



Ensam, nedstämd och rastlös

- En studie om komorbiditet och hälsotillstånd hos
hjälpsökande spelberoende

Jonas Petré och Niklas Westin

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN

Examensarbete: 63:2008

Läroutbildningen: 2005-2009

Seminariehandledare: Leif Strand

Examinator: Jane Meckbach

Sammanfattning

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka skillnader i hälsa mellan hjälpsökande spelberoende personer och den vuxna populationen i Sverige.

- Har hjälpsökande spelberoende sämre upplevd hälsa än den övriga befolkningen?
- Är hjälpsökande spelberoende mer rastlösa eller stressade än den övriga befolkningen?
- Kan komorbiditet konstateras hos hjälpsökande spelberoende?

Metod

En stödförening för spelberoende kontaktades och enkäter delades ut och samlades in under två möten. Totalt svarade 31 personer på enkäten. Resultaten jämfördes med data från undersökningen LIV 2000 för att se eventuella skillnader mot en population som mer motsvarar befolkningen i Sverige. I de fall en skillnad upptäcktes togs hänsyn till andra faktorer som kunde påverka resultatet.

Resultat

Inga skillnader i smärta, värk, upplevd fysisk och psykisk hälsa förekom. Hjälpsökande spelberoende upplevde oftare sömnproblem. De kände sig oftare rastlösa, ensamma och nedstämda jämfört med befolkningen i stort. En större andel av de hjälpsökande spelberoende var rökare eller snusare. Hjälpsökande spelberoende var mindre nöjda med sin totala livssituation. Dock upplevde de i högre grad kunna påverka sin livssituation.

Slutsats

Det finns vissa skillnader i hälsotillstånd mellan hjälpsökande spelberoende och befolkningen i stort. Resultaten är inte heltäckande och vidare forskning behövs för att undersöka om hälsoskillnaderna påverkar behandlingen av spelberoende.

Förord

Vi vill tacka vår fackhandledare Örjan Ekblom. Örjan har varit till stor hjälp i utformningen av studien samt i arbetet med de statistiska beräkningarna.

Vi vill även tacka vår seminariehandledare Leif Strand som har bidragit med idéer och lösningar på problem.

Framförallt vill vi tacka de personerna som deltog i studien och gjorde den här uppsatsen möjlig.

Gymnastik- och idrottshögskolan
Stockholm 2008

Jonas Petré och Niklas Westin

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	1
Förord	2
1 Inledning	5
1.1 Introduktion	5
1.2 Bakgrund	6
1.2.1 Begreppsförklaringar	7
1.3 Forskningsläge	8
1.3.1 Prevalens	8
1.3.2 Varför börjar människor spela på penningsspel?	9
1.3.3 Spelberoende och andra former av beroenden	10
1.3.4 Riskfaktorer	12
1.3.5 Hjälsökande spelberoende	13
1.3.6 Komorbiditet	13
1.4 Syfte och frågeställningar	14
1.5 Teoretiska utgångspunkter	15
1.5.1 Stress, dopamin och serotoninets roll för beroendeutveckling	15
1.5.2 Somatisering	16
1.6 Metod	16
1.6.1 Urval	16
1.6.2 Datainsamlingsmetod	17
1.6.3 Procedur	17
1.6.4 Databearbetning	17
1.6.5 Validitet och reliabilitet	18
2. Resultat	20
2.1 Beskrivning av gruppen hjälpsökande spelberoende och kontrollgruppen	20
2.2 Har hjälpsökande spelberoende sämre upplevd hälsa och är de mer rastlösa eller stressade än den övriga befolkningen?	20
2.2.1 Relativ risk kontrollerad för confounders	21
2.3 Kan komorbiditet konstateras hos hjälpsökande spelberoende?	22
2.3.1 Alkohol- och tobaksbruk	22
2.3.2 Värk, smärta och sömnproblem	22
2.3.3 Framtidstro	24
2.3.4 Sjukdom, läkarbesök och medicinskt eller fysiskt handikapp	24
3 Diskussion	25
3.1 Metoddiskussion	25
3.2 Resultatdiskussion	25
3.2.1 Internt bortfall	26
3.2.2 Har hjälpsökande spelberoende sämre upplevd hälsa och är de mer rastlösa och stressade än den övriga befolkningen?	26
3.2.3 Kan komorbiditet konstateras hos hjälpsökande spelberoende?	27
3.3 Slutsats och fortsatt forskning	28
Käll- och litteraturförteckning	29

Bilaga 1 Käll- och litteratursökning

Bilaga 2 Enkät

TABELL- OCH FIGURFÖRTECKNING

Tabell 2 – Beskrivning av grupperna	20
Tabell 3 – Procentuell fördelning av svarande till frisk- resp. sjukgrupp	20
Figur 1 – Relativ risk med hänsyn till confounders.	21
Tabell 4 – Alkohol och rökning	22
Tabell 5 – Värk, smärta och sömnproblem	23
Tabell 6 – Oro inför framtiden och påverkan av sin egen framtid.....	24

1 Inledning

1.1 Introduktion

Människan spelar av flera olika anledningar, det kan vara underhållning med ”monopol” eller ”bingolotto” i goda vänners lag, en annan kan söka kickar och komma bort ifrån verkligheten genom att bege sig till ett kasino eller en travbana för att få spelbehovet tillgodosett.¹

Hasardspel har funnits sedan urminnes tider, de äldsta tärningar man hittat är över 4500 år gamla.²

En av anledningarna till att 95 % av den svenska befolkningen någon gång spelat om pengar³ kan vara drömmen om högvinsten, 122 miljoner på lottos ”drömvinst” eller 25 000 kr i månaden i 25 år på en trisslott. Den svenska spelmarknaden omsatte 38,6 miljarder kr år 2007.⁴

För de allra flesta är spel ett nöje som ger spänning, ett avbrott i vardagen och som kan resultera i en eventuell vinst men för en liten del av befolkningen leder dock spelandet till ett beroende med både ekonomiska och sociala problem.

Jag hade spelat trav i tjugo år när jag vann 73 000 på Mantorp.

Jag blev fartblind.

Ett halvår senare hade jag spelat bort såväl familjen som huset.

Det värsta av allt – jag vill inte sluta spela.⁵

Citat ovan kommer från en spelberoende tagit ur boken *Spelfällan*. Att vara spelberoende är ett stort problem för dem som blir drabbade. En femtedel av de drabbade har minst en gång försökt ta livet av sig.⁶

Riksdagen har fastslagit att ”målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningar av överdrivet spelande.”⁷ Gruppen spelberoende kan i vissa fall även ha

¹ Tomas Nilsson, *Jakten på jackpot* (Stockholm: Fri förlag, 2002), s. 16-18.

² Nationalencyklopedin <<http://www.ne.se/artikel/199510/199510/tärningsspel>> (Acc. 2008-12-03).

³ Sten Rönnberg m. fl., *Spel och spelberoende i Sverige*, (Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 2000) s. 49-50.

⁴ Lotteriinspektionen <<http://www.lotteriinsp.se/sv/Spelmarknaden/>> (Acc 2008-11-21).

⁵ Arne Edström, *Spelfällan* (Norrköping : Kriminalvårdsstyrelsen, 1996), s. 82.

⁶ Ibid., s. 19.

⁷ Statens Folkhälsoinstitut, <http://www.fhi.se/templates/Page_129.aspx>, (Acc. 2008-10-26).

andra hälsoproblem än sitt beroende som de behöver hjälp med. Att känna till dessa skulle kunna underlätta vid behandling av spelberoende anser vi.

Spelmarknaden i Sverige kan stå inför en förändring om vissa av förslagen från utredningen *En framtida spelreglering*⁸ antas. Utredaren Jan Nyrén har på uppdrag av regeringen utfört en utredning med uppdrag att bl.a. kartlägga olika spelformers påverkan på spelberoende och utforma ett förslag på reglering efter hur starkt problemskapande de olika spelen är.⁹ Ett av utredningens förslag skulle innebära en delvis förändrad spelmarknad där fler aktörer kan söka tillstånd för att bedriva spelverksamhet i Sverige.¹⁰ Det gäller dock ej de av utredningen klassade som de mest problematiska spelformerna.

Den här uppsatsen är en del av vår utbildning på GIH där vi läser till lärare i idrott och hälsa samt folkhälsovetenskap med inriktning fysisk aktivitet. Vi har inga egna erfarenheter av spelberoende men vi tycker att beroendeproblematik och arbete kring beteendeförändring är intressant för vårt kommande yrkesliv som lärare och hälsopedagoger.

1.2 Bakgrund

År 2000 omsatte den svenska spelmarknaden ca 32 miljarder kronor i spelande, sju år senare är siffran 38,6 miljarder kronor. De största spelformerna och därtill även de spelformer som ökat mest är snabba spel som Miss och Jack Vegas (Svenska spels värdeautomater).¹¹ Det är framförallt snabba spel som det är lättast att bli beroende av, hypotesen kring detta uttalande är att spelaren genast får svar på vinst eller förlust. Dock krävs mer forskning på området.¹² År 1979 förbjöd staten spel på ”enarmade banditer” just på grund av den anledningen att spelandet kunde skapa problem för vissa människor. År 1997 kom ändringar i lagen, nu fick spel ske på så kallade ”lyckohjul” där hjulet sattes igång elektroniskt genom att trycka på en knapp. Eventuell vinst betalades ut i form av ett värdepapper som personalen på stället fick ta hand om.¹³

⁸ Jan Nyrén, *En framtida spelreglering*, SOU 2008:124 (Stockholm: Fritzes, 2008).

⁹ Ibid. s. 19.

¹⁰ Ibid. s. 26.

¹¹ Lotteriinspektionen <<http://www.lotteriinsp.se/sv/Spelmarknaden/>> (Acc 2008-11-21).

¹² Stefan Brené, *Underliggande biologiska orsaker till spelberoende, en kunskapsöversikt* (Stockholm : Statens folkhälsoinstitut, 2007), s. 13.

¹³ Riksdagen <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=71&dok_id=GO12281> (Acc. 2008-12-02).

1.2.1 Begreppsförklaringar

Med *spel* avses i denna studie spel om pengar. Ordet spel rymmer allt ifrån förströelsespel såsom flipperspel eller familjespel t.ex. fia med knuff till penningspel. Penningspel är ett samlingsnamn för de spelformer som medför en satsning av pengar, exempel på spelformer är bingolotto, spel på hästar/hundar/idrottsevenemang, kasinospel, spelautomater, lotto och spel på Internet.¹⁴ För att kunna spela om pengar krävs att minst två aktörer är involverade i aktiviteten, man satsar på något som är värt någonting, utgången styrs av slumpen, satsningen är oåterkallelig samt att allt deltagande är frivilligt.¹⁵

Komorbiditet innebär samsjuklighet och används inom epidemiologin som term för en individ som har två eller fler sjukdomar samtidigt där en av sjukdomarna är det studerade huvudproblemet. Av, *ko-*, tillsammans med, och *morbiditet*, sjuklighet.¹⁶ En komorbiditet säger inget om sambandet mellan sjukdomarna och därmed inte heller något om huruvida den ena sjukdomen utlöser den andra. Det behöver inte vara diagnostiserade sjukdomar, även tillstånd som t.ex. sömnstörning eller rökning kan rymmas i begreppet.

Spelberoende är synonymt med *spelmani*, d.v.s. en impulskontrollstörning som innebär att en persons tankar till stor del upptas av spel.¹⁷ Ibland används termerna patologisk spelare och problemspelare. Kriterierna för de två grupperna kan variera beroende på vilken diagnosmetod som används men patologiska spelare är alltid de som har flest symptom och därmed fler eller allvarigare problem än problemspelande.

En *hjälpökande spelberoende* är en individ som p.g.a. sitt spelproblem deltar i någon form av behandling eller stödförening. I uppsatsen avses hjälp genom en stödförening med undantag för avsnittet *tidigare forskning* där båda formerna kan förekomma. I tabeller och diagram används förkortningen H.S. för hjälpökande spelberoende.

¹⁴ Nilsson (2002), s. 24.

¹⁵ Ibid., s. 25.

¹⁶ Nationalencyklopedin <<http://www.ne.se/artikel/926548/926548>>, (Acc. 2008-11-17).

¹⁷ Nationalencyklopedin <<http://www.ne.se/artikel/312638/312638>>, (Acc. 2008-11-17).

1.3 Forskningsläge

1.3.1 Prevalens

Prevalensen av spelberoende och problemspelande i Sverige 1997 var ca 4 %, varav troligen patologiska spelare utgör omkring en fjärdedel. Samtidigt uppgav 95 % av befolkningen att de någon gång spelat om pengar. Studien som leddes av Sten Rönnberg omfattade personer mellan 15 och 74 år.¹⁸ Prevalensen varierar dock beroende på vilken metod som används för att klassificera spelberoende. South Oaks gambling screen (SOGS) är vanligt förekommande i äldre studier men kritiserades i början av 1990-talet för att inte vara anpassad till hur spelandet utvecklades. En reviderad version, SOGS-R, förekommer också med något bättre resultat avseende falskt positiva och falskt negativa resultat. En annan vanligt förekommande mätmetod grundar sig på *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* fjärde upplaga (DSM IV) som ges ut av American Psychiatric Association. Den ger en lägre prevalens p.g.a. strängare diagnoskriterier.¹⁹

Spelberoende kännetecknas enligt DSM IV av att man:

A. Under en längre tid återkommande visat olämpligt spelbeteende som tagit sig minst fem av följande uttryck:

1. *Tänker ständigt på spel (t.ex. 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).*
2. *Behöver spela med allt större summor för att han eller hon skall uppnå den önskade spänningseffekten.*
3. *Flera gånger misslyckats med att kontrollera, begränsa eller sluta upp med sitt spelande.*
4. *Rastlös eller irriterad när han eller hon försöker begränsa sitt spelande eller sluta upp med att spela.*
5. *Spelar för att slippa tänka på sina problem eller för att söka lättnad från nedstämdhet (t.ex. hjälplöshetskänslor, skuld, ångest, depression).*

¹⁸ Rönnberg m.fl. (2000), s. 49-50.

¹⁹ Nilsson (2002) s. 56.

6. *Efter att ha spelat bort pengar återvänder han eller hon ofta en annan dag för att revanscherna sig (jagar förluster).*
7. *Ljuger för anhöriga, terapeuter och andra personer för att dölja vidden av sitt spelande.*
8. *Har begått brott som förfalskning, bedrägeri, stöld eller förskingring för att finansiera sitt spelande.*
9. *Äventyrat eller förlorat någon viktig personlig relation, anställning, utbildnings- eller karriärmöjlighet på grund av spelandet.*
10. *Förlitar sig på att andra kan ordna fram pengar för att lösa en finansiell krissituation som uppstått på grund av spelandet.*

B. Spelbeteendet förklaras inte bättre med en manisk episod.²⁰

1.3.2 Varför börjar människor spela på penningspel?

Det finns inget enkelt svar på varför människor börjar spela. Det kan vara både inre och yttre faktorer som påverkar motiven till en individs spelande. Exempel på inre faktorer är en önskan att fly från något där spelandet kompenserar för ett negativt beteende.²¹ I boken *Jakten på jackpot* menar Tomas Nilsson att det inte behöver vara något negativt spelaren flyr ifrån, många som spelar uppger att det är ”leken” att komma bort ifrån vardagen som är anledningen till att de spelar precis på samma sätt som att betala för någon annan slags underhållning. Andra förklaringar till människors spelande kan vara genetiska eller ärftliga faktorer, att spelandet ger kickar, tron på sin egen förmåga att styra över slumpen, drömmen om högvinsten och den status pengar inger.²²

Exempel på yttre faktorer är omgivningens inställning till spel där spelandet kan vara ett tillfälle att visa sig duktig. Mycket av tjusningen kring spelandet är tiden innan satsningen görs t.ex. på spelhålan där det kan gå heta diskussioner om vilken häst som vinner sista loppet på V75.²³ Att stödja något ändamål genom att köpa en lott kan vara ett skäl nog för att spela.²⁴ Tillgängligheten av spel har en avgörande del för mängden spelande. Reklam och marknadsförning som förstärker drömmen om storvinst och den status pengar medför likaså.

²⁰ Nilsson (2002), s.133.

²¹ Maria Nordell, *Anhörig till spelberoende - En manual för utbildning och stöd till spelberoendes anhörig* (Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2005), s. 11.

²² Nilsson (2002), s. 16.

²³ Nordell (2005), s. 11.

²⁴ Nilsson (2002), s. 17-18.

Andra yttre faktorer kan vara behov av att vinna tillbaka förlorade pengar eller att vinna en storvinst. Även känslan att vara ”nära” att vinna kan öka spelandet genom att tron på den egna förmågan att styra utfallet av spelet kan förstärkas.²⁵

Även spelets utformning har betydelse för risken av ett beroende. ”Snabba” spel det vill säga där tiden mellan insats och utgång är kort har visat sig vara starkt beroendeframkallande. Spel med små vinster förstärker föreställningen av att storvinsten är nära, desto fler möjligheter att kunna påverka spelet desto högre känsla av kontroll.²⁶ ”Men spel om pengar är förmodligen mycket mer än så. Det är ett komplext fenomen som bland annat innehåller ekonomi, politik, psykologi, sociologi och etik”.²⁷

1.3.3 Spelberoende och andra former av beroenden

Spelberoende är ett beroende inte helt olikt andra beroenden som t.ex. alkohol- eller drogberoende. I ett beroende av droger eller alkohol tar missbrukaren mer och mer droger samtidigt som relationerna med familj, vänner och arbete försämras. Ett beroende av spel slutar inte sällan genom en personlig konkurs med stora skulder. Det bekräftas av ett flertal studier från olika länder att beroende och missbruk av såväl alkohol, narkotika och tobak är högre hos spelberoende än normalbefolkningen.²⁸ Någon stor skillnad mellan hjälpsökande och icke hjälpsökande spelberoende avseende beroenden och missbruk finns inte men området är inte speciellt utforskat och studierna mäter inte alltid på samma sätt. Däremot har hjälpsökande spelberoende med någon form av missbruk ofta svårare spelproblem än hjälpsökande spelberoende utan missbruk.²⁹

Det finns mängder av teorier kring utvecklandet av olika beroenden. I Nilssons bok *Jakten på jackpot* presenteras fem olika teorier som handlar om utvecklandet av ett spelberoende. Dessa fem är:

Psykoanalytiska teorier. Psykoanalysen utvecklades av Sigmund Freud. Han menar att mänskligt beteende och personlighet kan förklaras genom att dela upp personligheten i *detet*, *jaget* och *överjaget*. *Detet* består av drifter och instinkter och handlar spontant. *Jaget* är mer förnuftigt än *detet* och står även för kontakten med omvärlden samt balansen mellan *detet* och *överjaget*. *Överjaget* har två delar, samvetet och jag-idealet. Samvetet begränsar människans

²⁵ Nordell (2005), s. 11.

²⁶ Ibid., s. 11.

²⁷ Nilsson (2002), s. 18.

²⁸ Nancy M. Petry, *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment* (Washington: American Psychological Association, 2005), s. 86-91.

²⁹ Ibid., s. 86-91.

agerande inom vissa ramar medan jag-idealet driver människan att uppfylla sina mål och önsningar.³⁰ Freud analyserade Dostojevskijs bok *Spelaren* från 1928. Ur analysen menar Freud att spelberoende spelar och förlorar för att straffa sig själva.³¹ Edmund Bergler skrev på 1950-talet boken *The psychology of gambling* där idéer om att spelaren har en omedveten vilja att förlora för att på så sätt straffa sig själv presenteras.³² Kopplingen mellan psykoanalytisk teori och spelberoende är att spelandet blir en kompensation för sin låga självkänsla, den låga självkänslan kan ofta komma ifrån känslan av att inte vara älskad av sina föräldrar. Spelaren löser alltså konflikten med föräldrarna genom spelande. Detta beteende är oftast omedvetet hos den drabbade.

Sjukdomsteorier. Precis som att alkoholism är en sjukdom är också spelberoende en sjukdom. Har man en gång förlorat kontrollen över spelandet finns ingen annan utväg än att sluta spela helt och hållet. I likhet med alkoholister som söker sig till AA (anonyma alkoholister) kan spelare söka sig till GA (gamblers anonymous). Det är alltså självhjälpgrupper där före detta alkoholister/spelberoende fungerar som ledare för grupperna.³³ Beroenden av olika slag har inte alltid betraktats som sjukdomar. Beroende kan dock uppvisa stora likheter med tillstånd som anses som sjukdomar om man ser till huruvida patienten följer behandlingen och andelen återfall. Det finns också likheter när det gäller arvets och miljöns betydelse för utvecklandet av sjukdomen. Jämförelsen gäller tre kroniska sjukdomar; diabetes, astma och högt blodtryck. Inom forskarkretsar är det numera en accepterad teori att beroende är en sjukdom, medan det inom vården och framförallt hos allmänheten är vanligt att betrakta beroende som en svaghet och brist på karaktär hos individen.³⁴

Kognitiva teorier. En av anledningarna till spelande är spelarens egen illusion av kontroll över spelet och slumpen. Spelaren känner sig skicklig över att ”nästan” ha vunnit genom att till exempel ha tippat rätt på tre matcher av fyra på oddset.

Spänningsorienterade teorier. Här spelar inte spelare för att vinna utan det viktigaste i spelandet är spänningsmomentet. Det finns två teorier till denna företeelse, spelaren lider av understimulering och spelar för riskens skull och mår därmed bättre. Den andra teorin är att spelaren är depressiv och att spelandet fungerar som självmedicinering.³⁵

³⁰ Maare Tamm, *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom* (Lund: Studentlitteratur, 2002), s. 28-32.

³¹ Thorbjörn Skaug, ”Spelberoende”, *Tidskrift for Norsk Psykologforening* (2001), s. 99-108.

³² Edmund Bergler, *The psychology of gambling* (London: Bernard Hanison limited, 1958), s. 96-97.

³³ Nilsson (2002), s. 79-80.

³⁴ Miki Agerberg, *Kidnappad hjärna – en bok om missbruk och beroende* (Lund: Studentlitteratur 2004), s. 39-44.

³⁵ Nilsson (2002), s. 79-80.

Inlärningsteorier. Ofta grundar sig problemet hos missbrukare på hjärnstörningar i belöningssystemet som spelar en viktig roll för inlärning.³⁶ Belöningssystemet, även kallat mesokortikolimbiska dopaminsystemet, är utvecklingshistoriskt gammalt och finns på liknande sätt hos flera djurarter. Dopamin frisätts t.ex. när vi äter eller dricker och därmed görs aktiviteten lustfylld och får oss att vilja upprepa den. Dopaminsystemet påverkas på olika vis av olika droger. Centralstimulerade droger som amfetamin och kokain verkar omedelbart på systemet, medan alkohol och heroin påverkar systemet indirekt genom opiatreceptorer som har i uppgift att ta emot kroppens egna opiater bl.a. endorfin som t.ex. ger välbefinnande efter en joggingtur. Vid stress produceras stresshormonet kortisol vilket medför en ökad känslighet i dopaminsystemet. Ökad känslighet i dopaminsystemet kan förklara återfall och beroende vid en pressande omvärld.³⁷ Prevalensen av alkohol- och drogmissbruk hos personer som genomgår behandling för spelberoende har i en studie av Ramirez med flera från 1983 visat sig vara 39 %.³⁸ I en reviewartikel av Potenza kom man fram till att individer med spelberoende har en ökad risk för alkohol- och drogberoende, men det är inte fastställt hur sambanden mellan problemen ser ut.³⁹

1.3.4 Riskfaktorer

Riskfaktorer för att utveckla spelberoende i Sverige är att vara man, under 25 år, född utomlands, bo i storstad, socialbidragstagare och singel.⁴⁰ Att andelen män är högre än andelen kvinnor inom gruppen spelberoende bekräftas av flera studier där främst Johanssons reviewartikel från 2008 ger en bra översikt över flera studier som undersökt riskfaktorer för att utveckla spelberoende.⁴¹

Tillgängligheten av spel verkar påverka prevalensen av spelberoende på så sätt att ökad tillgänglighet ökar prevalensen.⁴² Övriga faktorer som kan sägas ha stark anknytning till

³⁶ Brené (2007), s. 6.

³⁷ Agerberg (2004), s. 45-49.

³⁸ Luis F. Ramirez et.al., "Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment", *Addictive Behaviors*, 8 (1983), s. 425-428.

³⁹ Marc N. Potenza et.al., "Gambling – an addictive behavior with health and primary care implication", *J Gen Intern Med.*, 17 (2002), s. 721-732.

⁴⁰ Rachel A. Volberg et.al., "Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 17 (2008), s. 250-256.

⁴¹ Izabela Kawa et.al., "Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation", *Bipolar Disord.*, 7 (2005), s.119-25; Agneta Johansson et al., "Risk Factors for Problematic Gambling: A Critical Literature Review", *Journal of Gambling Studies* (2008), Apr 5, [Epub ahead of print].

⁴² Johansson (2008), [Epub ahead of print].

spelberoende är användande av alkohol och andra droger samt depression och tvångssyndrom.⁴³

I en tvärsnittsanalys från 2006 undersökte Lars Westfelt på Stockholms universitet skillnader och samband mellan spelform, socioekonomi och risken för spelproblem samt vilka människor som spelar på vilka spel. Även i denna studie belyses män som huvudriskfaktor. Att vara man ger en tre gånger högre risk att drabbas av spelproblem än att vara kvinna. Att vara mellan 18-24 ger även det tre gånger högre risk att drabbas av spelproblem. Att vara universitets utbildad ger en 27 % lägre risk att drabbas av spelproblem. Av dem som spelar på Jack Vegas är 71 % män, kvinnor spelar hellre på Bingo, där är 66 % av spelarna kvinnor. I gruppen som spelar Jack Vegas är majoriteten yngre och av Bingospelarna är majoriteten äldre. Det är framförallt låginkomsttagare i båda grupperna. Det är inom dessa två grupper som mycket av spelproblemen ligger, det är dessutom 10 % inom grupperna som står för 70-80 % av spelandet.⁴⁴

1.3.5 Hjälpökande spelberoende

Nancy Petry har i boken *Pathological gambling* sammanställt ett flertal studier och bl.a. tittat på om det går att se några skillnader mellan spelberoende och hjälpökande spelberoende. Hjälpökande spelberoende skiljer sig i vissa avseenden från gruppen spelberoende som helhet. Bland hjälpökande spelberoende är vissa grupper överrepresenterade jämfört med gruppen spelberoende. Jämfört med hela gruppen spelberoende är hjälpökande spelberoende oftast äldre och har högre utbildning. En större andel av de hjälpökande spelberoende är gifta och det är vanligare att de arbetar heltid. Kön verkar inte variera mellan grupperna i nyare undersökningar.⁴⁵

1.3.6 Komorbiditet

Statens Folkhälsoinstitut har undersökt komorbiditeten mellan spelberoende och vissa tillstånd och indikatorer på sämre hälsa. Spelberoende i Sverige är i högre grad deprimerade och har mer riskabla alkoholvanor än icke spelberoende men avseende allmän hälsa och tobaksbruk ses ingen skillnad. Användandet av narkotika det senaste året är inte högre hos

⁴³ Johansson, (2008), [Epub ahead of print].

⁴⁴ Lars Westfelt, *Två studier om spel och spelproblem – En tvärsnittsanalys och en longitudinell analys om risken för spelproblem* (Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, Stockholms universitet, 2006), s. 1-10.

⁴⁵ Petry (2005), s.72-77.

spelberoende i Sverige enligt studien men dock hade fler spelberoende prövat narkotika någon gång.⁴⁶

Skillnader i komorbiditet har påvisats mellan könen i en spansk undersökning av Ibáñez. När det gäller alkoholmissbruk och antisocialt beteende var det vanligare hos män. Den psykiatriska komorbiditeten var för övrigt samma. Kvinnor hade en högre ålder vid första spelandet och en snabbare utveckling av spelberoende.⁴⁷ En annan undersökning, även den ledd av Ibáñez visade att spelberoende som hade en psykologisk komorbiditet oftast hade svårare spelproblem än spelberoende utan någon sådan. Komorbiditeten förelåg hos ca 62 % av hjälpsökande spelberoende. Studien hittade även skillnader i en gen som påverkar dopaminreceptorerna, DRD₂, som tyder på att det finns en genetisk faktor i utvecklandet av psykiatrisk komorbiditet hos spelberoende.⁴⁸

När det gäller ångeststörningar tyder flera studier på att spelberoende i högre utsträckning än normalbefolkningen har någon form av ångeststörning med undantag för agorafobi, d.v.s. rädsla för öppna platser. Samtidigt finns det andra studier som inte visar på någon skillnad jämfört med icke spelberoende.⁴⁹

Oftast är frågorna kring hälsa i studierna inte så specifika. Missbruk och personlighetsstörningar är dominerande i komorbiditetsstudier. Vi anser därmed att det finns ett behov för utökad forskning kring ohälsa och spelproblem.

1.4 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka skillnader i hälsa mellan hjälpsökande spelberoende personer och den vuxna populationen i Sverige.

För att uppfylla syftet användes följande frågeställningar.

- Har hjälpsökande spelberoende sämre upplevd hälsa än den övriga befolkningen?
- Är hjälpsökande spelberoende mer rastlösa eller stressade än den övriga befolkningen?
- Kan komorbiditet konstateras hos hjälpsökande spelberoende?

⁴⁶ Jakob Jonsson m.fl., *Spelberoende i Sverige – Vad kännetecknar personer med spelproblem?* (Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut 2003), s.53-61.

⁴⁷ Angela Ibáñez et al., "Gender differences in pathological gambling", *J Clin Psychiatry*, 64 (2003), s.295-301.

⁴⁸ Angela Ibáñez et al., "Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment", *Am J Psychiatry*. 158 (2001), s.1733-1735.

⁴⁹ Petry (2005), s. 100.

1.5 Teoretiska utgångspunkter

1.5.1 Stress, dopamin och serotoninets roll för beroendeutveckling

Djurförsök har genomförts där djuren har fått välja mellan att dricka alkohol och vatten, när djuren utsätts för stress ökas intaget av alkohol. Det är råttans stresshormon kortikosteron (motsvarighet till människans stresshormon kortisol) som är inblandat i självadministrering av beroendeframkallande medel. Vidare har det forskats i om kortikosteron är beroendeframkallande i sig vilket ytterligare är en likhet med det mänskliga förhållandet där missbruk av kortisoninnehållande medel sedan länge är känt. Därmed är det lätt att ha misstankar om ett samband mellan spelberoende och stress som frisätter kortisol, det faktum att stress ökar dopaminfrisättningen stärker sambandet mellan stress och spelberoende, dopamin är starkt involverat i kroppens belöningssystem som gör en handling lustfylld. Det skulle kunna leda till stresskänsliga personer lättare utvecklar beroende.⁵⁰

Så tidigt som på 1970-talet visade forskarna anknytningar mellan otillfredsställande del av signalsubstansen serotonin och brister i impulskontrollen hos människan. För lite serotonin och alltså därmed även en impulskontroll störning kan leda till ökat intag av alkohol och även andra beroendeframkallande preparat.⁵¹

Impulskontrollcentrat sitter i hjärnas pannlob, tester har genomförts som visar på att människor med en störning i pannloben har svårt att se samband mellan chans och risk.⁵² Pannlobsproblem kan kopplas samman med sömnstörningar, sömnstörningar är ofta förknippat med negativ stress vilket kan leda till en ”ond cirkel”, för lite sömn ger förhöjda kortisol nivåer och förhöjda kortisol nivåer ger störd sömn.⁵³ Serotonin, dopamin och även kortisol har stark koppling till nedstämdhet och depressionstillstånd. Åter igen skulle stress och stresshormonet även ha med nedstämdhet att göra.⁵⁴

Flera forskare är överens om att under ett beroende av alkohol eller andra droger så ”kidnappas hjärnan”, ”de är medvetna om att de har förstört sitt familjeliv, förlorat jobb och social status. Ändå fortsätter de att dricka”.⁵⁵

⁵⁰Bo Söderpalm, Anna Söderpalm, Jörgen A. Engel, ”Stressas vi till missbruk?”, i *Stress – Individen, Samhället, Organisationen, Molekylerna*, red. Rolf Ekman, Bengt Arnetz (Stockholm: Liber AB 2005), s.183-193.

⁵¹Söderpalm m.fl. (2005), s.183-193.

⁵²Agerberg (2004), s. 49-50.

⁵³Torbjörn Åkerstedt, Göran Kecklund, ”Stress och sömn”, i *Stress – Individen, Samhället, Organisationen, Molekylerna*, red. Rolf Ekman, Bengt Arnetz (Stockholm: Liber AB 2005), s.233-238.

⁵⁴Marie Åsberg, Åke Nygren, Jörgen Herlofson, Gunnar Rylander, Ingrid Rydmark, ”Utmattningsyndrom”, i *Stress – Individen, Samhället, Organisationen, Molekylerna*, red. Rolf Ekman, Bengt Arnetz (Stockholm: Liber AB 2005), s. 228.

⁵⁵Agerberg (2004), s. 51-52.

1.5.2 Somatisering

Somatisering innebär att psykiska besvär yttrar sig som kroppsliga besvär. Oftast uttrycks alla känslor både psykiskt och fysiskt men vid somatisering märks en förstärkning av de kroppsliga uttrycken.⁵⁶ Somatisering kan ses som en försvarsmekanism enligt Sigmund Freud och idéerna har senare utvecklats av Anna Freud. Exempel på besvär vid somatisering är huvudvärk, sömnstörningar, magsmärtor och hos äldre även demenssymptom. Psykisk styrka har länge betraktats som något positivt och önskvärt vilket skulle kunna förklara varför individen försvarar sig mot psykiska besvär och framförallt ångest genom somatisering.⁵⁷

För den här studien innebär teorin att om det skulle föreligga en komorbiditet med något kroppsligt besvär hos de hjälpsökande spelberoende så kan den delvis förklaras som ett försvar mot något psykiskt problem.

1.6 Metod

1.6.1 Urval

Prevalensen spelberoende är låg, till följd därav kontaktades en förening för spelberoende. Det gör att alla respondenter kan klassas som hjälpsökande spelare. Deltagandet var frivilligt. Totalt svarade 31 personer på enkäten. Föreningen belägen i en storstad har ca. 185 medlemmar.

För att kontrollera mot en normalbefolkning hämtas rådata ur LIV undersökningen. LIV undersökningen genomfördes första gången 1990/1991 och andra gången 2000/2001. I studierna hämtades individerna ur Svenska Population och Adressregistret (SPAR). Beståndet var mellan 20 och 65 år, vid första tillfället 1990/1991 drogs 2400 namn ut och vid andra tillfället 2000/2001 drogs 2000 namn. Av de 2400 namnen som lottades ut 1990/1991 skickades 2203 enkäter ut och 1873 enkäter besvarades. 2000/2001 besvarade 1065 personer enkäten.⁵⁸

⁵⁶ Nationalencyklopedin <<http://www.ne.se/artikel/311624/311624>>, (Acc. 2008-11-24).

⁵⁷ Tamm (2002), s. 42-48.

⁵⁸ Björn Ekblom, et.al., "Secular trends of physical fitness in Swedish adults", *Scand J Med Sci Sports*, 17(3) 2007, s. 267-73.

1.6.2 Datainsamlingsmetod

För att kunna göra en relevant jämförelse med LIV 2000 användes frågor ur enkäten från den studien. Frågor som inkluderades rörde upplevd hälsa, fysisk aktivitet, värk, sömnproblem, livssituation, socioekonomisk bakgrund samt bruk av alkohol och tobak (se bilaga 2).

1.6.3 Procedur

En förening för spelberoende kontaktades och enkäter delades ut och samlades in under två möten. Då det även förekom att anhöriga deltog vid mötena betonades det att enkäten endast skulle fyllas i av dem som hade egna problem med spel. Resultaten jämfördes med data från undersökningen LIV 2000 för att se eventuella skillnader mellan hjälpsökande spelberoende och en population som mer motsvarar befolkningen i Sverige.

1.6.4 Databearbetning

Enkätsvaren sammanställdes på samma sätt som rådatan från LIV 2000. Statistiska beräkningar genomfördes med programmet SPSS genom Pearsons χ^2 -test (Chitvåtest). I de fall en signifikant skillnad ($p < 0,05$) konstaterades togs hänsyn för andra faktorer som kunde påverka resultatet, s.k. *confounders*. Regressionssamband användes för att ta hänsyn till eventuella confounders. De faktorer som behandlades som confounders var kön, ålder, rökning, snusning och utbildningsnivå. För regressionssambanden användes 95 % konfidensintervall (95 % C.I.). Det innebär att det sanna värdet ligger inom intervallet med 95 % sannolikhet.⁵⁹

För att kunna genomföra Pearsons χ^2 -test dikotomiserades svarsalternativen i enkäten i en *frisk-* respektive *sjukgrupp* i de fall svarsalternativen var fler än två enligt Tabell 1. Frisk- och sjukgrupp skall endast ses som benämning av de två grupperna och inte som en diagnos.

⁵⁹ Göran Ejlertsson, *Grundläggande statistik - med tillämpningar inom sjukvården*, 2. uppl. (Lund: Studentlitteratur, 1992), s. 158.

Tabell 1 – Dikotomiserade svarsalternativ

<i>Fråga</i>	<i>Frisk</i>	<i>Sjuk</i>
11	<i>Ganska bra, bra, mycket bra</i>	<i>Mycket dåligt, dåligt, inte särskilt bra, godtagbart</i>
12	<i>Ganska bra, bra, mycket bra</i>	<i>Mycket dåligt, dåligt, inte särskilt bra, godtagbart</i>
15	<i>Inget, 1-2</i>	<i>3-5, 6-10, 11-20, 21-</i>
18	<i>Aldrig, nästan aldrig</i>	<i>Ofta, mycket ofta, alltid</i>
19	<i>Aldrig eller nästan aldrig</i>	<i>Då och då, ofta, mycket ofta eller alltid</i>
20	<i>Aldrig eller nästan aldrig, då och då</i>	<i>Ofta, mycket ofta, alltid</i>
21	<i>Mycket nöjd, nöjd</i>	<i>Relativt nöjd, missnöjd</i>
22	<i>Ja definitivt, ja något</i>	<i>Nej knappast, nej inte alls</i>
23	<i>Nej knappast, nej inte alls</i>	<i>Ja definitivt, ja något</i>
24	<i>Nej aldrig rökt, Nej har slutat</i>	<i>Ja, samtliga mängder</i>
26	<i>Nej</i>	<i>Ja någon enstaka gång, ja varje dag</i>
27	<i>Aldrig, mer sällan</i>	<i>1-2ggr/v, flera ggr/v, varje dag</i>

1.6.5 Validitet och reliabilitet

Validiteten kan påverkas av att gruppen hjälpsökande spelberoende är relativt liten och endast från en stad i Sverige varför för stora generaliseringar inte kan göras. Kontrollgruppen utgörs av deltagarna i studien LIV 2000 och används för att representera Sveriges befolkning. P.g.a. ett bortfall på ca. 50 % i LIV 2000 kan validiteten påverkas negativt då representativiteten skulle kunna försämrats och därmed inte spegla Sveriges befolkning på ett lika korrekt sätt som vid ett mindre bortfall. En ytterligare faktor som kan påverka validiteten är att LIV 2000 genomfördes för åtta år sedan medan de hjälpsökande spelberoende svarade på enkäten i november år 2008. Eftersom LIV 2000 inte undersökte spelberoende finns möjligheten att spelberoende och hjälpsökande spelberoende har svarat på den enkäten. Förekomsten av spelberoende är ca. 1-2 % vilket gör att de inte får så stor påverkan på studien.

För att höja reliabiliteten genomfördes en pilotstudie för att se till att frågorna i enkäten var tydliga och lätta att förstå. Vid datainsamlingstillfällena för hjälpsökande spelberoende medverkade författarna för att kunna svara på eventuella frågor. Enkäterna i LIV 2000 skickades däremot hem till respondenterna vilket gör att en viss skillnad i tillvägagångssätt finns. Deltagarna garanterades att uppgifterna skulle behandlas konfidentiellt i hopp om att på

så sätt få mer sanningsenliga svar. De frågorna som användes från LIV 2000 ändrades inte för att frågorna skulle ställas på samma sätt som till kontrollgruppen. LIV 2000-enkäten innehåller dock fler frågor. Om resultaten ses med ovan nämnda faktorer i åtanke anser vi att studiens validitet och reliabilitet är godtagbar.

2. Resultat

Resultaten redovisas enligt frågeställningarna. Fråga ett och två redovisas tillsammans och fråga tre under en egen rubrik.

2.1 Beskrivning av gruppen hjälpsökande spelberoende och kontrollgruppen

Tabell 2 – Beskrivning av grupperna

	H.S.	LIV 2000
Män	28	489
Kvinnor	3	576
Medelålder	35	44
Invandrabakgrund*	25,8 % (8 st)	8,4 % (79 st)

*Invandrabakgrund inkluderar individer som invandrat till Sverige eller vars båda föräldrar gjort det.

2.2 Har hjälpsökande spelberoende sämre upplevd hälsa och är de mer rastlösa eller stressade än den övriga befolkningen?

Upplevd fysisk och psykisk hälsa skiljde sig ej mellan grupperna ($p > 0,05$). När det gällde känslotillstånden trött och hängig samt håglös syntes ingen skillnad mellan grupperna ($p > 0,05$). I frågorna om hur ofta personerna upplever ensamhet, nedstämdhet och är rastlösa eller spända upptäcktes dock skillnader där en större andel hjälpsökande spelberoende uppgav att de kände av dessa problem. Även skattningen av den totala livssituationen är sämre hos hjälpsökande spelberoende än kontrollgruppen, se tabell 3.

Tabell 3 – Procentuell fördelning av svarande till frisk- resp. sjukgrupp

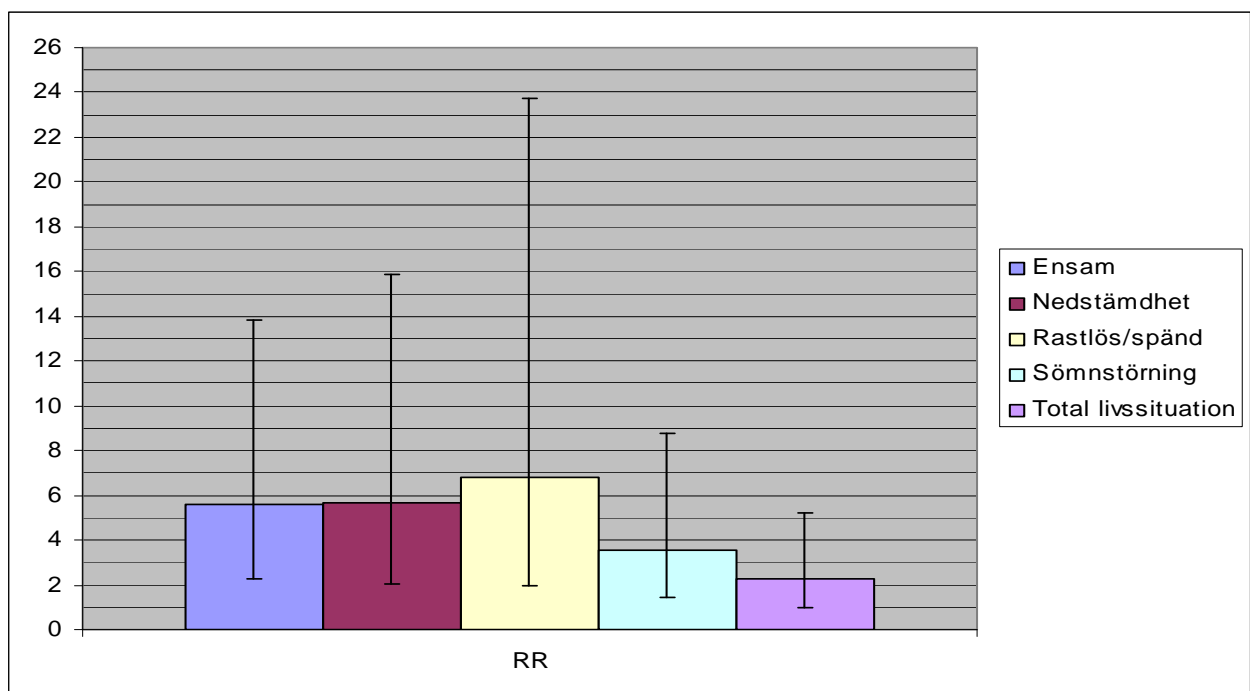
	H.S. friskgrupp	H.S. sjukgrupp	LIV 2000 friskgrupp	LIV 2000 sjukgrupp	p-värde Pearsons χ^2	Bortfall % av total
Trött / hängig	26,7 %	83,3 %	26,7 %	73,3 %	0,220	5,3 %
Håglös	51,7 %	48,3 %	61,8 %	38,2 %	0,270	13,4 %
Ensamhet	31,0 %	69,0 %	72,8 %	27,2 %	<0,001*	12 %

	H.S. friskgrupp	H.S. sjukgrupp	LIV 2000 friskgrupp	LIV 2000 sjukgrupp	p-värde Pearsons χ^2	Bortfall % av total
Nedstämdhet	17,2 %	82,8 %	51,4 %	48,6 %	<0,001*	7,9 %
Rastlös/spänd	10,0 %	90,0 %	44,4 %	55,6 %	<0,001*	8,4 %
Tot. livssituation	45,2 %	54,8 %	72,5 %	27,5 %	0,001*	8,6%

*Signifikant skillnad

2.2.1 Relativ risk kontrollerad för confounders

Även om hänsyn tas till faktorerna kön, ålder, rökning, snusning och utbildningsnivå kvarstår de tidigare konstaterade skillnaderna mellan grupperna. Den största skillnaden mellan hjälpsökande spelberoende och kontrollgruppen enligt studien där hjälpsökande spelberoende löper närmare sju gånger högre risk att drabbas av upplevd rastlöshet (1,965-23,746 95 % C.I.). Hjälpsökande spelberoende löper över fem och en halv gånger högre risk att drabbas av en upplevd känsla av nedstämdhet än kontrollgruppen (2,032-15,886 95 % C.I.), detsamma gäller för upplevd känsla att vara ensam där risken är densamma (2,280-13,847 95 % C.I.). Hjälpsökande spelberoende har 2,3 gånger högre risk än kontrollgruppen att hamna i sjukgruppen när det gäller hur nöjd man är med sin totala livssituation (1,012-5,197 95 % C.I.) Se figur 1.



Figur 1 – Relativ risk med hänsyn till confounders.

2.3 Kan komorbiditet konstateras hos hjälpsökande spelberoende?

2.3.1 Alkohol- och tobaksbruk

Alkoholkonsumtionen skiljde sig ej mellan grupperna förutom när det gäller folköl där hjälpsökande spelberoende hade en lägre konsumtion än kontrollgruppen. Dock var bortfallet ca 40 % när det gällde frågorna om alkohol. Andelen rökare och snusare var betydligt högre bland hjälpsökande spelberoende jämfört med kontrollgruppen. Rökning hade en hög svarsfrekvens, bortfallet var 0,9 % medan bortfallet var 35,6 % för snusning. Se tabell 4.

Tabell 4 – Alkohol och rökning

	H.S. friskgrupp	H.S. sjukgrupp	LIV 2000 friskgrupp	LIV 2000 sjukgrupp	p-värde Pearsons χ^2	Bortfall % av total
Folköl	100 %	0 %	78,1 %	21,9 %	0,013*	39,0 %
Starköl	72,4 %	27,6 %	84,9 %	15,1 %	0,069	38,0 %
Vin	73,9 %	26,1 %	62,4 %	37,6 %	0,260	36,3 %
Starkvin	94,4 %	5,6 %	97,2 %	2,8 %	0,501	40,7 %
Sprit	87,5 %	12,5 %	88,2 %	11,8 %	0,919	37,6 %
Rökning	45,2 %	54,8 %	76,5 %	23,5 %	<0,001*	0,9 %
Snusning	55,2 %	44,8 %	83,2 %	16,8 %	<0,001*	35,6 %

* Signifikant skillnad

2.3.2 Värk, smärta och sömnproblem.

När det gäller värk och smärta fanns inga skillnader mellan hjälpsökande spelberoende och kontrollgruppen. Andelen som angav att de hade sömnproblem var högre hos hjälpsökande spelberoende än kontrollgruppen (p=0,015). Se tabell 5.

Tabell 5 – Värk, smärta och sömnproblem

	H.S. friskgrupp	H.S. sjukgrupp	LIV 2000 friskgrupp	LIV 2000 sjukgrupp	p-värde Pearsons χ^2	Bortfall % av total
Huvud	92,6 %	7,4 %	87,4 %	12,6 %	0,420	7,0 %
Rygg	82,1 %	17,9 %	77,1 %	22,9 %	0,528	9,1 %
Nacke	86,2 %	13,8 %	78,3 %	21,7 %	0,309	9,3 %
Arm	89,7 %	10,3 %	88,2 %	11,8 %	0,813	12,1 %
Axel/skuldra	76,7 %	23,3 %	80,6 %	19,4 %	0,593	8,9 %
Hand	96,4 %	3,6 %	90,4 %	9,6 %	0,282	12,0 %
Höft	100 %	0 %	89,3 %	10,7 %	0,062	9,9 %
Ben	100 %	0 %	90,4 %	9,6 %	0,086	10,6 %
Fot	96,6 %	3,4 %	91,4 %	8,6 %	0,328	11,0 %
Knä	96,4 %	3,6 %	86,0 %	14,0 %	0,114	8,8 %
Mage	89,7 %	10,3 %	92,0 %	8,0 %	0,645	8,2 %
Hjärta	96,4 %	3,6 %	97,7 %	2,3 %	0,668	11,0 %
Bröst	89,7 %	10,3 %	96,2 %	3,8 %	0,073	10,1 %
Sömnstörning	71,0 %	29,0 %	86,5 %	13,5 %	0,015*	33,8 %

* Signifikant skillnad

Kontrollerat för tidigare nämnda confounders löper hjälpsökande spelberoende tre och en halv gånger högre risk att drabbas av sömnstörningar än kontrollgruppen (1,437-8,769 95 % C.I.) se figur 1.

2.3.3 Framtidstro

Vad gäller oro inför framtiden fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Däremot kände de hjälpsökande spelberoende att de i högre grad kunde påverka sin framtid. Se tabell 6.

Tabell 6 – Oro inför framtiden och påverkan av sin egen framtid

	H.S. friskgrupp	H.S. sjukgrupp	LIV 2000 friskgrupp	LIV 2000 sjukgrupp	p-värde Pearsons χ^2	Bortfall % av total
Oro inför framtiden	70,0%	30,0 %	63,3 %	36,7 %	0,450	9,1 %
Påverkansgrad av framtiden	93,5 %	6,5 %	72,5 %	27,5 %	0,009*	8,6 %

* Signifikant skillnad

2.3.4 Sjukdom, läkarbesök och medicinskt eller fysiskt handikapp

Läkarbesök under de senaste 12 månaderna, långvarig sjukdom samt medicinsk eller fysiskt handikapp skiljer sig inte mellan grupperna. Bortfallet för långvarig sjukdom är 9,8 %, bortfallet för läkarbesök under de senaste 12 månaderna är 33 % och medicinsk/fysiskt handikapp 34,2 %

3 Diskussion

Syftet med studien var att undersöka skillnader i hälsa mellan hjälpsökande spelberoende personer och den vuxna populationen i Sverige.

3.1 Metoddiskussion

Metoden i studien innehåller delar som kan vara värda att kommentera och diskutera. Färre svar än vad som förväntades erhöles p.g.a. att även anhöriga deltog i mötena vilket missats i tidigare kontakter med föreningen på vilka förväntningarna om ett högre antal grundade sig på.

I och med att kontrollgruppen hämtades från en annan studie och alltså redan svarat på frågorna kunde de inte ändras. Forskningen om spelberoende och droganvändning visar på att bruk av alkohol och tobak är vanligare hos spelberoende och det gäller även andra droger. Enkäten i LIV 2000 innehöll tyvärr inga frågor om några andra droger vilket gjorde att det saknades kontroller för den typen av frågor.

Frågan om alkoholkonsumtion är enligt oss mindre lyckat då den kan kännas besvärlig att fylla i. Det kan ha bidragit till det ganska höga bortfallet. Det kan också vara så att frågor om alkohol är ett känsligt område för många och att de därför väljer att inte svara.

En svaghet med studien är att en bortfallsanalys inte gjordes. Ett externt bortfall förekom då några av de hjälpsökande spelberoende valde att inte delta i studien. Varför de inte ville delta och om de skiljer sig på fler sätt från de svarande än att de inte ville delta vet vi alltså ingenting om.

De dikotomiserade svarsalternativen (tabell 1) ligger till grund för de statistiska beräkningarna. Indelningen grundar sig på vad vi anser tyder på att ett problem eller sjukdom förekommer. Andra indelningar hade varit möjliga med eventuellt andra resultat.

3.2 Resultatdiskussion

Resultatet av studien visar att det finns vissa skillnader mellan hjälpsökande spelberoendes hälsa och den vuxna populationen i Sverige. De största differenserna finns mellan upplevd ensamhet, nedstämdhet, rastlöshet eller spändhet. Skillnader finns även i sömnproblem, total livssituation och den upplevda förmågan att kunna påverka sin livssituation.

3.2.1 Internt bortfall

De frågorna med störst bortfall var frågorna om: läkarbesök (33 %), medicinsk/fysiskt handikapp (32,2 %), sömnproblem (33,8 %), snusning (35,6 %) samt alkohol (40 %). Anledningen till detta stora bortfall är okänt. Bortfallet på frågan kring rökning var däremot väldigt låg (0,9 %), frågan om snusning var lika enkel att svara på. Anledningen till denna stora skillnad i bortfall förblir därmed ett mysterium. Övriga frågors bortfall låg mellan 1 % till 13,4 %.

3.2.2 Har hjälpsökande spelberoende sämre upplevd hälsa och är de mer rastlösa och stressade än den övriga befolkningen?

I skattningen av den fysiska och psykiska hälsan fanns ingen skillnad mellan grupperna. Däremot fanns det skillnader i hur ofta olika tillstånd upplevdes. De hjälpsökande spelberoende upplevde ensamhet, nedstämdhet och rastlöshet oftare än befolkningen i stort. Skattningen av den totala livssituationen är sämre hos hjälpsökande spelberoende än kontrollgruppen.

Kompenserat för faktorerna kön, ålder, rökning, snusning och utbildningsnivå kvarstår de tidigare konstaterade skillnaderna mellan grupperna. Hjälpsökande spelberoende löper närmare sju gånger högre risk att drabbas av upplevd rastlöshet (1,965-23,746 95 % C.I.). Hjälpsökande spelberoende har över fem och en halv gånger högre risk att drabbas av en upplevd känsla av nedstämdhet (2,032-15,886 95 % C.I.) och ensamhet (2,280-13,847 95 % C.I.) än kontrollgruppen. Hjälpsökande spelberoende har 2,3 gånger högre risk än kontrollgruppen att hamna i sjukgruppen när det gäller hur nöjd man är med sin totala livssituation (1,012-5,197 95 % C.I.) och risken för att de drabbas av sömnstörningar är omkring 3 gånger högre jämfört med kontrollgruppen (1,437-8,769 95 % C.I.). Konfidensintervallen är relativt stora vilket beror på att antalet spelberoende är få. Med ett högre antal spelberoende hade eventuellt fler skillnader kunnat konstateras. Undersökningens storlek är alltså en svaghet för studiens reliabilitet.

I studiens teoretiska utgångspunkt handlade en del om människans belöningsystem och att kortisol ökar dopaminkänsligheten och därmed skulle spelberoende eller snarare beroendeproblematiken i sig ha att göra med att stresskänsliga personer lättare utvecklar ett beroende. Sömnstörningar och rastlöshet skulle kunna förklaras med teorin om att individer med ett beroende har störningar i dopaminsystemet. Med hänsyn till studiens resultat kan

paralleller dras mellan den teoretiska utgångspunkten och resultatet då sömnstörningar påverkar kortisolnivån hos människan och rastlöshet/spänd kan kopplas till stress och i så fall öka kortisolnivåerna. I kapitlet *Stressas vi till missbruk?* Ur boken *Stress – Individen, samhället, organisationen, molekylerna* tar författarna upp hur störningar i pannloben kan kopplas samman med sömnproblem. Detta skulle kunna förklara studiens resultat med tanke på skillnaden i sömnproblem och med tanke på att impulskontrollcentrat sitter i hjärnans pannlob. Impulskontrollen har stor betydelse för en spelare då människor med störd impuls kontroll har svårt att se samband mellan chans och risk. Vidare talar författarna i kapitlet om att även serotonin har betydelse för impuls kontrollen. Serotonin som har en stark koppling till nedstämdhet vilket går att läsa i samma bok men i kapitlet om utmattningssyndrom, detta skulle kunna förklara denna undersöknings resultat i skillnaden mellan grupperna på frågan om nedstämdhet där hjälpsökande spelberoende oftare kände sig nedstämda.

Teorin om somatisering och de normativa inslagen kring en stark psykisk hälsa skulle kunna förklara en del av skillnaderna i kroppsliga besvär mellan hjälpsökande spelberoende och befolkningen i stort och i så fall också förklara varför skillnader i upplevd psykisk ohälsa inte sågs. Någon skillnad i upplevd psykisk hälsa sågs inte i studien vilket stämmer överens med resultaten i komorbiditetsstudien i *Spelberoende i Sverige – Vad kännetecknar personer med spelproblem?* Om somatisering förekommer i gruppen är svårt att säga någonting om men om det gör det så yttrar det sig i ovan nämnda besvär och inte i värk eller smärtor.

Validiteten angående hur vida de hjälpsökande spelberoende är mer stressade än den övriga befolkningen är svag eftersom inga direkta frågor om stress förekom i enkäten. Frågan om hur ofta individen känner sig rastlös eller spänd har fungerat som en indikation på stress. De teoretiska idéerna om stressens koppling till beroendeproblem ger utrymme för tolkningen att det är sannolikt att hjälpsökande spelberoende skulle kunna vara mer stressade än befolkningen i stort.

3.2.3 Kan komorbiditet konstateras hos hjälpsökande spelberoende?

I komorbiditetsstudien i *Spelberoende i Sverige – Vad kännetecknar personer med spelproblem?* sågs inte någon signifikant skillnad i antal läkarbesök per år mellan gruppen med spelproblem och icke spelproblem. Någon skillnad i läkarbesök fanns inte heller i den här studien men vi vill inte för det påstå att det skulle innebära att det inte finns

hälsoskillnader eller komorbiditet. Det kan diskuteras om antal läkarbesök per år är ett bra mått på allmän hälsa men samtidigt är det en ofta använt.

På frågan om informanterna känner någon oro inför framtiden fanns ingen skillnad. Resultatet skulle kanske ha kunnat se annorlunda ut om vi endast frågat hjälpsökande spelberoende som nyligen sökt sig till någon behandling. Däremot fanns en signifikant skillnad vad gäller påverkan av sin framtid. Hjälpsökande spelberoende känner att de i större utsträckning kan påverka sin framtid än den svenska populationen i övrigt. En av anledningarna till det resultatet kan vara att hjälpsökande spelberoende sökt hjälp för sitt problem just därför att de tror sig kunna påverka framtiden.

Komorbiditet kunde konstateras med rökning och snusning. Det är ett annat utfall än vad som anges i *Spelberoende i Sverige – Vad kännetecknar personer med spelproblem?* Samtidigt var antalet spelberoende som använde tobak ungefär detsamma i båda studierna, omkring 50 %. Skillnaderna låg alltså i kontrollgrupperna.

När det gäller alkoholmissbruk fann Ibañez att det var vanligare bland spelberoende. I denna studie syntes ingen skillnad i alkoholkonsumtion förutom folköl där spelberoende drack mindre än kontrollgruppen. Alkoholkonsumtion kan endast ses som ett av flera tecken på missbruk och från resultaten av den här studien går det inte att säga något om alkoholmissbruk.

I Petrys genomgång av ett flertal studier framgick att beroende och missbruk av såväl alkohol, narkotika och tobak är högre hos spelberoende än normalbefolkningen. Narkotika tas inte upp i den här studien. *Spelberoende i Sverige – Vad kännetecknar personer med spelproblem?* fann att spelberoende i högre utsträckning prövat narkotika, dock fanns ingen skillnad i konsumtion det senaste året vid undersökningen.

Skillnaderna mellan de olika studierna kan bero på en mängd faktorer. Dels att studierna inte alltid mäter och frågar på samma sätt men det kan också finnas skillnader mellan olika länder och grupper i inställningen till att ange sitt brukande av narkotika, alkohol och tobak.

3.3 Slutsats och fortsatt forskning

Det finns vissa skillnader i hälsotillstånd mellan hjälpsökande spelberoende och befolkningen i stort. Resultaten är inte heltäckande och vidare forskning behövs för att se om hälsoskillnaderna påverkar behandlingen av spelberoende. Liknande studier som den här fast med ett större antal deltagare samt ett rikstäckande urval föreslås.

Käll- och litteraturförteckning

Tryckta källor

Agerberg, Miki, *Kidnappad hjärna – en bok om missbruk och beroende* (Lund: Studentlitteratur 2004).

Bergler, Edmund, *The psychology of gambling* (London: Bernard Hanison limited, 1958).

Brené, Stefan, *Underliggande biologiska orsaker till spelberoende, en kunskapsöversikt* (Stockholm : Statens folkhälsoinstitut, 2007).

Edström, Arne, *Spelfällan* (Norrköping : Kriminalvårdsstyrelsen, 1996).

Ejlertsson, Göran, *Grundläggande statistik - med tillämpningar inom sjukvården*, 2. uppl. (Lund: Studentlitteratur, 1992).

Ekblom, Björn et.al. “Secular trends of physical fitness in Swedish adults”, *Scand J Med Sci Sports*, 17(3) 2007, s. 267-73.

Ibáñez, Angela et.al., “Gender differences in pathological gambling”, *J Clin. Psychiatry*, 64 (2003), s. 295-301.

Ibáñez, Angela et.al., “Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment”, *Am J Psychiatry*, 158 (2001), s.1733-1735.

Johansson, Agneta et.al, “Risk Factors for Problematic Gambling: A Critical Literature Review”, *Journal of Gambling Studies*, 2008 Apr 5, [Epub ahead of print].

Jonsson, Jakob m.fl., *Spelberoende i Sverige – Vad kännetecknar personer med spelproblem?* (Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut 2000).

Kawa Izabela et.al, “Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation”, *Bipolar Disord.* 7 (2005), s.119-25.

Nilsson, Tomas, *Jakten på jackpot* (Stockholm: Fri förlag, 2002).

Nordell, Maria, *Anhörig till spelberoende - En manual för utbildning och stöd till spelberoendes anhörig* (Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2005).

Nyrén, Jan, *En framtida spelreglering, SOU 2008:124* (Stockholm: Fritzes, 2008).

Petry, Nancy M., *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment* (Washington: American Psychological Association, 2005).

Potenza, Marc N. et al, "Gambling – an addictive behavior with health and primary care implication", *J Gen Intern Med.*, 17 (2002), s. 721-732.

Ramirez, Luis F. et al., "Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment", *Addictive Behaviors*, 8 (1983), s. 425-428.

Rönnerberg, Sten m.fl., *Spel och spelberoende i Sverige*, (Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 2000).

Skaug, Thorbjörn, "Spelberoende", *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, (2001), s. 99-108.

Söderpalm, Bo, Söderpalm, Anna, Engel, Jörgen A., "Stressas vi till missbruk?", i *Stress – Individ, Samhället, Organisationen, Molekylerna*, red. Rolf Ekman, Bengt Arnetz (Stockholm: Liber AB 2005), s. 181-193.

Volberg, Rachel A. et.al, "Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 17 (2008), s. 250-25.

Westfelt, Lars, *Två studier om spel och spelproblem – En tvärsnittsanalys och en longitudinell analys om risken för spelproblem*, (Stockholm : Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, Stockholms universitet, 2006).

Åkerstedt, Torbjörn, Kecklund, Göran, ”Stress och sömn”, i *Stress –Indviden, Samhället, Organisationen, Molekylerna*, red. Rolf Ekman, Bengt Arnetz (Stockholm: Liber AB 2005), s. 232-239.

Åsberg, Marie, Nygren, Åke, Herlofson, Jörgen, Rylander, Gunnar, Rydmark, Ingrid, ”Utmattningssyndrom”, i *Stress – Indviden, Samhället, Organisationen, Molekylerna*, red. Rolf Ekman, Bengt Arnetz (Stockholm: Liber AB 2005), s. 224-31.

Elektroniska källor

Nationalencyklopedin

<<http://www.ne.se/artikel/199510/199510/tärningsspel>>, (Acc. 2008-12-03).

<<http://www.ne.se/artikel/926548/926548>>, (Acc. 2008-11-17).

<<http://www.ne.se/artikel/312638/312638>>, (Acc. 2008-11-17).

Statens Folkhälsoinstitut

<http://www.fhi.se/templates/Page_____129.aspx>, (Acc. 2008-10-26).

Lotteriinspektionen

<<http://www.lotteriinsp.se/sv/Spelmarknaden/>> (Acc 2008-11-21).

Riksdagen

<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=71&dok_id=GO12281> (Acc. 2008-12-02).

Bilaga 1

KÄLL- OCH LITTERATURSÖKNING

Frågeställningar:

Har hjälpsökande spelberoende sämre upplevd hälsa än den övriga befolkningen?

Är hjälpsökande spelberoende mer rastlösa eller stressade än den övriga befolkningen?

Kan komorbiditet konstateras hos hjälpsökande spelberoende?

VAD?

Vilka ämnesord har du sökt på?

Ämnesord	Synonymer
Pathological gambling/gamblers Problem gambling/gamblers Comorbidity Health Stress Insomnia Hypersomnia Gender Help seeking Spelberoende	Addictive gambling Sleeping disorder Sleeping disorder Treatment seeking Spelmani

VARFÖR?

Varför har du valt just dessa ämnesord?

Ämnesorden är relevanta och allmänt använda inom området.

HUR?

Hur har du sökt i de olika databaserna?

Databas	Söksträng	Antal träffar	Antal relevanta Träffar
PubMed	problem pathological gambl* Sweden	2	1
	problem pathological gambling substance abuse	106	2
	insomnia pathological gambl*	3	1
	gender pathological gambl*	51	1
	comorbidity pathological problem gambl*	128	3
	hypersomnia pathological gambling	3	2
	insomnia pathological gambling	5	2
	pathological gambl* health	219	4
	pathological gambl* stress	36	1
Libris	Spelberoende	65	8
	Spelmani	41	5

KOMMENTARER:

Sökningar i andra databaser som t.ex. CSA gav samma relevanta artiklar varför endast sökningarna från PubMed redovisas.

Bilaga 2

Välkommen till en viktig undersökning!

Kunskaperna är bristfälliga om kopplingar mellan hälsa och spelproblem. Med din hjälp hoppas vi kunna bidra till utveckling av kunskapsområdet.

Dina svar kommer att behandlas helt **konfidentiellt!**

Försök att svara på alla frågor, läs frågorna ordentligt och markera svarsalternativen med kryss. OBS det är även frågor på baksidan.

Om du inte förstår någon fråga eller av någon annan anledning inte kan svara på någon av frågorna – tveka inte att fråga oss!

Jonas Petré och Niklas Westin,
studenter vid Gymnastik- och idrottshögskolan i Stockholm.

Allmänna förhållanden

1. Födelseår
2. Kön Kvinna Man
3. Bor du tillsammans med någon? Bor ensam
 Bor ensam med barn
 Bor tillsammans med make/sambo
 Annat boende:
4. Sätt ett eller flera kryss för de alternativ som stämmer in på dig.
 Bor i mindre hus (mindre än 70 m²) Bor i radhus
 Bor i bostadsrättslägenhet Bor i villa
 Bor i hyreslägenhet Bor på annat sätt
 Äger eller har tillgång till bil
5. Har du eller dina föräldrar invandrat till Sverige? Nej
 Ja, mamma från _____
 Ja, pappa från _____
 Ja, jag själv från _____

6. Vilken är den högsta utbildningen du genomgått?

- Folkskola
- Grundskola
- Grundsärskola
- Realskola
- Yrkesskola eller motsvarande _____ Linje:
- Fackskola, 2-årig gymnasieskola _____
- 3-4-årig gymnasieskola _____
- Folkhögskola _____
- Universitet eller högskola Högst 3 år Mer än 3 år

Ämnen/examen:

- Annan utbildning: _____

Om du har fått din högsta utbildning utomlands, markera motsvarande svensk utbildning ovan!

7. Vad har du huvudsakligen för sysselsättning för närvarande?

- Förvärvsarbetar på heltid
Ange yrke, arbetsuppgifter så exakt som möjligt (skriv inte ”jobbar på sjukhus” utan ange t ex vårdbiträde, läkarsekreterare, sjuksköterska, kurator etc):

- _____
- Förvärvsarbetar på deltid _____ %

Ange yrke, arbetsuppgifter så exakt som möjligt:

- _____
- Arbetar i hemmet (vård av hem och barn)
 - Är pensionär
 - Är arbetslös
 - Studerar på heltid
 - Studerar på deltid
 - Är långvarigt sjukskriven
 - I militärtjänst
 - Annat: _____

8. Hur mycket har du i genomsnittlig inkomst per månad (före skatt)?

- Har ingen inkomst alls
- Har oregelbunden inkomst
- 0-10.000 kr
- 11-15.000 kr
- 16-20.000 kr
- 21-25.000 kr
- 26-30.000 kr
- 31.000 kr eller mer

Fysisk aktivitet

9. Hur mycket har du i allmänhet rört dig eller ansträngt dig kroppsligt på din *fritid* under det senaste året? OBS! Sätt kryss för *alla* alternativ som stämmer in på dig.

- a) Har rört mig mycket litet
- b) Har rört mig mycket litet men ibland tagit någon enstaka promenad eller liknande.
- c) Har fått "vardagsmotion" i samband med städning, att gå i trappor, trädgårdsarbete, sällskapsdans, promenad eller lättare cykelturer till och från arbetet, gå ut med hunden etc.
- d) Har, utöver aktiviteterna i c), ägnat mig åt lättare form av motion som promenader (eller andra aktiviteter med motsvarande ansträngning) *minst en gång per vecka*
- e) Har ägnat mig åt mer ansträngande motion som t ex snabba promenader, joggning, simning, motionsgymnastik eller motsvarande *minst en gång per vecka*
- f) Har regelbundet ägnat mig åt *hård träning eller tävling* där den fysiska ansträngningen varit stor, t ex löpning och olika bollspel

10. Hur fysiskt ansträngande har ditt dagliga arbete eller din dagliga sysselsättning varit under de senaste 12 månaderna?

- Övervägande stillasittande
- Lätt fysiskt arbete men där jag rör mig en hel del (t ex lätt industriarbete, affärsbiträde, lärare)
- Ganska fysiskt ansträngande arbete (t ex lokalvårdare, brevbärare, sjukvårdsbiträde)
- Mycket fysiskt ansträngande arbete (tungt kroppsarbete, t ex cykelbud, tyngre skogsarbete eller byggnadsarbete)

Hälsotillstånd

11. Hur är ditt allmänna fysiska hälsotillstånd?

- Mycket dåligt
- Dåligt
- Inte särskilt bra
- Godtagbart
- Ganska bra
- Bra
- Mycket bra

12. Hur är ditt allmänna psykiska hälsotillstånd?

- Mycket dåligt
- Dåligt
- Inte särskilt bra
- Godtagbart
- Ganska bra
- Bra
- Mycket bra

13. Hur många gånger har du varit hemma från arbetet/skolan på grund av sjukdom de senaste 12 månaderna?

Antal gånger

Totalt antal dagar

Ev. kommentar:

14. Har du varit sjukskriven längre tid än 14 dagar i sträck de senaste 12 månaderna?

Ja, för (sjukdom / skada)

Nej

15. Hur många läkarbesök har du gjort de senaste 12 månaderna?

Inget

6-10

1-2

11-20

3-5

21-

16. Lider du av någon långvarig/allvarlig sjukdom?

Nej

Ja, nämligen

17. Har du något medicinskt/fysiskt handikapp och/eller astma, allergiska besvär som hindrar fysisk aktivitet?

Nej

Ja, nämligen

18. Hur ofta känner du av nedanstående besvär? Sätt ett kryss för varje rad.

	Aldrig eller nästan aldrig	Då och då	Ofta (varje vecka)	Mycket ofta	Alltid
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk/smärta i rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
” i nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
” i arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
” i axel/skuldra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
” i hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk/smärta i höft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
” i ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
” i fot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
” i knä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk/smärta i mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
” i hjärtat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
” i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Hur har du i allmänhet känt dig under de senaste månaderna? Sätt ett kryss för varje rad.

	Aldrig eller nästan aldrig	Då och då	Ofta (varje vecka)	Mycket ofta eller alltid
Trött och hängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håglös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlös / spänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Har du någon typ av sömnproblem?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aldrig eller nästan aldrig | <input type="checkbox"/> Mycket ofta |
| <input type="checkbox"/> Då och då | <input type="checkbox"/> Alltid |
| <input type="checkbox"/> Ofta (varje vecka) | |

21. Om du ser till din totala livssituation, hur nöjd är du med den?

- Mycket nöjd
- Nöjd
- Relativt nöjd
- Missnöjd

22. Tycker du att du kan påverka din livssituation?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, definitivt | <input type="checkbox"/> Nej, knappast |
| <input type="checkbox"/> Ja, något | <input type="checkbox"/> Nej, inte alls |

23. Känner du oro inför framtiden när det gäller dig själv eller någon i din närhet?

- Ja, definitivt
- Ja, något
- Nej, knappast
- Nej, inte alls

Alkoholvanor och tobaksbruk

24. Röker du?

- Nej och jag har aldrig rökt
- Nej, jag har slutat
- Ja, någon enstaka gång
- Ja, högst 1-2 cigaretter/dag
- Ja, högst 3-5 cigaretter/dag
- Ja, högst 6-10 cigaretter/dag
- Ja, högst 20 cigaretter/dag
- Ja, mer än 20 cigaretter/dag

25. Om du är f d rökare, hur länge rökte du? (om inte gå t. fråga 26)

- Mindre än ett år
- Mellan ett och fem år

- Mer än fem år

26. *Snusar du?*

- Ja, varje dag
- Ja, någon enstaka gång
- Nej, aldrig

27. Hur ofta konsumerar du alkohol per vecka, och hur mycket konsumerar du? Försök att beräkna utifrån en normalvecka.

	Varje dag	Flera ggr/vecka	1-2ggr/vecka	Mer sällan	Aldrig	Ange sammanlagd mängd per vecka (ange i cl.)
Folköl						
Starköl						
Vin						
Starkvin						
Sprit						

Tack för att vi fick komma hit, och att du ville delta i vår undersökning!