<i>Gymnasial nivå</i>	1,1		Alkoholvanor	1,7	*
<i>Efter gymnasial nivå</i>	0,7				
Sysselsättning	2,0	*	Hasch	3,3	*
Ekonomisk kris	2,9	*	Medicin	1,2	
Kontantmarginal	2,6	*	Riskindex		
			<i>Ingen riskfaktor</i>		
Allmänna hälsotillståndet			<i>1 riskfaktor</i>	1,0	
<i>Bra</i>			<i>2 riskfaktorer</i>	1,0	
<i>Någorlunda</i>	1,2		<i>3-5 riskfaktorer</i>	1,1	
<i>Dåligt</i>	2,0	*			
Psykiskt välbefinnande					
<i>Koncentrera sig</i>	1,1				
<i>Uppskatta livet</i>	1,6				
<i>Svårt att sova pga oro</i>	2,9	*			
<i>Ta itu med problem</i>	1,4				
<i>Göra nytta</i>	1,2				
<i>Olycklig</i>	2,3	*			
<i>Fatta beslut</i>	1,2				
<i>Förlorat tron på sig själv</i>	1,6				
<i>Spänd</i>	2,5	*			
<i>Känna sig värdelös</i>	1,5				
<i>Klara problem</i>	1,4				
<i>Lycklig</i>	1,6				

Störst påverkan på spelvanor har kön och födelseland

I ett försök att tyda de olika variablernas förhållande till riskabla spelvanor har alla variabler analyserats i en logistisk regressionsmodell samtidigt. De faktorer som blev signifikanta i modellen illustreras i figur 9 med heldragna linjer. I figuren ser vi att kön och födelseland är de faktorer som visat sig vara de som har störst förhöjd risk

för riskfyllda spelvanor. Det är 4,6 gånger högre risk för män att vara riskspelare jämfört med kvinnor. Detsamma gäller för personer som har ett annat födelse land än Sverige i jämförelse med de personer som har Sverige som födelse land. Andra faktorer av vikt är ekonomisk kris, civilstånd och svårt att sova på grund av oro. Två faktorer till är värda att nämnas, de är nästintill signifikanta. Det är hasch och faktorn tillit till omgivningen och om man deltar i sociala sammanhang, som också samvarierar med riskabla spelvanor.



Figur 9. Modell över variabler som samverkar med riskabla spelvanor.

I rapporten har samma analys gjorts över riket där det framkommer att kön har störst samband med riskabla spelvanor. Andra faktorer som har ett signifikant förhållande till riskabla spelvanor är födelse land, stress, utbildning, civilstånd och ålder, dock inte alla ålders kategorier.

Orsakssambandet är inte självklart lika för alla faktorer. En del av faktorerna ger en ökad risk för riskabla spelvanor. Andra innebär mera en följd av att riskabla spelvanor har etablerats.

Sammanfattningsvis

När flera påverkansfaktorer analyseras tillsammans är det några som har större samverkan med riskabla spelvanor än andra:

- Födelse land, kön, civilstånd är viktiga bakgrundsfaktorer
- Ekonomisk kris och svårt att sova på grund av oro är faktorer som i högsta grad påverkar livet som riskspelare

Diskussion

Eftersom spelutbudet ständigt utvecklas finns det en utmaning i att följa och försöka ligga steget före när det gäller spelandets baksida. Behov och förändringar i befolkningen måste uppmärksammas (Landstinget i Östergötland, 2008c). Riskabla spelvanor har utvecklats i befolkningen. Allt fler spelar spel av den typen som är kända att utveckla spelberoende. Det finns få studier av preventiva insatser vad gäller riskabla spelvanor. De som finns indikerar att det handlar om att så tidigt som möjligt intervensera med information och utbildning av barn och unga när det gäller spel och hur man förhåller sig till information kring spelande och sina egna spelvanor (Ferland et al, 2002; Gaboury & Ladouseur, 1993). Ett annat utvecklingsområde är de faktorer som kan agera skyddande för utveckling av riskabla spelvanor (Fröberg, 2006).

Östergötland tillhör de län i landet där det spelas mest på häst- och sportspel (Statistik från Svenska spel 2008), 68 procent av östgötarna spelar regelbundet olika slags spel som involverar pengar. Inte sällan är insatserna höga och resultaten levereras snabbt, vilket räknas som viktiga faktorer för utveckling av beroendeproblematik (Petry et al, 2005). För drygt 13 000 av östgötarna är spelandet riskabelt och orsakar problem som kan föranleda hjälpsökande inom hälso- och sjukvården. Detta ställer krav på Landstinget i Östergötland att förbättra och utveckla primär-, sekundär- och tertiärpreventiva insatser för en utsatt grupp. Insatserna måste genomföras såväl utanför som inom verksamhetens väggar och struktureras för att kunna utvärderas.

Viktigt att förebygga bland unga och föräldrar

Genom att samverka kring förebyggande, vid exempelvis föräldrautbildning och inom skolhälsovård, kan även spelvanor diskuteras när information kring alkohol, narkotika och tobak ska ges (Landstinget i Östergötland, 2008a). Utbildningsinformationen bör vara evidensbaserad, omfatta såväl barn och unga som föräldrar och ha innehåll som kräver personligt engagemang. Riskabla spelvanor grundläggs ofta i tidig ålder. Ett förebyggande perspektiv med prioritet på metoder för att utveckla barn och ungas självkänsla sparar såväl lidande som ekonomi. Det är ett arbete som kräver långsiktighet och vidareutveckling.

Utbilda medarbetare i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Landstinget i Östergötland arbetar också för att skapa förutsättningar för medarbetare om ett hälsofrämjande förhållningssätt (Landstinget i Östergötland, 2008c). Det handlar såväl om utbildning som om vidareutbildning av medarbetare. Att uppmärksamma problematiska livsstilsfrågor och lära sig ett bra bemötande, är mycket viktigt i patientmötet. Spelvanor skulle kunna integreras i upptagning av sjukdomshistoria. Klassiska beteenden hos unga handlar exempelvis om utagerande och att stjäla pengar från familjemedlemmar. Riskabla spelvanor är ett relativt nytt och expanderande område för barnpsykiatriens öppenvård och kräver kunskap. Kliniskt kan detta komma att ha betydelse för den nationella vårdgarantin för barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Prevention kring frågan om spelvanor men även datorvanor är kostnadseffektivt och kan minska antalet barn i behov av vård.

Beprovade metoder och rutiner för beroendeproblem måste finnas även för barn och unga.

Evidensbaserad behandling för patologiska spelare

Det finns också en utmaning i att tillgodose evidensbaserad behandling för gruppen som har ett patologiskt spelbeteende i Östergötland, samt att utveckla behandlingsformer då beroendeproblem ofta samvarierar. Det handlar om att erbjuda en kunskapsbaserad, säker vård och effektiva vårdprocesser (Landstinget i Östergötland, 2008a). Ett exempel som kan relateras till spelvanor är kunskap kring läkemedel och beroende. Nyligen gick Läkemedelsverket ut med information om att dopaminagonister associerats med spelberoende. Detta baserades på rapporter där parkinsonpatienter utvecklat tvångsartat spelmissbruk efter övergång från ett läkemedel till ett annat. När läkemedlen sattes ut försvann spelmissbruket. Det finns mycket mänskligt lidande att lindra, men även kostnader att tjäna, då spelberoende liksom andra beroenden ofta medför kriminalitet och omfattande behandlingsinsatser (Jonsson et al, 2003). De studier som genomförts på hela beroendområdet visar att det preventiva arbete alltid är kostnadseffektivt.

Vår studie urskiljer flera faktorer som förklarar riskabla spelvanor där *kön, födelseland, civilstånd, svårt att sova och försämrad ekonomi* är tongivande. Liknande resultat finns tidigare rapporterade, bland annat från Norge (Lund, 2007) och man kan konstatera att grupperna skiljer ut sig demografiskt. Samtidigt stämmer några av faktorerna in på grupper som även på andra sätt är sårbara i samhället (Rönneberg et al, 1999). Det blir en tyngre belastning för redan utsatta befolkningsgrupper.

Män mera riskspelare trots lika mycket spel

Varför är män mer spelberoende än kvinnor trots att man köper lotter och satsar pengar på spel i lika stor omfattning? En orsak kan vara att olika spelformer anses vara olika beroendeframkallande. Ju snabbare tid från det att man satsat pengar till man vet att man vunnit desto mer beroendeframkallande är spelet (Petry et al, 2005). En annan orsak är att en högre kapitalinsats anses vara beroendeframkallande. (Brené, 2007) Tidigare studier visar att män spelar på sport- och hästspel medan kvinnor spelar på bingo och snabblotterier. Kvinnor satsar också mindre pengar på spel (Jonsson et al, 2007). Detta avspeglas även i föreliggande rapport. Det finns inga frågor i enkäten om vilka spel man satsat pengar på. Däremot finns frågan om hur mycket man spelat för de senaste sju dagarna. Bland de personer som köpt lotter eller satsat pengar på spel har en högre andel av männen, 16 procent, satsat mer än 200 kronor på spel de senaste sju dagarna i jämförelse med kvinnorna (2 procent). Inom gruppen riskspelare har 42 procent av männen och 15 procent av kvinnorna satsat så mycket. Kvinnor uppger dock att spelandet påverkar dem mycket. Ohälsa och stressnivåer är höga, 76 procent anger nedsatt funktion. Kanske spelar kvinnor i högre grad då de inte kan vara fysiskt aktiva i lika hög grad?

Eftersom spelande med snabba resultat är en ingrediens för utveckling av beroendeproblematik bör riskabla spelvanor följas upp kontinuerligt. Liksom andra beroendeframkallande beteenden ger riskabla spelvanor upphov till stora sociala kostnader för såväl individ och anhöriga som samhället. I en sammanställning av flera studier visar Shaw et al (2007) att spelberoende är vida känt för negativa samband med giftermål, familjer och barn. Effekterna i familjen blir bland annat en upptagenhet av beroendet som gör att såväl partner och barn ofta blir utan tid och engagemang. Det handlar om havererad ekonomi och ökad kriminalitet (såväl mot sak som person). Dessutom är spelandet ett problem som ofta går i arv (Shaw et al, 2007).

Yngre och invandrare spelar mindre men mår sämre

Färre yngre (16-29 år) köper lotter och satsar på spel än äldre (30-84 år). Trots detta är en högre andel bland yngre riskspelare. Detta kan givetvis bero på flertalet faktorer. Studier visar att den unga hjärnan är mera sårbar för droger (Brenhouse & Andersen, 2008). Kanske är de mera utsatta eftersom det är svårare för den gruppen att etablera sig på arbetsmarknaden, kanske spelar de mera ofta de spelen som har mera beroendeframkallande karaktär. Studier visar även att ungdomar med spelproblem ofta har ytterligare problem (Dickson et al, 2008). Några av de problem som är associerade med spelberoende hos unga är psykisk ohälsa, beteendeproblem samt missbruk av alkohol och/eller droger (Fröberg, 2006). Alla är faktorer som sammantaget kan göra att man upplever sin situation som svår. I vår studie kunde vi inte se detta samband i den yngsta åldersgruppen men dock att den psykiska hälsan är sämre hos riskspelare än hos övriga.

Samma förhållande gäller för personer med ett annat land än Sverige som födelseland. De spelar mindre, men anser sig ha mera spelrelaterade problem. Närmare hälften (47 procent) bland personer som är födda utanför Sverige har satsat pengar på spel, motsvarande för personer med Sverige som födelseland är 68 procent. Ändå har drygt 28 procent av riskspelarna ett annat land än Sverige som födelseland. En högre andel av invandrarna är dessutom arbetslösa, långtidssjukskrivna eller sjukpensionärer både bland riskspelare och bland övriga i jämförelse med de personer som har Sverige som födelseland. Det i sig är faktorer som kan leda till sämre hälsa (Socialstyrelsen, 2006). Detta avspeglas även i vår studie då en högre andel av riskspelare med ett annat land än Sverige anser sig ha ett dåligt allmänt hälsotillstånd.

En kartläggning gjord av Rönnberg med flera om svenska folkets spelvanor visar att personer med invandrarbakgrund och unga spelare i åldrarna 15 till 24 år löpte störst risk att få problem med spel (Rönnberg et al, 1999). Återigen aktualiseras frågan om att öka kunskapen om de skyddande faktorerna och att identifiera denna redan utsatta grupp ifråga om resurser och åtgärder.

Riskspelare östgötar uppvisar sömnsvärigheter och oro

Vissa bakgrundsfaktorer som är avgörande för att förklara hur riskspelare lever och mår, finns inte att tillgå i enkätstudien. Det handlar exempelvis om genupsättning

och uppväxtvillkor. Däremot finns andra viktiga faktorer som samvarierar med riskabla spelvanor, som exempelvis en utbredd psykisk ohälsa (Johansson et al, online). Detta yttrade sig bland östgötarna i bland annat sömnsvårigheter, stress och oro. Det var fler som inte kände tillit till sin omgivning och som oftare kände sig olyckliga. Hur många som tillskriver spelandet de negativa känslorna vet vi inte. Men faktum är att de förklarande faktorerna går i samma riktning. Detta faktum har tidigare etablerats av andra. Petry et al (2005) rapporterar i en intervjustudie av drygt 43 000 amerikaner att 47 procent av de patologiska spelarna hade förstämningssyndrom. Samma studie rapporterar 41 procent ångestsyndrom, 28 procent impuls-kontrollstörningar och 3 procent personlighetsstörningar (Petry et al, 2005). Det finns även studier som visar att spelberoendegruppen är mera suicidbenägen (Ramirez et al, 1984). Psykisk ohälsa påverkar såväl individen som omgivningen och kan även leda till fysiska besvär. Vår studie visar bland annat att 28 procent av de riskspelande kvinnorna upplever en mycket hög stressnivå. Den visar även en misstro bland spelberoende till omgivningen (Jonson et al, 2003). Den psykiska ohälsan bland yngre är väldokumenterad (Wenemark, 2006) och preventiva insatser vad gäller riskabla spelvanor kan även ge ringar på vattnet vad gäller andra områden där ungas självkänsla är i fokus.

Ekonomi blir allt sämre

Allt tyder på ökande spelvanor i Sverige. Omsättningen av spel ökar. Reklamkostnaderna för spel i massmedia har fyrdubblats under den senaste tioårsperioden (Binde, 2007b) och antalet spelmöjligheter utvecklas ständigt. Konsekvenserna blir flera i befolkningen med riskabla spelvanor. Även vår studie pekar på det välkända faktum som tidigare nämnts att ekonomin blir lidande av spelvanorna. Många får svårigheter med kontantmarginal och att klara av de löpande utgifterna och 25 procent nämner att de ljugar om sitt spelande vad gäller insatsen.

En signifikant högre andel riskspelare var arbetslösa, långtidssjukskrivna eller sjukpensionärer i jämförelse med personer utan spelproblem. Tidigare forskning visar att det är dubbelt så vanligt att förlora sin anställning om man har spelproblem i jämförelse med andra utan spelproblem (Jonsson et al, 2003; Volberg, 2001). Det handlar också om en ökad kriminalitet. Klarar man inte av att hantera spelandet inom den egna ekonomin eller genom spelande är risken att förskjuta gränserna större bland spelberoende. Flertalet studier visar som tidigare nämnts på en högre kriminalitet bland spelberoende (Johansson et al, online). Då blir fler än individen och anhöriga drabbade (Brené, 2007). Preventiva satsningar blir allt viktigare att identifiera för att minimera kostnader.

Större andel riskspelare använder hasch

Även en högre andel av de östgötska riskspelarna har använt eller använder hasch och/eller marijuana i jämförelse med övriga. Detta fynd finns etablerat i andra studier (review se Johansson et al, online) och kan i vissa fall handla om att spel får finansiera ett narkotikamissbruk. Det finns som tidigare nämnts koppling mellan spelberoende och andra beroendeförhållanden, exempelvis nätpoker och alkohol-

missbruk (Jonsson et al, 2003). Vår studie visade liknande tendenser, men gav inga signifikanta fynd. Däremot hittade vi tendenser som handlade om samvariation av beroenden, då det var betydligt vanligare bland dem med hascherfarenhet att även vara riskdrickare av alkohol (45 procent) än dem utan (16 procent). Det visade sig även vanligare med tobaksbruk bland dem med hascherfarenhet.

Dubbelmoral omger spelande

När man undersöker beroendeförhållanden måste man räkna med underrapportering. Det ligger i problemets natur att man förminskar sitt eventuella beroendeproblem. Det kan vara svårt att bekänna sig till gruppen eftersom man tror att man hanterar spelet och kan sluta när man vill (Brené, 2007). Men det är också för vissa ett erkänt sätt att tjäna pengar. Ett exempel på detta är att välkända idrottsmän ofta är engagerade i spel och äger hästar. Idrottsmännen finns också ofta med och gör reklam för spelande och livsstilen saluförs som glamorös. Spelberoende är ett svårt beroendebeteende, liksom de flesta andra måste man förhålla sig till det, dessutom kan man bli hyllad om det går bra, vilket tillsammans med vinsten förstärker den onda spiralen och gör det svårare att göra sig fri ifrån (Brené, 2007). Svenska spel är den största aktören inom området i Sverige. Detta innebär en ökad insyn i spelen, samtidigt som det innebär en förstärkning av den dubbelmoral som omgärdar området och inte hjälper den enskilda spelaren som har svårt att hantera spelet inom tänkta ramar. Bland annat driver Svenska spel en nätpokersajt, den första statligt ägda sajten i världen. Innan öppnandet av sajten krävdes ett regeringsbeslut. Detta fastlades, trots att båda remissinstanserna Lotteriinspektionen och Statens folkhälsoinstitut avrådde, bland annat med tanke på de risker nätpoker kan medföra när det gäller utveckling av spelmissbruk (Tryggvesson, 2007).

För att öka kunskapen och följa utvecklingen för de redan utsatta befolkningsgrupper som ligger i riskzonen för spelproblem och kunna etablera stöd och hjälpmöjligheter krävs att befolkningens behov efterfrågas regelbundet. För att kunna erhålla djupare kunskap krävs mera omfattande frågeställningar riktade till olika sorters spelande och frågeställningar om spelandets följdverkningar specifikt i Östergötland. I en fördjupad studie skulle även ungas datorvanor kunna kartläggas då datorspel och surfande kan komma att medföra nya former av beroendeproblematik (Cifuentes & Henningsson, 2006).

Litteratur

- Abbott, M. W., & Volberg, R. A. (1996). The New Zealand National Survey of Problem and Pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12, 143-160.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV* (4th ed. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Binde, P. (2007a) *Spel reklam och spelberoende – en intervjustudie*. Rapport 2007:15. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Binde, P. (2007b). Selling dreams – causing nightmares? On gambling advertising and problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, 20, june: 167-92.
- Boström, G. (2007). *Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2007 – spelvanor*. Folkhälsoinstitutet: Östersund.
- Brené, S. (2007). *Underliggande biologiska orsaker till spelberoende – en kunskapsöversikt*. Rapport 2007: 2. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Brenhouse, H. C., & Andersen, S. L. (2008). Delayed extinction and stronger reinstatement of cocaine conditioned place preference in adolescent rats, compared to adults. *Behavioral Neuroscience*, Apr, 122:2: 460-5.
- Custer, R.L., & Custer, L.F. (1978). *Characteristics of the recovering compulsive gambler: a survey of 150 GA members of Gamblers Anonymous*. Paper presented at the fourth Annual Conference on Gambling, Reno, Nevada, USA.
- Dickson, L., Derevensky, J.L., & Gupta, R. (2008). Youth Gambling Problems: Examining Risk and Protective Factors. *International Gambling Studies*, 8 (1): 25-47.
- Ferland, F., Ladouceur, R., & Vitaro, F. (2002). Prevention of problem gambling. Modifying misconceptions and increasing knowledge. *Journal of Gambling Studies*; 18(1):19-29.
- Fröberg, F. (2006). *Spel om pengar bland unga – en kunskapssammanställning*. Rapport 2006:9. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Gaboury, A., & Ladouceur, R. (1993). *Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents*. The Journal of Primary Prevention; 14(1):21-8.
- Herscovitch, A. G. (1999). *Alcoholism and pathological gambling. Similarities and differences*. Holmes Beach, FL: Learning Publications, USA.
- Johansson, A., Grant, FE., Won Kim, S., Odlaug, BL., & Göttestam, KG (2008). Risk factors for Problematic Gambling: A Critical Literature Review. *Journal of Gambling Studies*, online may 2008.

Jonsson, J., Andrén, A., Nilsson, T., Svensson, O., Munck, I., Kindstedt, A., & Rönnerberg, S. (2003). *Spelberoende i Sverige – vad kännetecknar personer med spelproblem?* Rapport 2003:22. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut.

Lotteriinspektionen (2007). *Spelmarknadens utveckling i Sverige och internationellt år 2007*. Diarienummer 762/2007. Lotteriinspektionen: Strängnäs.

Lund, I. (2007). Lessons from the Grey Area: A closer inspection of at-risk gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 23: 409-19.

McCown, W.G., & Chamberlain, L. L. (2000). *Best possible odds. Contemporary treatment strategies gambling disorders*. New York: John Wiley & sons inc. USA.

Meyer, G., & Stadler, M. A. (2002). Criminal behaviour associated with pathological gambling. I *The downside – problem and pathological gambling*. Ed: Marotta, J.J., Vornelius, J. A., Eadington, W.R. Institute for the study of gambling & commercial gambling: Reno, USA.

Nykvist, K., & Boström, G. (2004) *Syfte och bakgrund till enkätfrågorna i den nationella folkhälsoenkäten 2004*. 2004-10-25. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Ortiz, L. (2006). *Till spelfriheten! Kognitiv beteendeterapi vid spelberoende*. Stockholm: Natur och Kultur.

Petry, N.M., Stinson, F.S., & Grant, B.F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical psychiatry* May; 66 (5): 564-74.

Ramirez, L.F., McCormick, L.F., Russo, A.M., & Taber, J.I. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive behaviors*. 8. 425–428.

Rönnerberg, S., Volberg, R., Abbott, M., Moore, L., Andrén, A., Munck, I., Jonsson, J., Nilsson, T., & Svensson, O. (1999). *Spel och spelberoende i Sverige. Rapport nr 3 i folkhälsoinstitutets serie om spel och spelberoende*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

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): 615-22.

Slutske, W.S., Eisen, S., Xian, H., True, W.R., Lyons, M.J., Goldberg, J., & Tsuang, M. (2001). A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 110:2.297–308.

Socialdepartementet (2008). Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialdepartementet (2000). *SOU 2000/91. Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialdepartementet (2003). *Bilaga 14 till regeringsuppdrag att utveckla ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem för det samlade folkhälsoarbetet*. S2002/5085/FH. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2006). *Social rapport 2006*. Socialstyrelsen. Stockholm: Norstedts.

Svenska spel (2008). Statistik online <http://www.svenskaspel.se>

Tryggvesson, K. (2006). *Nätpokerspelandet i Sverige – Omfattning, utveckling och karaktär 2006*. SoRAD - Forskningsrapport 43 – 2007. Stockholm Universitet.

Volberg, R. A., (2001). *When the Chips Are Down*, The Century Foundation Press: New York.

Volberg, R. A., Abbott, M. W., Rönnerberg, S., & Munck, I. M. E. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104: 250-6.

Wadman, C., Boström, G., & Karlsson, A. (2006). *Hälsa på lika villkor*. Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2006. Rapport nr A-2007-01: Statens folkhälsoinstitut.

Weiss, LM., & Petry, NM. (2008). Psychometric Properties of the Inventory of Gambling Situations With a Focus on Gender and Age Differences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (4): 321-28.

Wenemark, M. (2006). *Östgötens psykiska hälsa. Om unga vuxna*. Rapport 2006:4. Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland.

Riskabla spelvanor i Östergötland och riket

		Östergötland		Riket	
		Antal	Andel %	Antal	Andel %
Alla	Totalt	13 100	6	254 100	5
Kön	Man	10 000	9	187 300	7
	Kvinna	3 100	3	66 800	3
Ålderskategorier	16-29 år	3 900	10	63 400	8
	30-44 år	3 500	6	68 900	5
	45-64 år	4 100	5	78 100	4
	65-84 år	1 600	4	43 700	5
Civilstånd	Annat	9 400	8	172 100	6
	Gift	3 800	4	82 000	4
Födelse land	Sverige	9 500	5	183 000	4
	Annat land	3 600	18	71 100	12
Utbildningsnivå	Grundskola	3 300	6	74 000	7
	Gymnasial nivå	6 500	7	111 500	5
	Eftergymnasial nivå	2 600	5	46 000	4
Sysselsättning	Yrkesarbetar	5 200	5	104 300	4
	Tjänstledig eller föräldraledig	0	0	1 400	2
	Studerar	1 800	8	30 000	7
	Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd	1 800	14	23 900	9
	Ålderspensionär/avtalspension	1 500	4	41 500	5
	Långtidssjukskriven/sjukpensionerad	1 500	8	27 100	7
	Annat	300	12	5 700	10

**Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland**

Landstinget i Östergötland

S:t Larsgatan 49 B

581 91 Linköping

Telefon: 013- 22 88 33

E-post: fhvc@lio.se

www.lio.se/fhvc

ISSN 1401-5048



Folkhälsovetenskapligt centrum
i Östergötland