

Spelberoende är en högaktuell diagnos

SNABBA INTERNETSPEL OM PENGAR HAR STOR BEROENDEPOTENTIAL – KBT GER GOD EFFEKT

Carolina Widinghoff, doktorand, läkare
 ● carolina.widinghoff@med.lu.se

Anders Håkansson, professor, specialistläkare; båda Lunds universitet, institutionen för kliniska vetenskaper Lund, psykiatri; enheten för klinisk beroendeforskning, Beroendecentrum, VO vuxenpsykiatri Malmö, Region Skåne

Hasardspelsyndrom, ofta kallat spelberoende (på engelska »gambling disorder«), har tidigare benämnts spelmani och tillhört impulskontrollstörningarna men är nu sedan 2013 klassificerat som ett beroendesyndrom. Diagnosen omfattar spel om pengar och är den första, och hittills enda, i kategorin »icke-substansrelaterade syndrom« i DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) [1, 2].

Spelberoende skiljer sig avsevärt från det »vanliga rekreationsspelandet« och kan få förödande konsekvenser för drabbade och anhöriga, både ekonomiskt och socialt [3]. En stor amerikansk populationsstudie har visat signifikanta samband mellan förekomst av suicidtankar, suicidförsök och grad av spelproblem [4]. Diagnosen spelberoende sätts efter en helhetsbedömning av uppfyllda kriterier och klinisk situation (Fakta 1). Tillståndet kan uppvisa ett snabbt svängande mönster och har mycket gemensamt med substansberoenden avseende epidemiologi, genetik, psykiatrisk samsjuklighet och neurobiologi [5, 6].

Hög andel psykiatrisk samsjuklighet

En välkänd förklaringsmodell för spelberoendeutveckling har visat att omkring 60 procent av de patologiska spelarna har annan psykisk problematik, t ex depressions- och ångestsyndrom eller antisocialt beteende, som föregår spelberoendet, medan övriga är väsentligen psykiskt friska sedan tidigare utan uppenbara tecken på biologisk eller affektiv predisposition. Det är svårt att kartlägga kronologin i dessa förlopp, men sannolikt föreligger ofta en predisponerande sårbarhet för spelberoende och andra psykiska tillstånd, som också kan påverka och accentuera varandra [7, 8].

Den psykiatriska samsjukligheten är stor både vid problematiskt spelande och vid spelberoende. Enligt en metaanalys från 2015 hade över 75 procent (75,5 procent; 95 procents konfidensintervall [95KI] 46,5–91,8) av dem som söker hjälp för spelberoende minst en annan psykiatrisk diagnos [9, 10]. Bland patienter som behandlas för substansberoende rapporteras omkring en fjärdedel ha samtidiga spelproblem, och ca 14 procent bedöms uppfylla kriterierna för spelberoende [10]. Spelproblem är tydligt överrepresenterade i kriminella populationer, och kriminalitet är vanligare bland problemspelare än i normalbefolkningen, men de flesta personer med spelproblem är inte kriminella [11, 12].

Prevalensen av spelproblem rapporteras variera mellan 0,12 och 5,8 procent globalt och mellan 0,12

FAKTA 1. Diagnoskriterier

För diagnos krävs under en 12-månadersperiod minst 4 av följande 9 symtom, som lett till kliniskt signifikant lidande och inte förklaras bättre av mani (diagnosen omfattar endast spel om pengar):

- spelar för allt större summor
- rastlöshet eller irritabilitet vid försök att sluta (»abstinenssymtom«)
- upprepade misslyckade försök att sluta
- ständiga tankar på spel
- spelar vid psykiskt dåligt mående
- spelar i försök att vinna tillbaka förluster
- ljuger för att dölja spelandets omfattning
- riskerar arbete och relationer etc på grund av spelande
- ekonomiskt beroende av andra.

Nomenklatur: ICD-10 – spelberoende F63.0
 DSM-5 – hasardspelsyndrom 312.31.

»Diagnosen spelberoende sätts efter en helhetsbedömning av uppfyllda kriterier och klinisk situation ...«

HUVUDBUDSKAP

- Spelberoende är ett allvarligt tillstånd, som är mycket aktuellt i Sverige i dag. Ungefär 2 procent av den svenska befolkningen har spelproblem, och varje år tillkommer omkring 100 000 problemspelare.
- Snabba internetspel om pengar har hög beroendepotential och utgör huvudproblemet för majoriteten av svenska problemspelare.
- Den psykiatriska samsjukligheten är omfattande och suicidrisken förhöjd.
- Sjukvård och socialtjänst är sedan den 1 januari 2018 skyldiga att erbjuda utredning och behandling (se information på www.stodlinjen.se).
- Snabbscreening utförs med evidensbaserade verktyg och kräver inte specialistkompetens. Huvudsaklig behandling är KBT.
- Behovet av effektivt implementeringsarbete och vidare forskning är stort.

TABELL 1. Benämningar och prevalenssiffror avseende problem på olika nivåer [27].

Benämning	Prevalens i åldersgruppen 18–64 år
● Spelproblem, totalt	Cirka 2 procent (134 000 personer)
Spelande med bristande kontroll, som medför negativa konsekvenser	
Allmänt begrepp, ej psykiatrisk diagnos	
● Spelberoende (hasardspelsyndrom)	Cirka 0,4 procent (31 000 personer)
Klinisk psykiatrisk diagnos baserad på diagnoskriterier	
Andel med de mest allvarliga problemen (även inräknade ovan)	
● Förhöjd risk	Cirka 4 procent (268 000 personer)
Är inte problemspelare men bedöms ha förhöjd risk baserat på sitt spelbeteende	

och 3,4 procent i Europa [13]. Omkring 0,4–1,6 procent av världens befolkning beräknas ha så allvarliga spelproblem att de uppfyller kriterierna för spelberoende-diagnos [14].

Spelande och spelproblem i Sverige

I Sverige har Folkhälsomyndigheten sedan 2008 arbetat med en av världens största befolkningsstudier om spel, Swedish longitudinal gambling study (SWELOGS), som består av flera delar med upprepade mätningar av spelande, spelproblem och hälsa [15]. Utifrån SWELOGS vet vi att 1-årsprevalensen av spel om pengar har minskat det senaste decenniet (från 70 procent till 58 procent mellan 2008 och 2015) samtidigt som den andel av befolkningen som har spelproblem legat relativt stabil och omsättningen i kronor har ökat.

I genomsnitt har hushållen lagt lika stor del av sin disponibla inkomst på spel sedan 1990-talet, vilket tillsammans med ovanstående indikerar att färre personer spelar för allt mer pengar. I dag rapporteras omkring 2 procent av befolkningen ha ett problematiskt spelande och 0,4 procent har allvarliga spelproblem, vid en given tidpunkt (Tabell 1).

När en grupp följdes av Folkhälsomyndigheten under en 6-årsperiod hade 5 procent haft spelproblem vid minst en tidpunkt. Det finns en stor rörlighet i problemgruppen med en tillkomst på ungefär 100 000 problemspelare årligen, varav 20 procent är återfall, medan merparten, 80 procent, inte haft problem med spel tidigare [16].

Traditionellt sett har det funnits en föreställning om att spelberoende skulle vara ett kroniskt progredierande tillstånd, men studier av longitudinella förlopp har visat att den intraindividuell variabiliteten ofta är stor och att återgång inte nödvändigtvis sker till den tyngsta problemnivån [17–22]. Det behövs ytterligare forskning för att kartlägga mekanismerna kring detta, men föreslagna teorier diskuterar möjligheterna både till faktiskt tillfrisknande och till mer komplexa händelseförlopp såsom avhållsamhet på stor emotionell bekostnad eller övergång till annat beteende- eller substansrelaterat beroende (t ex rökning, shopping eller ökat alkoholintag) [17].

Dysfunktionella personlighetsdrag och omfattande psykopatologi återkommer som prediktorer för persisterande spelberoende i flertalet studier [23, 24]. Samtidigt indikerar en tysk multimodal behandlingsstudie av spelberoende att sådana personlighetsdrag,

t ex neuroticism, kan minska över tid och är då associerade med avhållsamhet från spel. I samma studie identifierades tre olika grupper 1 år efter behandlingen, där ca 40 procent uppnått full avhållsamhet från spel, ca 30 procent hade ett fortsatt spelberoende och ca 30 procent fortfarande spelade men inte uppfyllde kriterierna för beroende [25].

Ur ett folkhälsoperspektiv är det viktigt att nå ut till personer i riskzonen, med preventiva och behandlande insatser, och få söka hjälp för sina spelproblem [26]. Svensk och internationell forskning har visat att riskfaktorer för spelproblem är bl a manligt kön, ung ålder, låg socioekonomisk status och att tillhöra en etnisk minoritet [27].

I en första studie från spelberoendemottagningen på Beroendecentrum i Malmö, presenterades aktuella analyser över vilka som sökte hjälp från öppnandet i januari 2016 och drygt 1 år framåt. 80 procent var män, och medelåldern var 31,5 år [28]. Sammanfattningsvis gavs en bild som belyser beroendepotentialen i nätkasinospel och sportvadslagning på internet, spelformer som gav problem hos 84 procent av patienterna (n = 80). Efter nätspel var spel på fysiskt kasino det näst vanligaste problemspelet och förekom hos 19 procent (n = 18). 58 procent av patienterna hade minst en aktuell psykiatrisk diagnos utöver spelberoendet [28].

Problematiska spel och en oreglerad marknad

Vissa typer av spel har visat sig vara betydligt mer beroendeframkallande än andra. Högriskspel karakteriseras av kort tid mellan satsning och resultat, möjlighet till flera parallella spelsessioner, ljus- och ljud-effekter och möjligheten att själv bestämma spelsumman. Lättillgänglighet, snabba utbetalningar och kontinuiteten i långa spelsessioner är också associerat med ökad risk för spelproblem [27, 29]. Enligt analyser från SWELOGS finns ett samband mellan spelproblem och regelbundet spelande på spelautomater, kasinospel, poker och bingo.

Folkhälsomyndigheten rapporterar att problemspe-

»I dag rapporteras omkring 2 procent av befolkningen ha ett problematiskt spelande ...«

lare står för omkring 75 procent av nätkasinobolagens omsättning [»Kalla fakta«, TV4, 23 oktober 2016; analys utförd av Folkhälsomyndigheten]. Det finns kopplingar mellan internetspel om pengar generellt och spelproblem, enligt flertalet studier. Resultaten varierar dock mellan olika populationer och är inte entydiga. I en djupgående översikt från 2015 är den sammanfattade slutsatsen att de longitudinella studier som utförts hittills är för små för att kunna visa säkra kausalsamband mellan internetspelade om pengar och spelberoende, men att problemspelare är vanligare bland internetspelare och att internet verkar bidra signifikant till spelproblem för en del av spelarna [30-33].

Internetspelare utgör en konkret risk med tanke på den utbredda tillgängligheten och möjligheten till oavbrutna avskilda spelsessioner, och personer som har problem med spel om pengar på internet rapporterar också i högre grad störd sömn och försämrade matvanor än dem som har problem med landbaserade spel. Upp till 28 procent av internetspelarna uppger också att digitala pengaformer minskar den konkreta känslan av hur mycket pengar man faktiskt förlorar [31-35]. Bland svenska hjälpsökande problemspelare utmärker sig de snabba internetspelen avsevärt vid jämförelse med internationell litteratur [28].

Sverige har ett lagstadgat nationellt spelmonopol, men under de senaste åren har det skett en explosionsartad ökning av internetspelade på kasinon och vadslagning i realtid. Oreglerade internetbaserade företag som opererar från utlandet har i dag en total marknadsandel på ca 23 procent och hela 55 procent av internetmarknaden [36]. Den totala omsättningen på den reglerade marknaden uppgick till över 46 miljarder brutto och 17 miljarder netto år 2017 [37]. Spelmarknaden tillväxte med 7-8 procent årligen under 2008-2015, och de oreglerade företagen fortsätter att ta allt större marknadsandelar [36, 37].

Enligt Folkhälsomyndigheten kommer endast 13 respektive 14 procent av de satsade pengarna på kasinospel och spelautomater från personer utan aktuell risk för spelproblem [16].

Spelbolag på internet erbjuder spelmöjligheter dygnet runt, och trots att det finns omfattande epidemiologiska data kring problematiken i Sverige har de flesta regioner saknat både en etablerad nationell strategi och strukturerad behandling [28]. Utlandsbaserade internetbolag har i praktiken kunnat öka sina marknadsandelar utanför det svenska skattesystemet och utan att begränsas av någon form av kontrollerade skyddsåtgärder för problemspelare eller krav på etisk marknadsföring [36]. Enligt lotterilagen är det inte tillåtet att marknadsföra spel i Sverige utan tillstånd, men förbudet har varit i stort sett verkningslöst i sin nuvarande form.

Spelreklamen har ökat stadigt

Även spelreklamen har ökat stadigt de senaste 15 åren och nådde 2017 en topp med 5,5 investerade miljarder [<https://www.lotteriinspektionen.se/om-oss/statistik/statistiknytt/Spelreklam-for-5-5-miljarder-2017>], varav merparten från nätkasinobolag utan tillstånd [27]. De flesta som spelar upplever inte spelreklam som något negativt, men reklam ökar spelandet överlag och förvärrar spelproblem - framför allt med de

»Utökat spelansvar utgör en central del i den nya regleringen, tillsammans med framlyftande av marknadsföringslagen.«

mest problematiska spelen - via lättväckta och svårhanterliga impulser [38, 39].

Utökat spelansvar centralt i ny reglering

År 2015 tillsattes en statlig utredning [40] för att komma åt de aktuella problemen på spelmarknaden via ny lagstiftning. Betänkandet [36] har överlämnats och omfattar ett nytt licenssystem som är avsett att träda i kraft år 2019. Spelmarknaden ska övergå till ett oligopol med både konkurrensutsatta och exklusiva delar och ge möjlighet för nya aktörer att söka licens. Licensinnehav ska ställa krav på spelbolagens beteende gentemot marknad, myndigheter och spelare. Brott mot uppsatta regler kommer att medföra sanktioner, och de som marknadsför spel utanför licenssystemet ska kunna lagföras.

Utökat spelansvar utgör en central del i den nya regleringen, tillsammans med framlyftande av marknadsföringslagen. Några av åtgärderna är krav på registrering och analys av varje spelares spelbeteende, obligatoriskt erbjudande om att sätta upp gränser för tid och belopp, aktiva varningar och lättillgänglig självavstängning.

Reklam ska vara korrekt och balanserad, inte förmedla bilden av spel som socialt attraktivt, en lösning på ekonomiska problem eller en väg till framgång (genom exempelvis användande av välkända personer) och inte få spel att framstå som gratis om så inte är fallet.

Socialstyrelsen har publicerat kunskapsstöd

Parallellt med riksdagens marknadsreglerande arbete har det också skett avgörande förändringar i form av ny lagstiftning avseende ansvaret för behandling av personer med spelberoende. Lagändringarna trädde i kraft den 1 januari 2018 och innebär att spelberoende omfattas av både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, vilket medför att rätten till stöd och behandling likställs med andra beroendetillstånd.

Socialstyrelsen har publicerat ett kunskapsstöd med aktuella bedömningsinstrument och behandlingsåtgärder baserade på en systematisk kunskapsöversikt [41] från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), ytterligare kartläggning av vetenskapliga studier och erfarenhetsbaserad kunskap från behandlare. Rekommendationerna är på en övergripande nivå, och fokus ligger på att patientnyttan ska överväga eventuella negativa konsekvenser [27]. Kommuner och landsting ska samarbeta kring implementeringen av nya behandlingsrutiner, och särskilda skyldigheter föreligger att även beakta barns behov av information, råd och stöd vid spelmissbruk hos en anhörig.

Det är även av vikt att notera att en metaanalys visat tydliga samband mellan spelproblem och våld; problemspelare rapporterar i hög utsträckning att de

TABELL 2. Olika korta formulär för initial screening och bedömning av hjälpbehov. Korta screeningformulär syftar till att upptäcka spelproblem; vid minst ett jakande svar på ett av formulären kan man misstänka spelproblem.

Formulär och frågeinnehåll	Antal frågor	Referens
● NODS-CLIP Kontrollförlust, lögner, upptagenhet	3	Toce-Gerstein et al 2009 [46]
● NODS-PERC Upptagenhet, verklighetsflykt, jaga förluster, sociala konsekvenser	4	Volberg et al 2011 [47]
● Lie/Bet questionnaire Lögner, kontrollförlust	2	Johnson et al 1997 [48]
● ASI Spel Speltyper, aktuella konsekvenser och hjälpbehov	26	Håkansson och Widinghoff 2017 [57]

utsatt människor i nära relationer för fysisk eller psykisk misshandel (38,1 procent) eller själva blivit utsatta (36,5 procent), och drygt 11 procent av dem som utsätter andra för fysiskt eller psykiskt våld i nära relationer har spelproblem [42].

Evidens för att KBT kan minska svårighetsgraden

Ur ett behandlingsperspektiv är spelberoende ett relativt nytt forskningsområde, och behovet av studier är stort, inte minst rörande förlopp och effekter på längre sikt. Det finns dock viss samlad evidens för att kognitiv beteendeterapi (KBT) kan minska spelberoendets svårighetsgrad [41], och KBT, ibland kombinerat med motiverande samtal, är den huvudsakliga, rekommenderade behandlingsformen.

En Cochranebaserad metaanalys från 2012 undersökte effekten och varaktigheten av olika terapiformer för spelberoende i 14 olika studier, med de primära utfallsmåtten allvarlighetsgrad av symtom, finansiell förlust och spelfrekvens, mätta i standardiserade medelvärdeskilnader (SMD). Effektstorleken för KBT 0-3 månader efter utförd behandling var medelstor (SMD för finansiell förlust: -0,52, 95KI -0,71 till -0,33, n = 505) till mycket stor (SMD för allvarlighetsgrad av symtom: -1,82, 95KI -2,61 till -1,02, n = 402). Studier med längre uppföljning var dock för få för att effektens varaktighet och behandlingsvinster skulle kunna bedömas på sikt. Analyserna gav preliminär evidens för att motiverande samtal minskar spelfrekvensen vid 9- till 12-månadersuppföljning (SMD -0,53; 95KI -1,04 till -0,02, n = 62) men inte säkert ger effekt på andra symtom [43].

Liknande resultat bekräftades i en metaanalys av 21 studier år 2017, som också betonar möjligheten att anpassa terapins form, intensitet och längd efter individuella behov [44]. Med hänsyn till den variation som ses i effekterna av olika terapiformer, och spelberoendets heterogena etiologi och uttryck, finns det anledning att utgå ifrån att personaliserad medicin kan bli en optimal modell inom spelberoendebehandling på sikt [7, 43, 45].

Enligt bedömningen i det nationella kunskapsstödet medför KBT-behandlingen övervägande positiva konsekvenser för patienten och kan ske i grupp, individuellt, webbaserat eller via telefonstöd. Förutsättningar för ett bra resultat är god kompetens vid diagnostiska bedömningar och i KBT med spelinrikt-

ning samt ett motiverande förhållningssätt. För att optimera patientens upplevelse och resultatet av behandlingen ska både det inledande och det kontinuerliga bemötandet, liksom vid annan beroendeproblematik, vara respektfullt, neutralt, icke-dömande och icke-konfrontativt samt erbjuda möjligheter för patienten att uttrycka egna tankar [27]. Syftet är att spelberoendet ska minska eller upphöra, att minska onödigt lidande hos patienter och anhöriga och att reducera spelandets negativa konsekvenser.

Grunden i behandlingen är att kartlägga och förändra tankar och beteenden som vidmakthåller spelberoendet, vilket ställer krav på en kombination av kunskap kring både spelproblematik och KBT hos behandlaren. Motiverande samtal kan med fördel ges som tillägg till eller i kombination med KBT och är särskilt lämpligt för personer som har behov av att öka sin motivation till beteendeförändringar. KBT rekommenderas som behandling för spelberoende även vid samsjuklighet med substansberoende eller andra psykiatriska diagnoser. Det är av stor vikt att inventera och följa upp tänkbara problem utöver spelandet, inte minst suicidtankar och suicidalt beteende, för att snabbt kunna involvera andra delar av den psykiatriska specialistvården om behov föreligger.

Det saknas vetenskapliga underlag för att bedöma effekten av andra behandlingsformer, t ex 12-stegsmodellen och självhjälpgrupper. Det finns i nuläget inte heller tillräckligt med farmakologiska studier för att ge indikation för läkemedelsbehandling, även om opioidreceptorantagonister (exempelvis nalmefen och naltrexon) som används vid alkoholberoende möjligen har visat lovande resultat också vid spelberoende [27].

Behov av stöd och behandling bör utredas snabbt

Med hänsyn till det nya lagstadgade behandlingsansvaret ska spelberoende, i likhet med andra beroendeproblem, uppmärksammas av sjukvård och socialtjänst och kan lämpligen inkluderas vid upptagning av anamnes i samtliga situationer då det kan antas vara relevant, t ex inom primärvård, beroendevård och annan psykiatrisk vård.

Vid tecken på spelproblem är det angeläget att snabbt utreda behovet av stöd och behandling, särskilt med tanke på det svåra lidande och den tydligt ökade suicidrisk som spelberoende medför. Remitte-

ring (eller information och uppmuntran kring egenremiss om så är möjligt) sker till KBT med spelinriktning, och kontakt med socialtjänsten upprättas vid behov. Personer med spelproblem kan också vända sig primärt till socialtjänsten för att få hjälp, som vid substansberoende. På Stödlinjen (www.stodlinjen.se) finns information till sjukvårdspersonal, patienter och anhöriga.

Det finns flera korta frågeformulär som inte kräver särskilda förkunskaper och är enkla att använda i screeningsyfte (Tabell 2). De är baserade på mer omfattande instrument och har god sensitivitet och specificitet för ett problematiskt spelande, trots att de bara innehåller några få frågor. Exempel på sådana är NODS-CLIP [46], NODS-PERC [47] och Lie/Bet questionnaire [48]. Vid fortsatt utredning av spelproblematik används mer omfattande bedömningsinstrument, med syfte att öka möjligheterna till adekvat stöd och hjälp vid behandling och uppföljning.

National Opinion Research Center DSM-IV screen for gambling (NODS) är en strukturerad diagnostisk intervju uppbyggd efter DSM-IV-kriterierna [49, 50]. South Oaks gambling screen - revisited (SOGS-R) [51] och Problem gambling severity index (PGSI) [52, 53] är andra bedömningsinstrument som finns översatta till svenska och används i forskning och klinik. De innehåller kartläggande frågor om spelandet och dess konsekvenser och indikerar allvarlighetsgraden i specifika skalor, men är inte diagnostiska.

Det är viktigt att frågor kring andra beroenden, psykisk hälsa, interpersonellt våld och suicidtankar också ställs, med hänsyn till den omfattande samsjukligheten.

Analogt med att spelberoende har tillkommit som beroendediagnos lanseras nu också en tilläggsdomän för spel i det tidigare väletablerade Addiction severity index (ASI) för bedömning av svårighetsgrad och vårdbehov vid alkohol- eller narkotikaproblem [54-56]. ASI Spel är en kortfattad intervju, särskilt anpassad för svenska förhållanden, som är lämplig för kartläggning av spelproblem och aktuellt hjälpbehov. Formuläret finns tillgängligt på Socialstyrelsens webbplats och kan användas fristående eller i kombination med den mer djupgående intervjun, som även omfattar substansberoenden och flertalet andra livsområden associerade till beroendeproblematik (Tabell 2) [57].

Nytt nationellt register ska kvalitetssäkra vården

Spelberoende är ett vanligt psykiskt tillstånd i Sverige i dag. Med hänsyn till det växlande förloppet drabbas flera gånger så många mätt över några års tid, men punktprevalansen för spelproblem är ungefär 2 procent - att jämföra med exempelvis alkoholberoende (4,1 procent) [58], egentlig depression (5,2 procent) [59] och schizofreni (ca 0,5 procent) [60]. Ett flertal psykiatriska diagnoser är associerade till spelberoendesyndromet, och krisreaktioner, förhöjd suicidrisk och svåra familjeproblem är allvarliga konsekvenser som ökar angelägenheten att nya vårdrutiner effektivt implementeras i enlighet med aktuell lagstiftning.

Det bör understrykas att spelberoende är behandlingsbart och relativt lätt att screena för. Förhoppningarna är att nya rutiner för utredning och behandling tillsammans med kommande lagstiftning för

»Det bör understrykas att spelberoende är behandlingsbart och relativt lätt att screena för.«

reglering på spelmarknaden ska minska den accelererande sjukdomsburden vi ser i dag. Nyligen skapades kvalitetsregistret GamReg Sweden för att i likhet med andra nationella vårdregister kunna följa vårdökande och kvalitetssäkra vården även för spelberoende [61].

Kommande forskning är bl a inriktad på att fortsätta utveckla effektiva behandlingsmetoder samt preventionsarbete riktat mot särskilt sårbara grupper. Vården behöver tänka på spel som en diagnos och en angelägenhet för vård på olika nivåer. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författarnas forskning vid Lunds universitet har finansiellt stöd från statliga ägda Svenska spel AB som en del i bolagets spelansvarsarbete.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:FCDM*

SUMMARY

Gambling disorder – a current issue in Sweden

Gambling disorder is a serious condition and a current issue in Sweden. The national prevalence of problem gambling is 2 %, including 0.4 % meeting criteria for gambling disorder, but the incidence numbers are substantially higher due to the dynamic pattern of the disorder with people moving into and out of the problem gambling group. Rapid internet games, such as internet casinos and sports betting, cause a predominant share of the gambling problems, and the market has shown an unrestrained growth for years. New public amendments are upcoming and from the 1st of January 2018, healthcare and social services have a pronounced obligation to offer investigations and treatment (mainly CBT) for gambling disorder. The psychiatric comorbidity is high, and the risk of suicide is clearly elevated among people with gambling disorder. There are quick, evidence-based screening tools that can easily be used in clinical work, as initial steps of investigations. The need for implementing effective national strategies and further research in the area is considerable.

REFERENSER

- Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, 5th ed (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Langham E, Thorne H, Browne M, et al. Understanding gambling related harm: a proposed definition, conceptual framework, and taxonomy of harms. *BMC Public Health*. 2016;16:80.
- Moghaddam JF, Yoon G, Dickerson D, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in five groups with different severities of gambling: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Addict*. 2015;24(4):292-8.
- Potenza MN. The neural bases of cognitive processes in gambling disorder. *Trends Cogn Sci*. 2014;18(8):429-38.
- Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two US national surveys. *Am J Psychiatry*. 2006;163(2):297-302.
- Blaszczynski A, Nower LA. Pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. 2002;97(5):487-99.
- Allami Y, Vitaro F, Brendgen M, et al. A longitudinal empirical investigation of the pathways model of problem gambling. *J Gambl Stud*. 2017;33(4):1153-67.
- Dowling NA, Cowlshaw S, Jackson AC, et al. The prevalence of comorbid personality disorders in treatment-seeking problem gamblers: a systematic review and meta-analysis. *J Pers Disord*. 2015;29(6):735-54.
- Cowlshaw S, Merkouris S, Chapman A, et al. Pathological and problem gambling in substance use treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(2):98-105.
- Williams RJ, Royston J, Hagen BF. Gambling and problem gambling within forensic populations: a review of the literature. *Crim Justice Behav*. 2005;32(6):665-89.
- Laursen B, Plauborg R, Ekholm O, et al. Problem gambling associated with violent and criminal behaviour: a Danish population-based survey and register study. *J Gambl Stud*. 2016;32(1):25-34.
- Calado F, Griffiths MD. Problem gambling worldwide: an update and systematic review of empirical research (2000-2015). *J Behav Addict*. 2016;5(4):592-613.
- Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. Neural and psychological underpinnings of gambling disorder: a review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016;65:188-93.
- Abbott MW, Romild U, Volberg RA. Gambling and problem gambling in Sweden: changes between 1998 and 2009. *J Gambl Stud*. 2014;30(4):985-99.
- Folkhälsomyndigheten. Swelogs prevalensstudie 2015. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/spel/swelogs-befolkningsstudie/swelogs-prevalensstudie-2015/>
- LaPlante DA, Nelson SE, LaBrie RA, et al. Stability and progression of disordered gambling: lessons from longitudinal studies. *Can J Psychiatry*. 2008;53(1):52-60.
- Winters KC, Stinchfield RD, Botzet A, et al. A prospective study of youth gambling behaviors. *Psychol Addict Behav*. 2002;16(1):3-9.
- Slutske WS, Jackson KM, Sher KJ. The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *J Abnorm Psychol*. 2003;112(2):263-74.
- Shaffer HJ, Hall MN. The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *J Soc Psychol*. 2002;142(4):405-24.
- DeFuentes-Merillas L, Koeter MW, Shippers GM, et al. Temporal stability of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard buyers two years later. *Addiction*. 2004;99(1):17-27.
- Abbott MW, Williams MM, Volberg RA. A prospective study of problem and regular nonproblem gamblers living in the community. *Subst Use Misuse*. 2004;39(6):855-84.
- Griffiths MD, van Rooij AJ, Kardefelt-Winther D, et al. Working towards an international consensus on criteria for assessing internet gaming disorder: a critical commentary on Petry et al (2014). *Addiction*. 2016;111(1):167-75.
- Slutske WS, Piasecki TM, Blaszczynski A, et al. Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction*. 2010;105(12):2169-75.
- Müller KW, Wölfling K, Dickenhorst U, et al. Recovery, relapse, or else? Treatment outcomes in gambling disorder from a multicenter follow-up study. *Eur Psychiatry*. 2017;43:28-34.
- Braun B, Ludwig M, Slezcka P, et al. Gamblers seeking treatment: Who does and who doesn't? *J Behav Addict*. 2014;3(3):189-98.
- Behandling av spelmissbruk och spelberoende. *Kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. Artikelnr 2017-12-20.
- Håkansson A, Mårdhed E, Zaar M. Who seeks treatment when medicine opens the door to pathological gambling patients-psychiatric comorbidity and heavy predominance of online gambling. *Front Psychiatry*. 2017;8:255.
- Meyer G, Fiebig M, Häfeli J, et al. Development of an assessment tool to evaluate the risk potential of different gambling types. *Int Gambl Stud*. 2011;11(2):221-36.
- Griffiths M, Wardle H, Orford J, et al. Internet gambling, health, smoking and alcohol use: findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *Addict Res Theory*. 2010;18(2):208-23.
- Gainsbury S, Parke J, Suhonen N. Attitudes towards Internet gambling: perceptions of responsible gambling, consumer protection, and regulation of gambling sites. *Comput Human Behav*. 2013;29(1):235-45.
- Siemens JC, Kopp SW. The influence of online gambling environments on self-control. *Journal of Public Policy and Marketing*. 2011;30(2):279-93.
- Gainsbury SM. Online gambling addiction: the relationship between internet gambling and disordered gambling. *Curr Addict Rep*. 2015;2(2):185-93.
- Gainsbury SM, Russell A, Hing N, et al. How the Internet is changing gambling: findings from an Australian Prevalence Survey. *J Gambl Stud*. 2015;31(1):1-15.
- Griffiths MD, Parke J. The social impact of internet gambling. *Soc Sci Comput Rev*. 2002;20(3):312-20.
- SOU 2017:30. En omreglerad spelmarknad (1-2). Betänkande av Spellicensutredningen. Stockholm: Finansdepartementet; 2017.
- Lotterinspektionen. Årsredovisning 2017. Dnr 17Li2656. <https://www.lotterinspektionen.se/globalassets/dokument/overgripande-dokument/arsredovisningar/arsredovisning-2017.pdf>
- Binde P. Att sälja en dröm - om spelreklam och dess påverkan. Solna/Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2015. Rapport 2005:21.
- Binde P. Spelreklam och spelberoende - en intervjustudie. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007. Rapport 2007:15.
- Fi 2015:11. Spellicensutredningen. Stockholm: Finansdepartementet; 2015. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommitteberattelse/spellicensutredningen-fi-201511_H3B2Fi11
- Spel om pengar. Behandling med psykologiska metoder eller läkemedel vid beroende eller problemspelande. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU-rapport nr 254.
- Dowling N, Suomi A, Jackson A, et al. Problem gambling and intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2016;17(1):43-61.
- Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, et al. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(11):CD008937.
- Petry NM, Ginley MK, Rash CJ. A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychol Addict Behav*. 2017;31(8):951-61.
- Zajac K, Ginley MK, Chang R, et al. Treatments for Internet gambling disorder and Internet addiction: a systematic review. *Psychol Addict Behav*. 2017;31(8):979-94.
- Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volberg RA. The NODS-CLiP: a rapid screen for adult pathological and problem gambling. *J Gambl Stud*. 2009;25(4):541-55.
- Volberg RA, Munck IM, Petry NM. A quick and simple screening method for pathological and problem gamblers in addiction programs and practices. *Am J Addict*. 2011;20(3):220-7.
- Johnson EE, Hamer R, Nora RM, et al. The Lie/Bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep*. 1997;80(1):83-8.
- Gerstein DR, Murphy SA, Toce MT, et al. Gambling impact and behavior study: report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago: University of Chicago, National Opinion Research Center; 1999.
- Toce-Gerstein M, Gerstein DR, Volberg RA. A hierarchy of gambling disorders in the community. *Addiction*. 2003;98(12):1661-72.
- Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*. 1987;144(9):1184-8.
- Young MM, Wohl MJ. The Canadian Problem Gambling Index: an evaluation of the scale and its accompanying profiler software in a clinical setting. *J Gambl Stud*. 2011;27(3):467-85.
- Canadian Centre on Substance Abuse; Wynne H, Ferris J. The Canadian Problem Gambling Index: final report. 2001. <http://www.cccr.ca/en/projects/resources/CPGI-Final-Report-English.pdf>
- Lesieur HR, Blume SB. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *Br J Addict*. 1991;86(8):1017-28.
- Petry NM. Validity of a gambling scale for the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(6):399-407.
- Petry NM. Concurrent and predictive validity of the Addiction Severity Index in pathological gamblers. *Am J Addict*. 2007;16(4):272-82.
- Håkansson A, Widinghoff C. ASI Spel. 2017. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2017-3-18-ASI-Spel-grund.pdf>.
- Andréasson S. Behandling av alkoholberoende: dags att icke-specialist tar över. *Läkartidningen*. 2011;108(45):2296-9.
- Johansson R, Carlbring P, Heedman A, et al. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ*. 2013;1:e98.
- Saha S, Chant D, Welham J, et al. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(5):e141.
- Wärngård M. Vården för spelberoende får eget register. *Dagens Medicin*. 14 feb 2018. <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2018/02/14/varden-for-spelberoende-far-eget-register/>