



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Substansbruk och livskvalitet hos personer med spelberoende

En kvantitativ tvärsnittsstudie av personer som sökt vård på en specialistmottagning för spelberoende

Jakob Haeffner & Sofia Jungvid

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2021
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Hanna Gyllensten

Titel svensk:	Substansbruk och livskvalitet hos personer med spelberoende - En kvantitativ tvärsnittsstudie av personer som sökt vård på en specialistmottagning för spelberoende
Titel engelsk:	Substance use and quality of life in people with gambling addiction - A quantitative cross-sectional study of individuals seeking care at a specialist clinic for gambling addiction
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning psykiatrisk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT 2021
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Hanna Gyllensten
Nyckelord:	Spelberoende, livskvalitet, substansbruk, samsjuklighet, SCI-GD, BBQ, AUDIT, DUDIT, omvårdnad, psykiatrisk omvårdad

Sammanfattning

Bakgrund: Spelande om pengar är i dagens samhälle både ett samhällsfenomen och folkhälsoproblem. Spelberoende delar många egenskaper med andra beroendetillstånd, och samsjukligheten mellan olika beroendetillstånd är stor och kan ha allvarliga konsekvenser för individens liv och hälsa. Att ha ett spelberoende och samtida substansbrukssyndrom eller riskbruk av alkohol och/eller narkotika ger ökad risk för suicid och sämre förutsättningar till återhämtning och god hälsa. Personer med ett spelberoende rapporterar ofta en sänkt livskvalitet.

Syfte: Att beskriva självupplevd livskvalitet och substansbruk hos individer med spelberoende.

Metod: En kvantitativ tvärsnittsstudie med konsekutivt urval där 177 personer inkluderades. Data från semistrukturerade intervjun Structured Clinical Interview for Gambling Disorder, självskattningsformulären Alcohol Use Disorders Identification Test, Drug Use Disorders Identification Test, Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory samt demografisk information samlades in på en klinik för spelberoende. Deskriptiv statistik användes för att studera självskattad livskvalitet och substansbruk. Logistisk regressionsanalys genomfördes för att identifiera eventuell samvariation mellan variablerna.

Resultat: Deltagargruppen uppvisade en låg självupplevd livskvalitet. Nästan en tredjedel av studiedeltagarna hade \geq ett riskbruk av alkohol och lite över en tiondel \geq ett riskbruk av droger. Livskvaliteten skiljer sig inte nämnvärt mellan kvinnor och män, dock är männen överrepresenterade när det gäller främst problematiskt alkoholbruk men även drogbruk. Individer med svårt spelberoende hade en statistiskt signifikant högre risk för att ha en låg livskvalitet och riskbruk av alkohol och droger än individer med lindrigare form av spelberoende. Sannolikheten för riskbruk av droger ökade vid riskbruk av alkohol.

Slutsats: Spelberoende individer rapporterar en låg livskvalitet, särskilt de med svårt spelberoende som också har en högre grad av riskbruk av alkohol och droger. Gruppens låga självupplevda livskvalitet, tillsammans med kunskap om samsjuklighet och suicidalitet, bör leda till hälsofrämjande omvårdnadsåtgärder för att främja god självupplevd livskvalitet hos patienten.

Nyckelord: Spelberoende, livskvalitet, substansbruk, samsjuklighet, SCI-GD, BBQ, AUDIT, DUDIT, omvårdnad, psykiatrisk omvårdad

Abstract

Background: Gambling is a widely spread problem and a public health issue. Gambling disorder shares several aspects with other addictions. Comorbidity is common and may have severe consequences for the life and health of the individual. Co-occurrent gambling and substance use disorder is associated with an increased risk for suicide and worse conditions for recovery and health. Persons with gambling disorder often report low quality of life.

Aim: To describe self-reported quality of life and substance use in individuals with gambling disorder.

Method: A quantitative cross-sectional study with consecutive sampling, 177 people were included. Data from SCI-GD, questionnaires AUDIT, DUDIT, BBQ as well as demographic data was collected from patients at a clinic for gambling disorder and reported largely in the form of descriptive statistics. Logistic regression analysis was performed to identify covariations between the variables.

Results: The sample showed a low quality of life. A third of the study participants had a hazardous use of alcohol or worse and just over a tenth a hazardous use of illicit drugs or worse. Gender differences in quality of life was not found, but men were overrepresented in problematic use of alcohol and illicit drugs. Individuals with a severe gambling disorder reported lower quality of life and more often a hazardous use of alcohol and illicit drugs than individuals with a less severe form. Hazardous use of alcohol increased the risk of hazardous use of illicit drugs.

Conclusion: Individuals with gambling disorder report a low quality of life, especially the ones with a severe gambling disorder with a co-occurring high use of alcohol and illicit drugs. Based on the low quality of life and knowledge of comorbidity as well as suicide risk, nursing interventions should be focused on health-promoting efforts where the experience of quality of life is supported in the patient.

Key words: Gambling disorder, quality of life, substance use, comorbidity, SCI-GD, BBQ, AUDIT, DUDIT, nursing, psychiatric nursing

Förord

Tack till vår handledare Lena för god och engagerad stöttning under arbetets gång. Tack även till mottagningen för spelberoende för att vi fick ta del av och hjälp med att få ut studiens data.

Göteborg, januari 2022

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Problematiskt spelande om pengar	2
Epidemiologi	2
Risk- och skyddsfaktorer	3
Diagnostisering	3
Behandling och spelberoendemottagning	4
Samsjuklighet	4
Livskvalitet	5
Psykiatrisjuksköterskans roll	6
Problemformulering	6
Syfte	7
Metod	7
Studiedesign	7
Deltagare	7
Datainsamling	7
Structured Clinical Interview for Pathological Gambling (SCI-GD)	8
Brunnsviken Brief Quality of Life (BBQ)	8
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	8
Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	8
Forskningsetiska överväganden	9
Dataanalys och statistik	9
Resultat	10
Studiedeltagare	10
Beskrivning av beroende	10
Livskvalitet och samband med beroende	11
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	14
Beroende och riskbruk	14
Livskvalitet och samband med bruk av alkohol och droger	15
Slutsats och kliniska implikationer	17

Referenslista.....	18
Tabeller	26
Bilagor.....	29

Inledning

Spelande om pengar är i dagens samhälle ett utbrett samhällsfenomen som många personer upplever vara ett spännande och passionerat fritidsintresse (Binde, 2014). Men samtidigt är spelandet om pengar även ett folkhälsoproblem där hundratusentals svenskar har någon form av spelproblem, och ett stort antal närstående drabbas av spelandet (Socialstyrelsen, 2018). I digitaliseringens kölvatten har framväxten av online-casinon och sportbettingsajter skapat en oerhörd lättillgänglighet och sänkt tröskeln för att spela om pengar (Binde, 2014). Sedan januari 2019 har en ny spellag införts i Sverige (2018:1138.) som kräver licens för att bedriva verksamhet om spel om pengar i Sverige. Det hindrar dock inte utländska internetbaserade aktörer att erbjuda speltjänster och spelmarknaden har inte minskat i sin storlek. Spelande om pengar sker numera i samhällets alla delar och inom samtliga samhällsklasser.

Att spelande om pengar kan leda till ett stort personligt lidande samt stora samhällskostnader får alltmer uppmärksamhet i samhällsdebatten, vilket inte minst illustreras i regeringens ambitioner att inkludera spel om pengar i ANDTS- strategin (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar). I takt med att problemet uppmärksammas och stigmat minskat söker allt fler vård för att få hjälp med sina spelproblem. Sjuksköterskan möter i sin yrkesroll numera spelberoende patienter inom vårdens alla nivåer. På specialiserade kliniker för spelberoende, psykiatriakuter där spelberoende individer söker hjälp för krisreaktioner, på vårdavdelningar där personer med spelproblem får hjälp för nedstämdhet och ångestbesvär och på beroendeavdelningar för de som använt droger för att hantera sin situation. Sjuksköterskan behöver således kunna förhålla sig till, identifiera behov samt initiera insatser för att minska lidande hos spelberoende individer och närstående.

Spelproblem kan således leda till ett stort lidande och negativa konsekvenser för individens livskvalitet med ökad ohälsa, försämrade relationer och ekonomi som följd. Dessutom är riskkonsumtion av alkohol och droger vanligt i gruppen. På en mottagning för spelberoende bedrivs ett forskningsprojekt som samlar in information om behandlingsökande spelberoende personer. Genom att i den här studien undersöka substansbruk och självupplevd livskvalitet inom patientgruppen kan man nå en ökad förståelse för patientgruppens utmaningar och på så sätt tydliggöra vilka områden vården bör rikta sina vårdinsatser mot.

Bakgrund

Problematiskt spelande om pengar

Spel om pengar innefattar definitionsmässigt alla typer av spel där en person har satsat pengar, vinster och insatser omfattar pengar, den ekonomiska insatsen innebär en chans att vinna mer än man satsat samt att slumpen är inblandad. Således inkluderas allt från bingolotter till slotmaskiner på online-casinon definitionsmässigt i begreppet spel om pengar. Problematiskt datorspelande inkluderas inte i spel om pengar (Socialstyrelsen, 2018).

Problematiskt spelande om pengar kan benämnas med ett flertal olika termer, vilket är ett resultat av en lång och ombytlig syn på problematiken som en sjukdom (Socialstyrelsen, 2018). Termen *spelproblem* är en bred term som ofta används i forskningssammanhang och är således ingen psykiatrisk diagnos. Termen innefattar både de som uppfyller kriterier för spelberoendediagnos och dem med mindre omfattande problem. *Problemspelare* är personer som bedöms ha spelproblem och/eller anses ha en viss risk för att utveckla spelproblem (Lotteriinspektionen, 2013). *Problemspelande* är ett begrepp som ofta används i svenska befolkningsstudier för personer som har förhöjd risk för eller faktiska spelproblem (SBU, 2019). Termen *spelmissbruk* saknar en formell definition och är inte kopplat till något speciellt mätinstrument, men används i socialtjänstlagen. Termerna *spelberoende* och *hasardspelsyndrom* åsyftar de med allvarligaste formen av spelproblem och avser personer som uppfyller kriterier för diagnos i enlighet med ICD-10 respektive DSM-5 (Socialstyrelsen, 2018).

I studien kommer termerna *spelberoende* eller *hasardspelsyndrom* användas för personer som uppfyllt kriterier för diagnos, medan *problemspelare/problematiskt spelande* används för personer och ett spelande om pengar som lett till negativa konsekvenser för individen.

Epidemiologi

Problematiskt spel om pengar är idag ett vanligt förekommande problem i Sverige. Folkhälsomyndighetens senaste longitudinella studie om spelandet i befolkningen, SWELOGS, visar att spelproblemen ökat. Omkring 340 000 personer i Sverige har någon form av spelproblem. Ungefär 236 000 personer har viss risk för spelproblem och drygt 45 000 personer har faktiska spelproblem, vilket utgör 0,6 % av den vuxna befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2019). I en global kontext så visar en sammanställning av 202 befolkningsstudier gjorda i olika delar av världen att i genomsnitt 2 procent i befolkningarna har spelproblem (Williams, 2012).

Spelproblem finns i samhällets alla delar men kan inte sägas vara jämnt fördelat i befolkningen. Personer med utländsk härkomst, socialbidrag, arbetslöshetskassa eller ekonomiska problem är överrepresenterade bland de med spelproblem (SBU, 2019). Hos personer med hög utbildning och hög inkomst är det mindre vanligt att man utvecklar spelproblem. Spelproblem är vanligast i gruppen 25–44 år (Socialstyrelsen, 2018), och antalet kvinnor med spelproblem ökar (Socialstyrelsen, 2021).

Under den senaste tioårsperioden har andelen personer som vårdats för problem relaterade till spel om pengar ökat, dock från låga nivåer (Socialstyrelsen, 2021). Män är fortsatt överrepresenterade av de som sökt och erhållit vård för spelproblem, där 80 % är män och 20 % kvinnor (Folkhälsomyndigheten, 2019). Vård för spelproblem inom specialiserad öppenvård erhålls främst av personer i åldern 30–49 år, där förgymnasial utbildning är den vanligaste utbildningsgraden (Socialstyrelsen, 2021). Tyvärr saknas uppgifter från primärvården i patientregistret som Socialstyrelsen använder, vilket innebär att personer som behandlats inom primärvården saknas i

dessa siffror (Socialstyrelsen, 2019). Cirka 8 procent av befolkningen i Sverige har eller har haft en närstående med spelproblem, av dessa är många barn (Socialstyrelsen, 2018).

Risk- och skyddsfaktorer

Tidigare forskning visar, som belysts i kapitlet ovan, på ett samband mellan problematiskt spelande och låg socioekonomisk status (Johansson et al., 2009; Socialstyrelsen, 2021). I en rapport från SBU (2019) framkommer att en trygg uppväxt, trygga livsvillkor, god utbildning, ekonomisk trygghet samt ett gott socialt nätverk har en skyddande effekt mot att utveckla ett spelberoende. Manligt kön och ung ålder är associerat med högre risk för att utveckla spelproblem (Johansson et al., 2009).

Psykisk ohälsa, akuta negativa livshändelser, impulsivitet samt riskkonsumtion av alkohol eller andra droger är riskfaktorer som framkommit i forskning. Motsatt kan en god fysisk och psykisk hälsa verka skyddande (SBU, 2019). Spelberoende anses leda till ett överkänsligt belöningssystem (Heilig, 2019). Skillnader i transmittorsubstanser som dopamin och noradrenalin har observerats hos problemspelare i jämförelse med icke-problemspelare (Johansson et al., 2009). Det finns ett flertal studier som påvisat en ökad genetisk sårbarhet hos vissa individer för att utveckla beroendetillstånd generellt, och hypoteser finns kring att spelberoende delar genetiska sårbarheter med substansberoenden (Heilig, 2019).

Mängden tid individen lägger på spelet, spelande för höga summor och på spel med hög riskpotential, som slotmaskiner online, är exempel på beteendemässiga faktorer som påverkar utvecklandet av spelberoende (SBU, 2019). Vidare kan psykologiska faktorer som bristande copingfärdigheter och kognitiva förvrängningar bidra. En tanke är att beroendeutvecklingen delvis kan förklaras av att personen blivit alltmer beroende av problembeteendet som ensidig copingstrategi (Ortiz, 2018). Även spelens och vårdens tillgänglighet och samhälleliga normer bidrar till utvecklandet av spelberoende (SBU, 2019).

Diagnostisering

Hasardspelsyndrom (eng. Gambling disorder) är namnet på den kliniska diagnosen för beroende av spel om pengar i diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Diagnosen definierades tidigare som en impulskontrollstörning och benämndes då spelmani (eng. Pathological gambling), men är numera placerad under sektionen beroendetillstånd (DSM-5, 2013). Flytten av diagnosen till beroendetillstånd är ett resultat av forskningsresultat som visat på hur spelberoende liknar substansberoenden i kliniska tecken, symtom, hjärnfysiologi och samsjuklighet (Petry et al., 2014; Weinstock & Rash, 2014).

1. **Upptagenhet.** Ihållande tankeupptagenhet om spelande, tidigare spelupplevelser, framtida speltillfällen eller sätt att finansiera spelande.
 2. **Tolerans.** Allt större summor krävs för att uppnå önskad spänningseffekt, alternativt markant minskad spänningseffekt för spel med samma insatser.
 3. **Kontrollförlust.** Har vid upprepade tillfällen misslyckats/ haft en ihållande önskan med att kontrollera, begränsa eller upphöra med sitt spelande.
 4. **Abstinens.** Minst två av abstinenssymtomen: ångest, irritabilitet, sömnsvårigheter, rastlöshet, darrande händer eller svettningar vid försök att begränsa eller sluta spela.
 5. **Flykt.** Spelandet sker oftast då patienten känner sig plågad av negativa känslor, till exempel känslor av hjälplöshet, skuld, ångest eller depression.
 6. **Jagar förluster.** Återvänder systematiskt en annan dag för att revanschera sig och vinna tillbaka tidigare bortspelade pengar.
 7. **Lögner.** Ljuger eller döljer omfattningen av spelet för anhöriga, terapeuter eller andra viktiga personer.
 8. **Sociala konsekvenser.** Spelandet har lett till att personen har äventyrat eller förlorat någon viktig personlig relation, utbildning, anställning, eller karriärmöjlighet.
 9. **Ekonomiskt beroende.** Vid ekonomisk krissituation som uppkommit på grund av spelet så förlitar sig individen på att närstående löser/kan lösa situationen.
- Kriterium B.** Spelbeteendet kan inte förklaras bättre av enbart en manisk episod.

Figur 1. Diagnostikriterier för hasardspelsyndrom (DSM-5,2013)

Kriterierna för hasardspelsyndrom liknar de vid substansberoenden och diagnosmallen består av nio A-kriterier samt ett B-kriterium. Minst fyra A-kriterier samt kriterium B ska vara uppfyllda senaste året för att diagnosen ska kunna ställas. Dessutom ska spelandet leda till ett kliniskt signifikant lidande eller funktionsnedsättning i vardagen. Tillståndet bedöms som ihållande eller episodiskt, tidig remission innebär att personen varit symptomfri under de senaste tre månaderna och varaktig remission efter symptomfrihet under de senaste 12 månaderna (DSM-5, 2013).

Behandling och spelberoendemottagning

Kognitiv beteendeterapi tillsammans med motiverande samtal är den behandlingsform som har starkast stöd i forskning (Socialstyrelsen, 2018). Målet med insatserna är att minska, kontrollera eller att se till att spelandet helt upphör, samt minska lidandet och stärka patienternas egen förmåga att kontrollera sitt beteende. Den kognitiva beteendeterapi som används i behandling av spelberoende individer syftar till att kartlägga och förändra tankar, känslor och beteenden som upprätthåller spelandet om pengar. Patienter erhåller metoder och redskap för att på lång sikt kunna påverka och kontrollera sitt beteende, förebygga återfall samt hantera triggers och spelsug (Ortiz, 2018).

I Västra Götaland finns en specialistpsykiatrisk mottagning som har ett regionalt uppdrag för behandling av spelberoende och datorspelsberoende. Mottagningen behandlar personer från 16 år som upplever sig ha ett beroende av spel om pengar, och en första kontakt med mottagningen sker genom egenremiss eller remiss från annan vårdgivare. Mottagningen är komplementär och behandlar endast spelberoende och datorspelsberoende. Behandlingen utgår främst ifrån kognitiv beteendeterapi med inslag av motiverande samtal. För spelberoende ges behandling antingen i grupp, individuellt eller internetbaserat. Forskningsprojektet "Vem är spelberoende i psykiatri" som drivs av mottagningen har pågått sedan öppnandet i maj 2019 och undersöker brett hur behandlingssökande spelberoende individer mår och effekt av behandling. Mätningar med självskattningsinstrument sker både inför, under och efter behandling har genomförts.

Samsjuklighet

En svensk rikstäckande registerstudie har visat att runt 73 % av patienter med spelberoendediagnos i specialiserad sjukvård mellan åren 2005–2016 hade minst en samtida psykiatrisk diagnos. Ängest och förstämningssjukdomar förekom i 67 % och substansbrukssyndrom i 25 % av fallen (varav alkoholbrukssyndrom 17 %) (Håkansson et al., 2018). Av individer i Sverige som vårdats med spelberoende som huvuddiagnos hade 35 % en annan samtida psykiatrisk diagnos, där substansbrukssyndrom var vanligast förekommande (Socialstyrelsen, 2021). Flertalet utländska studier har kunnat påvisa en stor samsjuklighet med substansbrukssyndrom (Grant & Chamberlain, 2015; Manning et al., 2017; Rennert et al., 2014; Rodriguez-Monguio et al., 2017). Bland behandlingssökande problemspelare förelåg alkoholbrukssyndrom hos 21 % patienterna, och drogbrukssyndrom hos 7 % (Dowling et al., 2015). Samsjuklighet med skadligt bruk av alkohol och narkotika är vanligare bland män (32 procent) än hos kvinnor (12 procent) (Socialstyrelsen, 2021).

Bortsett från substansbrukssyndrom är depression och ångestsyndrom, men även ADHD, den mest frekventa psykiatriska samsjukligheten bland spelberoende både i Sverige (Håkansson et al., 2017; Socialstyrelsen, 2021) och i utlandet (Dowling et al., 2015; Kessler et al., 2008; Rodriguez-Monguio et al., 2017; Theule et al., 2019). Bland personer med problematiskt spelande om pengar är suicidtankar, suicidplaner och suicidförsök vanligare än i normalpopulationen (Meltzer et al., 2011; Moghaddam et al., 2015; Park et al., 2010). Forskning påvisar en 15 gånger högre risk för suicid samt fördubblad risk för tidigare död gentemot normalpopulationen (Karlsson & Håkansson, 2018). Att ha

ett samtida beroende av alkohol och/eller narkotika ökar risken ytterligare för suicidförsök och fullbordat suicid (Karlsson & Håkansson, 2020). Att ha ett spelberoende och samtida substansbrukssyndrom kan dessutom ge negativa konsekvenser för individen i form av sämre hälsa, minskad sjukdomsinsikt och sänkt motivation till behandling (Socialstyrelsen., 2018). Riskabelt drickande och alkoholberoende har även associerats med bristande behandlingsresultat bland män med spelberoende (Jiménez-Murcia et al., 2016). Colpaert et al. (2013) har visat på en negativ korrelation mellan spelberoendets svårighetsgrad och livskvalitet. Dessutom har konsumtionsmönster av alkohol visat sig ha ett samband med livskvalitet, där minskad konsumtion gav ökad livskvalitet (Stewart et al., 2006).

Livskvalitet

Livskvalitet kan sägas vara ett sammansatt mått på en persons välbefinnande och upplevelse av sin livssituation, i relation till personliga mål, förväntningar, intressen och normer, vilket inkluderar fysisk, psykisk och social tillfredsställelse (WHO, 1997). Begreppet livskvalitet är komplext och inkluderar både objektiva och subjektiva faktorer som interagerar i relation till de förutsättningar som påverkar en persons liv (Bowling, 2017). Brülde (2003) menar att god livskvalitet för en individ bäst beskrivs genom en kombination av flera teorier. Utifrån hedonistisk teori är livskvalitet beroende av hur en person mår, ”att ha det bra är att må bra”. Utifrån andra teorier behöver även en person ha det livet som hon önskar för att uppleva god livskvalitet, och det behöver även ha ett inneboende objektivt värde som i sig är positivt för personens livskvalitet (Brülde, 2003).

Livskvalitet förekommer som ett mätbart begrepp inom såväl omvårdnadsforskning som medicinsk forskning (Brülde, 2003). Bedömningar av hälsa inom hälso- och sjukvård bör inte endast fokusera på allvarlighetsgrad eller frekvens av sjukdom utan även ta hänsyn till individens välbefinnande (WHO, 1997). Ett ökat fokus på hjälpsökande individers inneboende kompetens och förmåga att själv kunna beskriva sin situation har mynnat ut i att patienternas självrapporterade livskvalitet har blivit en allt viktigare informationskälla inom vården (Bowling, 2017). Ur detta har en utveckling av självskattningsskalor som mäter livskvalitet växt fram (SBU, 2012). Vissa skattningsskalor kan ge en ’bred’ information om vad personen värderar som viktigt i livet, och hur individen upplever sitt liv som helhet (Garratt et al., 2002; SBU, 2012). Flitigt använda skalor av denna typ är SF-36 och EQ-5D (Freire Pequeno et al., 2020). Brunnsviken Brief Quality of Life (BBQ) är ett annat exempel på en bred skala som mäter självupplevd livskvalitet (Lindner et al., 2016). BBQ anses passa väl för självskattning av livskvalitet inom vården, är enkel att förstå och administrera, och anses kunna användas oberoende av diagnos (Lindner et al., 2016). BBQ har tidigare använts i framför allt psykologisk forskning för att utvärdera behandlingseffekt (Andersson et al., 2017; Käll et al., 2020; Wennström & Byström, 2020).

Sambandet mellan problematiskt spelande om pengar och negativa sociala, fysiska och psykiska konsekvenser är väl belagt i forskning (Socialstyrelsen, 2018). Flertalet forskningsstudier visar samstämmigt att problemspelande och spelberoende har en negativ inverkan på livskvalitet (Black et al., 2013; Bonfils et al., 2019; Bonnaire et al., 2016; Ekholm et al., 2017; Farrell, 2018; Grant & Kim, 2005; Moayeri, 2020; Loo, Shi & Pu, 2016). Problemspelande leder ofta till en kraftigt nedsatt livskvalitet (Black et al., 2013; Ekholm et al., 2017; Farrell, 2018; Grant & Kim, 2005). Allvarligare grad av spelproblem förefaller leda till lägre livskvalitet än mildare former (Farrell, 2018; Moayeri, 2020).

Vanliga fysiska problem som en konsekvens av spelberoendet är huvudvärk, inaktivitet och smärtproblematik, men även psykiska besvär som trötthet, sömnproblem, nedstämdhet och hög stressnivå förekommer (Black et al., 2013; Bonfils et al., 2019; Ekholm et al., 2017; Lin et

al., 2010). Dessutom verkar problem av ekonomisk karaktär, ensamhet och försämrade relationer med närstående vara vanligt förekommande vid problemspelande (Bonfils et al., 2019; Ekholm et al., 2017; Lin et al., 2010).

Psykiatrisjuksköterskans roll

Specialistsjuksköterskan med inriktning psykiatrisk vård har ett ansvar för kvalitén på den psykiatriska omvårdnaden och dess utveckling. Psykiatrisjuksköterskan ansvarar för att se till att planering och genomförande av vård och omvårdnad sker i samverkan med patienten och närstående, men även för god samverkan med andra vårdgivare. Psykiatrisk omvårdnad på avancerad nivå kräver en mer sammansatt kunskap och sjuksköterskan ska klara av att göra mer komplexa bedömningar än vad som krävs på grundnivå (sjuksköterskeförening, 2014).

I psykiatrisk omvårdnad ses hälsoprocesser ur ett helhetsperspektiv, och innebär mer än frånvaro av sjukdom (Wiklund Gustin, 2019). En central del i psykiatrisk omvårdnad är att arbeta hälsofrämjande, att stötta individen i de aspekter av livet och livssituationen som bidrar till vad individen själv anser att innebörden av hälsa är (sjuksköterskeförening, 2014). Hälsa, och då framför allt den subjektiva upplevelsen av hälsa, är tätt sammanvävt med begreppet livskvalitet. Hälsofrämjande insatser inom ett psykiatriskt, salutogent perspektiv syftar till att involvera individen i processer som bidrar till hälsa och ökad livskvalitet (Jormfeldt & Svedberg, 2014). Hälsa har av patienter inom psykiatrisk vård beskrivits involvera självständighet, meningsfullhet och gemenskap (Jormfeldt et al., 2008). Beskrivningen ligger även nära aspekter som är centrala för återhämtningsprocessen, som egenmakt och meningsfullhet (Jormfeldt & Svedberg, 2014).

I omvårdnaden av patienten kan psykiatrisjuksköterskan fylla en viktig funktion genom att bidra med personcentrerade vårdinsatser och vara ett stöd för patient i att hantera de svårigheter som hen upplever (Wiklund Gustin, 2019). Hur individen sköter sina levnadsvanor, så som kost, fysisk aktivitet, och sömn och relationer påverkar hälsan och möjligheten till återhämtning och god livskvalitet (Chang, 2020). Problematisk spelande och riskbruk av alkohol och droger är ett hot mot en god hälsa, och en viktig uppgift för psykiatrisjuksköterskan är att stötta patienten till att utveckla och bibehålla goda levnadsvanor, och på så sätt stärka individens känsla av kontroll (Chang, 2020). Motiverande samtal har visat sig framgångsrikt i det hälsofrämjande arbetet (Lundahl et al., 2013). Genom patientundervisning och interventioner med motiverande samtalsteknik som bas kan etablerandet av goda levnadsvanor och känsla av kontroll stärkas för att på så sätt främja återhämtningsprocessen (Wiklund Gustin, 2019).

Problemformulering

Spelberoende är ett folkhälsoproblem som delar många egenskaper med andra beroendetillstånd. Samsjukligheten mellan olika beroendetillstånd är stor och kan ha betydande konsekvenser för individens liv och hälsa. Få studier har undersökt substansbruk och livskvalitet bland spelberoende individer. Att ha ett spelberoende och samtidigt substansbrukssyndrom eller riskbruk av alkohol och/eller narkotika ger ökad risk för suicid och försämrade förutsättningar till återhämtning och hälsa. En viktig del i psykiatrisk omvårdnad är att se till individens förutsättningar och förstå hens livsvärld, vilket gör det relevant att undersöka om bruket av alkohol och narkotika samt spelberoendet i sig påverkar självupplevd livskvalitet. Studiens resultat kan ge en ökad kunskap om potentiella hinder för patienten, och därmed ge en riktning för omvårdnaden med målet att ge individen bästa möjliga förutsättningar till en god livskvalitet och hälsa.

Syfte

Att beskriva självupplevd livskvalitet och substansbruk hos individer med spelberoende.

Frågeställningar:

- Hur ser bruk av alkohol och droger ut bland personer med spelberoende?
- Hur bedömer personer med spelberoende sin livskvalitet?
- Finns det ett samband mellan grad av spelberoende, bruk av alkohol och droger samt självskattad livskvalitet?

Metod

Studiedesign

Val av studiedesign och metod styrs av vilken fråga man önskar ge svar på samt vilket sätt som bäst besvarar frågan (Polit & Beck, 2021). Då få studier undersökt substansbruk och livskvalitet bland spelberoende individer finns här en forskningslucka, vilken bäst besvaras av en kvantitativ metod som genom användning av större mängder av mätningar ökar vetskapen kring en forskningsfråga (Polit & Beck, 2021). Studien är en tvärsnittsstudie, vilket innebär att populationen observerats under ett tillfälle (Polit & Beck, 2021).

Deltagare

Studien är en del forskningsprojektet ”Vem är spelberoende i psykiatri” som pågått sedan maj 2019. Syftet med forskningsprojektet är utvärdera vem som söker vård när beroendevården öppnar för behandling av spelberoende och datorspelsberoende. Projektet undersöker brett demografiska faktorer samt hur olika behandlingsinterventioner påverkar bland annat patientens spelberoende, psykiska mående och livskvalitet.

Studiens urval gjordes med konsekutivt urval och bestod av de personer som sökte vård för spelberoende på en regional mottagning för spelberoende i Västra Götaland under tidsperioden maj 2019 till september 2021. Alla som sökte vård och uppfyllde diagnoskriterier för hasardspelsyndrom i enlighet med DSM-5 (DSM-5, 2013) tillfrågades om deltagande i studien. Deltagandet var frivilligt och utan ersättning. Personer som inte uppfyllt kriterier för hasardspelsyndrom, eller inte inkommit med samtycke för deltagande i studien exkluderades. Data på hur många som tackade nej till deltagande saknas. Antalet deltagare var 177, varav 25 % kvinnor och 75 % män.

Datainsamling

Studiens samtliga data insamlades i samband med patientens första besök på mottagningen och således innan eventuell behandling påbörjades. Datan innefattar självskattningsskalor, frågeformulär och intervjufrågor. Den semistrukturerade intervjumallen Structured Clinical Interview for Gambling Disorder (SCI-GD) genomfördes muntligt av behandlare på mottagningen. Screeningsformulären Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT), Brunnsvikens Brief Quality Of Life Inventory (BBQ) samt frågor om sysselsättning och utbildningsgrad fylls i av patienten antingen inför eller i samband med besöket, digitalt eller fysiskt.

Insamlade data dokumenteras av ansvarig behandlare i journalsystemet Melior i enlighet med en intern mall för journalföring. Individens resultat tas sedan ut ifrån journalen och förs in i en forskningsfil i statistikprogrammet SPSS, vilket utförs av mottagningens forskningskoordinator. Författarna av denna studie fick tillgång till materialet som avidentifierad data.

Structured Clinical Interview for Pathological Gambling (SCI-GD)

SCI-GD (*bilaga 1*) är en semistrukturerad diagnostisk intervju vilken utgår ifrån SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders), med syftet att på ett systematiskt sätt samla in relevant information för att pröva DSM-kriterierna för hasardspelsyndrom (Grant et al., 2004). Allvarlighetsgraden preciseras i form av lindrig (4-5 kriterier), medelsvår (6-7 kriterier) eller svår (8-9 kriterier) (DSM-5, 2013). SCI-GD har visat sig ha mycket goda psykometriska egenskaper, med såväl god reliabilitet och validitet (Grant et al., 2004).

Brunnsviken Brief Quality of Life (BBQ)

BBQ (*bilaga 2*) är ett självskattningsinstrument som mäter självupplevd livskvalitet (Lindner et al., 2016). Individerna får svara på tolv frågor inom sex olika livsområden: fritid, syn på livet, kreativitet, lärande, vänner och vänskap samt synen på sig själv. Livsområdets betydelse för individen jämförs med nöjdhet över nuläget. Ett totalvärde (maxpoäng 96) räknas fram där ett resultat på under 52,5 poäng anses vara under kliniskt gränsvärde, vilket indikerar låg livskvalitet (Frykheden, 2014; Lindner et al., 2016). Instrumentet anses kunna användas oberoende av diagnos, och utvecklades fram utifrån det mer omfattande formuläret QOLI (Lindner et al., 2016). Psykometriska tester har visat att BBQ har en god validitet och en relativt god reliabilitet (Frykheden, 2014; Lindner et al., 2016).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AUDIT (*bilaga 3*) är ett självskattningsinstrument och screeningsformulär som används för att identifiera personer med ett riskbruk, skadligt bruk och beroende av alkohol (Berman, 2017). AUDIT utvecklades på uppdrag av WHO och är väl använt i kliniska sammanhang och inom forskning (Berman, 2017; Källmén et al., 2011). AUDIT består av 10 items, varav 3 gäller konsumtion (frekvens och mängd), 3 alkoholberoende och 4 problem och skador alkoholbruket medför. Frågorna utgår ifrån definitionerna av riskbruk och beroende i enlighet med ICD-10 och DSM-IV (maxpoäng 40) (Berman, 2017). Totalpoäng 8–15 för män och 6–13 poäng för kvinnor indikerar riskabelt drickande, 16–19 poäng för män och 14–17 för kvinnor indikerar problematiska alkoholvanor, samt tjugo poäng eller mer för män och 18 poäng eller mer för kvinnor indikerar mycket problematiska alkoholvanor och sannolikt ett beroende (Berman, 2017). Den svenska utformningen av AUDIT har i studier visat sig ha god reliabilitet (Bergman & Källmén, 2002; Källmén et al., 2014; Selin, 2003) och validitet (Bergman & Källmén, 2002; Durbeej et al., 2010; Källmén et al., 2014).

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)

DUDIT (*bilaga 4*) är ett självskattningsformulär och screeningverktyg för att identifiera riskbruk, skadligt bruk och beroende av narkotiska substanser (Berman et al., 2005). Formuläret består av 11 items (maxpoäng 44), som utgår ifrån ICD-10, DSM-IV samt Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). Totalpoäng <6 för män och <2 för kvinnor indikerar inga drogproblem, 6–24 för män och 2–24 för kvinnor indikerar möjligt skadligt bruk eller riskbruk som kan innebära ett beroende, totalpoäng vid 25 eller över indikerar ett kraftigt beroende (Berman et al., 2005). Psykometriska tester har visat att DUDIT har en god reliabilitet och någorlunda god validitet (Berman et al., 2005; Durbeej et al., 2010). Formuläret har en väldigt hög sensitivitet och specificitet för att identifiera beroendetillstånd, men otillräcklig validitet för att identifiera riskbruk (Berman et al., 2005). Andra studier har dock visat på högre validitet även gällande riskbruk (Hildebrand, 2015).

Forskningsetiska överväganden

Materialet från studien kommer från forskningsprojektet ” Vem är spelberoende i psykiatri” som sedan tidigare fått ett godkännande från etikprövningsmyndigheten (diarienummer 764–18). Den vårdvetenskapliga institutionens lokala etiknämnd har givit sitt godkännande till genomförandet av denna studie. Forskningsdeltagarna har fått information om studiens upplägg och deltagandets villkor. Deltagarna har fått ta del av eventuella risker med deltagandet och erhållit information om hanterandet av data via forskningspersonsinformation (Bilaga 5). Deltagarna har kunnat diskutera eventuella frågor med behandlare. Data har hanterats enligt dataskyddsförordningen GDPR (General Data Protection Regulation). Data som överlämnades till författarna av denna studie var avidentifierad och anonymiserad.

Patienter kan anses vara i beroendeställning till behandlaren, vilket måste tas i beaktning när man ämnar studera en patientgrupp där en vårdande relation finns till behandlaren som samlar in forskningsdata (Polit & Beck, 2021). Informerat samtycke, samt information om att man när som helst kan ta tillbaka sitt samtycke, blir därmed av extra vikt. Vidare blir det i detta fall, där deltagarna ska påbörja en behandling vid datainsamlingstillfället, viktigt att deltagaren är införstådd i att ett eventuellt nej till deltagande inte påverkar möjligheten till behandling. Detta säkerställdes genom att deltagarna i studien har givits informerat samtycke muntligt och skriftligt samt att frivilligheten i deltagandet påtalades till de tillfrågade patienten vid upprepade tillfällen.

Studien följer forskningsprojektets målsättning om att identifiera vem det är som söker vård för spelberoende. Datainsamlingen som den här studiens data är baserad på utförs oavsett om patienten tackat ja till att medverka i studien eller ej, om patienten tackat nej till forskningsdeltagande används data endast för ökad förståelse av patientens situation och som mått för diagnostik och utvärdering. Nyttan skall alltid vägas mot risker vid utformandet och genomförande av vetenskapliga studier (Polit & Beck, 2021). Givet studiens design och att datainsamlingen är en del av den ordinarie forskning som bedrivs på mottagningen så bedöms riskerna den här studien medför vara små. En ökad förståelse för substansbruk och livskvalitet i patientgruppen kan dessutom möjliggöra utveckling av klinisk praxis och bidra till framtida forskning som är patienten till gagn. Slutsatsen blir att nyttan överväger riskerna.

Dataanalys och statistik

Analys av all data genomfördes med hjälp av IBM SPSS V28.0. För att beskriva deltagargruppen användes deskriptiv statistik, och demografisk information om deltagarna presenterades i form av en korstabell där ålder, typ av sysselsättning och utbildningsgrad grupperats efter kön.

För att undersöka om en samvariation mellan variabeln livskvalitet och variablerna spelberoende, livskvalitet och substansbruk förelåg så genomfördes analyserande statistik i form av logistisk regressionsanalys. I logistiska regressionsanalyser användes BBQ som beroende variabel vilken analyserades mot de oberoende variablerna AUDIT, DUDIT och SCI-GD, en oberoende variabel i taget. Analysmodellerna kontrollerades för kontrollvariabler som kön, utbildning och sysselsättning. Signifikansnivå $P < 0,05$ valdes och data presenterades med ett 95% konfidensintervall.

Logistisk regressionsanalys analyserar hur en dikotom beroende variabel påverkas av en eller flera oberoende variabler, och undersöker hur stor del av variationen i den beroende variabeln som kan förklaras av variationer i de oberoende variablerna. Svaret får man i form av en så kallad oddskvot (OR), vilken innebär sannolikheten för att något ska inträffa dividerat med sannolikheten för att det

inte ska inträffa. Oddskvot uttrycker hur en variabel förhåller sig till en annan variabel i en förutbestämd population (Pallant, 2010).

Data från instrumenten (SCI-GD, AUDIT, DUDIT, BBQ) delades in i interna grupper för att möjliggöra jämförelse och statistisk analys. AUDIT, DUDIT, och BBQ delades in i enlighet med cut-off värden angivna i respektive formulär, SCI-GD delades upp utefter svårighetsgrad i enlighet med DSM-5. Data från SCI-GD har vid deskriptiv statistik delats upp i tre grupper utefter svårighetsgrad och antal uppfyllda kriterier; lindrig (0–4), medelsvår (5–7) och svår (8–9). Vid logistisk regressionsanalys har SCI-GD delats upp i två grupper; lindrig och medelsvår (0-7 kriterier uppfyllda) samt svår (8-9 kriterier) (DSM-5, 2013). Livskvalitetsformuläret BBQ har vid logistisk regressionsanalys delats upp i två grupper; låg livskvalitet (under kliniskt gränsvärde <52,5 poäng) samt god livskvalitet (över kliniskt gränsvärde $\geq 52,5$ poäng) (Lindner et al., 2016).

AUDIT har vid deskriptiv statistik delats upp i tre grupper; inget riskbruk (Kvinnor 0–5, män 0–7), riskbruk (kvinnor 6–13, män 8–15) samt skadligt bruk/beroende (kvinnor $14 \geq$, män $16 \geq$). Vid logistisk regressionsanalys delades AUDIT upp i två grupper; inget riskbruk (kvinnor <6, män <8) samt riskbruk (≥ 6 kvinnor, ≥ 8 män) (Berman, 2017). Även DUDIT har i deskriptiv statistik delats upp i tre grupper; inget riskbruk (kvinnor 0–1, män 0–5), riskbruk (kvinnor 2–24, män 6–24) samt skadligt bruk/beroende (kvinnor $25 \geq$, män $25 \geq$). Vid logistisk regressionsanalys har DUDIT delats upp i två grupper; inget riskbruk (kvinnor <2, män <6) samt riskbruk (≥ 2 kvinnor, ≥ 6 män) (Berman et al., 2005).

Saknade data analyserades genom jämförelse av kön, ålder och svårighetsgrad i spelberoende för att utvärdera om det fanns någon skillnad mellan deltagare med eller utan saknade data som skulle kunna påverka resultatet (Polit & Beck, 2021).

Resultat

Studiedeltagare

De 177 deltagarna i studien, 45 kvinnor och 132 män, var mellan 18 och 70 år (medelvärde 36 år). Kvinnorna var något äldre (medelvärde 40 år) än männen (medelvärde 34 år). En fjärdedel hade eftergymnasial utbildning (kvinnor 35 % vs. män 21 %). Omkring tre fjärdedelar hade någon form av daglig sysselsättning (arbete, studier eller föräldraledighet) medan resterande inte hade daglig sysselsättning (pensionär, sjukpensionär, arbetslös, sjukskriven). Demografiska data presenteras i **Tabell 1**.

Beskrivning av beroende

Fjorton procent (n=25) bedömdes ha ett lindrigt spelberoende, 40 % (n=70) medelsvårt spelberoende och 46 % (n=82) svårt spelberoende. Könsfördelningen inom samtliga dessa grupper var likartad (kvinnor 25 % vs. män 75 %). Av de med grundskoleutbildning hade 60 % ett svårt spelberoende, att jämföra med 46 % i gruppen gymnasieutbildade och 42 % hos de med högskoleutbildning. Av de med daglig sysselsättning hade 41 % ett svårt spelberoende, av de som saknade daglig sysselsättning var andelen 64 %.

Tjugotre procent av deltagarna hade ett riskbruk av alkohol (8 % skadligt bruk/beroende), gruppen kvinnor hade något lägre andel skadligt bruk av alkohol än gruppen män, men högre andel riskbruk (**Tabell 2**). Gällande drogbruk hade 11 % riskbruk (2,5 % skadligt bruk/beroende). Kvinnorna hade

en lägre andel riskbruk än männen. Medelvärdet på AUDIT såväl som DUDIT låg under gränsvärdet för riskbruk, både för kvinnor och män. Logistisk regressionsanalys visade på att sannolikheten att ha ett riskbruk av droger ökade vid riskbruk av alkohol (OR 6,93, CI 2,61–18,4, $p < .001$).

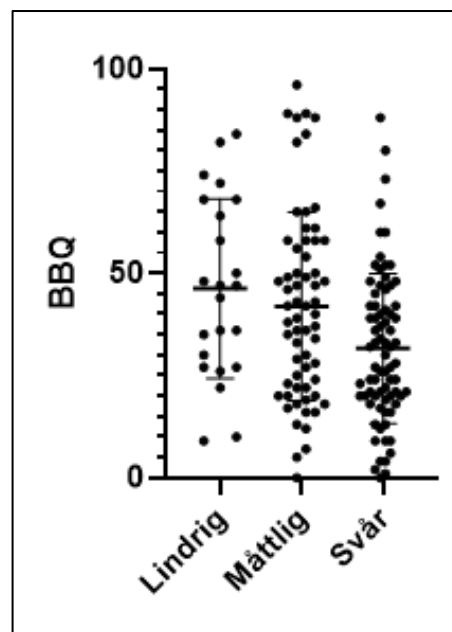
Av de med svårt spelberoende hade 43 % \geq riskbruk av alkohol (medelsvårt spelberoende 21% och lindrigt spelberoende 17 %). Gällande drogbruk hade 21% med svårt spelberoende \geq riskbruk av droger (medelsvårt spelberoende 8%, lindrigt spelberoende 4 %). Logistisk regressionsanalys visade att personer med svårt spelberoende ($n=77$) hade högre sannolikhet att ha ett riskbruk av alkohol (OR 3.04, CI 1.53 – 6,04, $p < .001$) än personer med lindrigt till medelsvårt spelberoende ($n=91$). Personer med svårt spelberoende ($n=76$) hade även en högre sannolikhet att ha ett drogbruk (OR 3.73, CI 1.38–10.10, $p < .009$) än personer med lindrigt till medelsvårt spelberoende ($n=90$).

Livskvalitet och samband med beroende

Etthundra sextiotvå deltagare besvarade BBQ-instrumentet (**Tabell 3**). Åttio procent ($n=129$) hade <52.5 poäng (maxpoäng 96), dvs under kliniskt gränsvärde (medelvärde 38 poäng). Bland gruppen kvinnor med spelberoende rapporterade 83 % låg livskvalitet (80 % vid lindrigt-medelsvårt, 88 % vid svårt) och hos männen 78 % (66 % vid lindrigt- medelsvårt, 92 % vid svårt). Ingen betydande skillnad i livskvalitet gick att finna beroende på sysselsättning eller utbildningsnivå.

Både kvinnor och män med riskbruk av alkohol och droger rapporterade oftare en låg livskvalitet än de utan riskbruk. Hos personer med svårt spelberoende och samtida riskbruk av alkohol ($n=33$) upplevde 91 % en låg livskvalitet, medan gruppen svårt spelberoende med riskbruk av droger ($n=16$) upplevde 100 % en låg livskvalitet.

Logistisk regressionsanalys visade att personer med svårt spelberoende ($n=76$) hade högre risk att uppge låg livskvalitet (OR 4,27, CI 1.73–10.54, $p < .002$), än personer med lindrigt till medelsvårt spelberoende ($n=86$). Ingen statistisk signifikant skillnad i livskvalitet mellan lindrigt och medelsvårt spelberoende gick att finna. Variablerna alkoholbruk, drogbruk, ålder, kön, sysselsättning och utbildningsgrad analyserades individuellt som oberoende variabel i logistiska regressionsanalyser mot livskvalitet, och inget signifikant resultat hittades för någon av variablerna. Därmed görs antagandet att dessa variabler inte heller kunde förklara sambandet mellan svårighetsgrad i spelberoende och livskvalitet.



Figur 2: Fördelning av självskattad livskvalitet (BBQ) utifrån grad av spelberoende. Data presenterad som Medelvärde \pm SD

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens design med tvärsnittsdata omöjliggör slutsatser om kausalitet eller förändring (Polit & Beck, 2021). En svaghet med vald analysmetod är att logistisk regressionsanalys kräver att en variabel väljs som den beroende variabeln (Polit & Beck, 2021), vilket utgör ett antagande om riktningen på ett

samband som inte kan säkerställas statistiskt inom ramarna för denna studie. Alltså bör studiens resultat tolkas utifrån det faktum att sambandets riktning inte är fastställt. Studien syftar dock till att beskriva livskvalitet och substansbruk inom deltagargruppen samt eventuell samvariation mellan variabler, inte eventuell kausalitet eller hur variablerna påverkas av exempelvis behandling.

Kvantitativ metod har kritiserats för att vara reduktionistiskt och därmed inte kunna fånga vidden av mänsklig erfarenhet (Polit & Beck, 2021). Detta kan tänkas relevant gällande ett mångfacetterat och svårdefinierat begrepp som livskvalitet. Vidare forskning med kvalitativ metod skulle kunna komplettera aktuell studie för en djupare förståelse av vad livskvalitet som fenomen innebär för patientgruppen, något som kan vara en del i att utveckla vården utifrån patientens behov snarare än vad professionella bedömer relevant för patientgruppens livskvalitet. En fördel med kvantitativ metod är att metoden tillåter ett större urval, och kan därför inkludera större variationer (Polit & Beck, 2021).

Information gällande tillfrågade personer som tackat nej till deltagande i studien saknas, och därmed kan analys på externt bortfall inte göras och eventuell svarsbias inte utvärderas. Det interna bortfallet i studien framstår i analys som slumpmässigt utifrån jämförelse av ålder, kön och svårighetsgrad i spelberoende vilket talar för att de statistiska analyserna inte påverkats av databortfallet (Polit & Beck, 2021).

Studien undersöker den patientgrupp den ena författaren till aktuell studie också vårdar. Patienter till en forskare kräver extra uppmärksamhet utifrån den beroendeställning till forskare detta medför (Henricson, 2017). Samtycke till att ta emot vård betyder inte samtycke till att delta i forskning, och då man tar emot vård som patient befinner man sig oundvikligen i ett underläge och i beroendeställning till den professionella (Cöster, 2014). Cöster (2014) menar att det finns en risk att en person i behov av hjälp kan känna sig förpliktigad att "hjälpa hjälparen" och därmed riskerar samtycket att påverkas. Av etikprövningslagen framgår att i de fall en forskningsperson står i beroendeförhållande till forskare ska faktorer kring information och samtycke ägnas särskild uppmärksamhet vid en etikprövning (Etikprövningsmyndigheten, u.å). Om en forskare studerar de egna patienterna får detta endast ske om det kan rättfärdigas utifrån preventivt, diagnostiskt eller terapeutiskt värde och om man bedömer att patienternas hälsa inte kommer påverkas negativt (The World Medical Association, 2018). I denna studie bedöms risken för negativ påverkan på patienternas hälsa vara låg, och möjligen kan deltagandet i studien ha en positiv inverkan på deltagarens hälsa genom att potentiella riskfaktorer identifieras och kan följas upp på mottagningen för spelberoende.

Författarna till studien har varit inblandade i dess samtliga delar och gemensamt grupperat data. Statistiska analyser har genomförts var för sig och sedan tillsammans för försäkran om att analyserna överensstämmer, vilket stärker studiens reliabilitet (Polit & Beck, 2021). Samtliga behandlare som träffat patienterna har kunskap om och erfarenhet av både den diagnostiska intervjun och användandet av skattningsskalorna som använts i studien. En styrka i studien är att alla deltagare diagnosticerats genom diagnostisk intervju utförd av vårdutbildade behandlare, och där diagnoser gått igenom i spelberoendemottagningens arbetsgrupp på så kallade behandlingskonferenser. Därigenom avgränsas målpopulationen mot närliggande grupper, som personer med problemspelande. Avgränsningen underlättar jämförelser och bidrar till en tydlighet i vilken grupp som studeras och för vilken population resultatet kan generaliseras (Polit & Beck, 2021). Självskattning är en mångsidig metod vilken är hjälpsam när avsikten är att undersöka individens egna tankar och åsikter, och kan ge information som patienten annars inte delar med sig av. En generell svaghet med självskattning som metod är dock frågan gällande giltighet och precision, huruvida man kan lita på att individer skattar

exempelvis sin drogkonsumtion sanningsenligt, och inte överdriver eller underdriver (Polit & Beck, 2021).

Samtliga instrument som används i studien är välanvända i forskning, vilket underlättar jämförelser med andra forskningsresultat. Instrumenten har god reliabilitet och validitet, undantaget DUDIT där validitet är låg för att identifiera riskbruk av droger vilket självfallet kan ha haft konsekvenser för studiens giltighet. Instrumentens psykometriska egenskaper har inte testats för spelberoende, men mot flertalet andra psykiatriska populationer (Berman et al., 2005; Durbeej et al., 2010). Att kvantifiera något så subjektivt och föränderligt som hur en person värderar sitt liv, genom livskvalitet, utgör i sig ett problem (SBU, 2012). Diskussionen finns kring om detta överhuvudtaget är teoretiskt möjligt (Brülde, 2003). Livskvalitetsformuläret BBQ mäter, utöver hur en person skattar olika områden i livet, även hur viktiga dessa områden är (Lindner et al., 2016). Formulärets utformning bör ge ett resultat som är närmare den studerade personens värderingar och upplevelser.

Könsskillnader gick att finna i form av uppdelningen bland de deltagande individerna där 25% var kvinnor och 75% män. Vilket stämmer överens med tidigare forskning som visat att 80 % av de som söker hjälp är män och 20 % kvinnor (Folkhälsomyndigheten, 2019). Baserat på svenska populationsdata från 2015 (Folkhälsomyndigheten, 2016) kan urvalet anses representativt gällande kön, ålder och utbildningsnivå för personer med spelproblem, vilket talar emot urvalsbias (Polit & Beck, 2021). Däremot var andelen personer med sysselsättning i aktuell studie hög (71 %), något som inte har beskrivits som typiskt för populationen där andelen i sysselsättning har visat sig vara betydligt lägre (Folkhälsomyndigheten, 2019). Resultatet kan sägas vara generaliserbart för personer som har diagnostiserats med hasardspelsyndrom och söker vård. Resultatet är dock inte nödvändigtvis generaliserbart för personer med spelberoende generellt, då faktorer som påverkar ifall och på vilken nivå man söker vård eller inte är svåra att uppskatta.

Studiens resultat har genom statistisk analys kontrollerats för confounders mot kön, ålder och socioekonomiska faktorer (utbildning och sysselsättning). Studien saknar dock information om psykiatrisk samsjuklighet hos deltagarna, något som är vanligt förekommande i patientgruppen (Dowling et al., 2015; Håkansson et al., 2018; Karlsson & Håkansson, 2018). Samtida eventuella psykiatriska tillstånd eller funktionsnedsättningar skulle kunna påverka både livskvalitet och utvecklande av beroendetillstånd och därmed innebära en viktig confounder. Exempelvis har personer med en historik av ADHD i barndomen i vuxen ålder svårare symptomatologi gällande spelproblem, och ADHD predikerar förekomst av substansbrukssyndrom bland personer med spelberoende (Brandt & Fischer, 2019). Vidare kan impulsivitet sägas spela en roll i beslutsfattande och beroendeutveckling (Heilig, 2016). Att kontroller för dessa faktorer inte genomförts påverkar studiens interna validitet (Polit & Beck, 2021), och kan innebära att effekten av de variabler som studerats i aktuell studie har överskattats. Forskning om livskvalitet och substansbruk inom spelberoendepopulationen som inkluderar övriga psykiatriska diagnoser vore därför intressant för att bättre förstå vilka faktorer som påverkar mående och spelberoendets svårighetsgrad.

Då data inte var normalfördelad och av nominal/ordinal typ så användes icke-parametriska test (Polit & Beck, 2021). Valet av logistisk regression före linjär regressionsanalys har vilat på att data inte varit normalfördelad, vilket krävs vid linjära regressioner (Polit & Beck, 2021). Den subgrupp i urvalet som hade ett riskbruk av alkohol eller droger var relativt liten, vilket kan ha medfört en låg statistisk styrka i analyser och därmed inte visat på ett samband med livskvalitet (Polit & Beck, 2021). Följaktligen har huvudsakligen deskriptiv statistik använts för att beskriva data i studiens resultatdel.

Mottagningens uppdrag är komplementärt och utreder och behandlar enbart spelberoendet. En möjlig anledning till den, i förhållande till flertalet tidigare studier, relativt låga andelen med problematiskt

substansbruk i studien kan vara att många personer med svårare problematik gällande alkohol och droger återfinns inom andra delar av psykiatri och beroendevården, och att spelberoende inte uppmärksammas om dessa substansberoendesyndrom ses som den primära problematiken för vilken man söker vård (Heilig, 2016). En studie av Himelhoch et al. (2015) visade på att 12-månadersprevalensen av spelberoende bland personer i substitutionsbehandling, på en metadonmottagning i USA, var nästan 50%. Prevalensen av spelberoende är högre bland personer som söker vård för substansbruk, alkohol eller droger, än i populationen i övrigt (Nalpas et al., 2011). Personer med ett spelberoende kan även undvika att söka vård utifrån skamkänslor och rädsla för stigmatisering (Forsberg & Josephson, 2012). I framtida forskning kan det därför vara av intresse att inkludera personer utanför den specialistpsykiatriska spelberoendevården som uppfyller diagnoskriterierna för hasardspelsyndrom, för att utreda hur stor utbredningen är och hur man kan bäst kan nå ut till dessa individer.

Resultatdiskussion

Studiedeltagarna uppvisade en övergripande låg självupplevd livskvalitet. Tjugotre procent av deltagarna hade ett riskbruk av alkohol medan elva procent hade ett riskbruk av droger. Livskvaliteten skiljer sig inte nämnvärt mellan kvinnor och män, dock är männen överrepresenterade när det gäller främst alkoholbruk men även drogbruk. Svårighetsgrad i spelberoende var den faktor som i resultatet visades ha en signifikant association med både livskvalitet och bruk av alkohol och droger. De med svårt spelberoende hade en högre risk att ha låg livskvalitet samt riskbruk av alkohol och droger i förhållande till de med lindrigare spelberoende. Riskbruk av alkohol gav även en högre sannolikhet för riskbruk av droger.

Beroende och riskbruk

Riskbruk av både alkohol och droger bland studiedeltagarna är högre än det nationella genomsnittet. Av deltagarna hade 23 % ett riskbruk och 8% ett skadligt bruk av alkohol, samt 11 % ett riskbruk och 2,5 % ett skadligt bruk av droger. Vilket kan jämföras med substansbruket i Sveriges befolkning som helhet där 15,6 % ett riskbruk av alkohol (Folkhälsomyndigheten, 2021) och 4 % ett alkoholberoende (CAN, 2020), drygt 4,2 % har använt droger under det senaste året och 1,8 % har ett drogbrukssyndrom (CAN, 2018). Andelen med alkohol- och drogproblem bland studiedeltagarna får anses vara lägre än vad tidigare studier har visat gällande populationen. En metaanalys av 36 studier med problemspelare visade att nästan 21 % av patienterna hade alkoholbrukssyndrom och 7 % drogbrukssyndrom (Dowling et al., 2015). Lorains et al. (2011) visade att 28,1% har ett alkoholbrukssyndrom och 17,2% ett drogbrukssyndrom bland problemspelare. I en svensk kontext har forskning om spelberoende individer påvisat att alkoholbrukssyndrom föreligger i mellan 7 % (Håkansson et al., 2017) och 29 % av fallen (Karlsson & Hakansson, 2018), och mellan 8% (Håkansson et al., 2017) och 25 % (Karlsson & Hakansson, 2018) har visat sig ha ett drogbrukssyndrom. Värt att notera är att studierna i viss utsträckning undersöker olika grupper (problemspelare/spelberoende, riskbruk/beroende) och använder olika mätinstrument för att definiera substansbruket, vilket försvårar jämförelser av forskningsresultat. Två av mätinstrumenten som används i denna studie är screeningverktyg för riskbruk och beroende av alkohol och droger, och diagnoser säkerställs därför inte genom diagnostik utan resultatet från mätinstrumenten ger snarare en indikation. Detta bör tas i beaktning vid tolkning av studiens resultat.

Logistiska regressionsanalyser kunde påvisa att studiedeltagarna med svårt spelberoende hade en signifikant ökad sannolikhet att ha ett riskbruk av alkohol. Låga nivåer av alkoholkonsumtion är en

faktor som i forskning har kopplats till positivt behandlingsutfall vid behandling för spelproblem (Merkouris et al., 2016). Omvänt har problematiskt alkoholbruk kunnat påvisas ha en negativ effekt på behandlingsutfall (Jiménez-Murcia et al., 2016), och högre nivåer av alkoholkonsumtion har ett samband med längre duration av spelberoende och en högre svårighetsgrad utifrån diagnoskriterier (Pino-Gutiérrez et al., 2017). Vidare kan intag av alkohol eller droger påverka beslutsprocesser i hjärnan och impuls kontroll vilket bör öka risken för återfall eller försvårade spelbeteenden (Heilig, 2016). Alkoholbruket är således viktigt för sjuksköterskan att adressera. Genom strukturerat arbete med patientens levnadsvanor med hjälp av motiverande samtalsteknik kan sjuksköterskan stärka patientens kontroll av alkoholbruket och främja andra levnadsvanor för att på så sätt understödja en god återhämtningsprocess från spelberoendet (Brobeck et al., 2011).

Spelberoendets svårighetsgrad framstår på gruppnivå vara lindrigare för individer med god utbildningsnivå och som är i sysselsättning i jämförelse med individer som saknar utbildning och/eller sysselsättning. Inget statistiskt signifikant samband kunde dock påvisas gällande socioekonomiska faktorer.

Den höga prevalensen av samsjuklighet med beroenden hos spelberoende individer som kunnat påvisats i tidigare studier skulle kunna tyda på en grundtendens till beroendeproblematik hos individen (Tackett et al., 2017). Resultatet att sannolikheten för riskbruk av droger ökade vid riskbruk av alkohol stöds av tidigare forskning (Maffli & Astudillo, 2018), och kan tolkas som en del i beroendetillståndens komplexitet. Något som ännu inte studerats på ett tillfredställande sätt, men som är ett diskuterat fenomen, är att patienter i återhämtning från ett beroende kan ersätta det man avstår ifrån med något annat beroende som fyller liknande funktion som det ursprungliga beroendet. Detta skulle dock även kunna vara ett uttryck för gemensam etiologi och riskbild inom beroendesjukdomar (Sinclair et al., 2021). Typ av beroende kan bytas över tid och flera beroendebeteenden kan samexistera, vilket är viktigt att ha kännedom om i arbetet med att bli frisk från spelberoende (Konkolj Thege et al., 2016). En viktig uppgift för sjuksköterskan är att känna till skörheten vid återhämtningsfasen (Wiklund Gustin, 2019), och initiera insatser för att patienten ska få en bredare bas av funktionella copingstrategier och stöttning till hälsoprocesser. Copingstrategier, adaptiva och maladaptiva, har ett samband med hälsorelaterad livskvalitet, och då framför allt psykiska aspekter av hälsa (Ciobanu et al., 2020).

Livskvalitet och samband med bruk av alkohol och droger

En stor majoritet av studiedeltagarna upplevde låg livskvalitet, vilket går i linje med tidigare studier av livskvaliteten vid problematiskt spelande om pengar (Black et al., 2003; Bonfils et al., 2019; Bonnaire et al., 2016; Ekholm et al., 2017; Rawat et al., 2018). Även sambandet mellan svårighetsgrad av spelberoende och låg livskvalitet bekräftas av tidigare studier (Farrell, 2018; Moayeri, 2020). Sambandet kan vidare bedömas som rimligt utifrån att diagnoskriterierna i DSM, och därmed svårighetsgraden, utgår från hur mycket individens liv påverkas av spelberoendet (DSM-5, 2013). Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd som depression och ångesttillstånd inom patientgruppen är dessutom hög (Dowling et al., 2015; Håkansson et al., 2017; Petry et al., 2005), vilket skulle kunna förklara en viss del av den låga livskvaliteten. En studie som undersökte hur livskvalitet hos spelberoende personer var jämfört med personer med alkohol- eller drogberoende visade att spelberoende personer upplevde en lägre livskvalitet än drogberoende, men bättre livskvalitet än alkoholberoende personer. Samtliga grupper upplevde en lägre livskvalitet än normalpopulationen (Manning et al., 2012).

Sambandet mellan spelberoende och suicid är väletablerat i forskning (Bischof et al., 2016; Karlsson & Håkansson, 2020), och det finns belägg för hur spelberoende har föregått suicid (Blaszczynski &

Farrell, 1998; Karlsson & Håkansson, 2018). Livskvalitet kan tänkas ha ett samband med risk för suicid, där en låg livskvalitet blir ett uttryck för att livets meningsfullhet är nedsatt eller begränsad. Inom andra psykiatriska populationer har sambandet mellan låg livskvalitet och suicidalitet påvisats (Kasckow et al., 2007). Områden inom livskvalitet med stark koppling till självmordstankar är bland andra sociala och relationella (Haller & Miles, 2003). Hasardspelsyndrom påverkar ofta relationer och sociala sammanhang för personen, med ensamhet och försämrade relationer som följd (Bonfils et al., 2019), vilket kan vara en del i den låga livskvalitet som påvisats i aktuell studie. Meningsfullhet kan skapas i att vara aktiv i gemenskap med andra (Ekman & Norberg, 2013), och när de sociala meningsbärande sammanhangen begränsas samtidigt som stressorer ökar som följd av exempelvis spelskulder riskerar detta att orsaka känslor av hopplöshet och uppgivenhet.

I aktuell studie hittades inga statistiskt signifikanta samband mellan bruk av alkohol eller narkotika och livskvalitet, vilket skulle kunna förklaras av att grupperna med riskbruk eller beroende av alkohol och droger var för små för att kunna ge statistiskt signifikanta samband. Exempel finns på tidigare studier som visat att det är andra faktorer än de direkt substansrelaterade som har en inverkan på livskvalitet för personer med substansbrukssyndrom (Muller et al., 2016). Samtidigt rapporterar gruppen med den svåraste formen av spelberoende ett högre bruk av främst alkohol i aktuell studie, något som har vilket associerats med ökad risk för suicidalt beteende och fullbordat suicid bland personer med spelberoende (Karlsson & Håkansson, 2020; Newman & Thompson, 2007). En låg livskvalitet med samtida problematiskt substansbruk skulle således kunna vara en indikator för att något inte står rätt till och som behöver adresseras av sjuksköterskan.

Ekonomiska svårigheter, arbetslöshet och bristande sociala relationer är faktorer som har visats ha en negativ inverkan på livskvalitet inom en psykiatrisk population (Chan & Yu, 2004). Dessa är faktorer som påverkas negativt av spelberoende (Bonfils et al., 2019), men även av substansbruk (Folkhälsomyndigheten, 2020). Samma faktorer som påverkar och påverkas av beroendebilden kan även medföra ökad risk för samsjuklighet, på grund av att skyddsfaktorerna minskar så som ett gott socialt nätverk (Forsell, 2016; Stuart, 2013). Psykisk ohälsa och beroendetillstånd utgör alltså en komplex bild med flertalet interrelaterade faktorer som har potential att påverka individens livskvalitet. Dessutom har Laudet et al. (2009) visat att livskvalitet var den viktigaste faktorn för att förutse framgångsrik återhämtning från ett substansbrukssyndrom. Utifrån att spelberoende delar många egenskaper med övriga beroendetillstånd är det inte omöjligt att detta även vore sant för spelberoende personer, vilket talar för vikten av att arbeta utifrån den subjektiva upplevelsen av livskvalitet hos patienten.

Trots att alkohol- och drogbruk inte påvisas ha något samband med livskvalitet i den här studien så innebär dessa faktorer en risk för försämring i spelberoende och risker för försämrad fysisk och psykisk hälsa (Socialstyrelsen, 2018). Utifrån ett holistiskt synsätt inom psykiatrisk omvårdad bör dock inte professionen bestämma vad livskvalitet innebär för en patient eller vilka faktorer som påverkar den. Omvårdnadsinsatser för att uppnå en god hälsa och livskvalitet måste utgå från den individuella patienten och dennes värderingar och livsmål (Wiklund Gustin, 2019). Studiens resultat indikerar att uppmärksamhet bör riktas till hälsofrämjande och livskvalitetshöjande insatser, för att ge patienten en möjlighet till återhämtning och ett meningsfullt liv. Ytterst framstår detta även som viktiga aspekter för att den omvårdnaden som utförs ska bidra till en minskad risk för suicid i patientgruppen.

Studiens data kommer från en specialiserad mottagning för spelberoende, och liknande data gällande substansbruk hos vårdsökande spelberoende individer finns endast publicerad i begränsad omfattning i Sverige och då av Håkansson med kollegor (Karlsson & Håkansson, 2020; Karlsson & Håkansson, 2018; Håkansson et al., 2018). Resultatet från aktuell studie ger en ökad förståelse för hur

substansbruket ser ut bland spelberoende individer i Sverige. Att undersöka livskvaliteten hos spelberoende individer som söker vård, och studera hur spelberoende, substansbruk och just livskvalitet samvarierar är något som tidigare inte genomförts i Sverige och gör således att studien fyller en viktig forskningslucka. Aktuell studie undersöker dock inte vilka delar av livskvaliteten som påverkas av spelberoende, vilket vore av intresse att undersöka i framtida forskningsprojekt. Studier som tittar på vilka delar av livskvaliteten som spelberoende individer själva upplever påverkas av spelandet vore givande för att vården ska kunna utforma skraddarsydd insatser med syftet att förbättra patientens livskvalitet.

Slutsats och kliniska implikationer

I studien framgår att spelberoende individer upplever en låg livskvalitet. Särskilt individer med svårt spelberoende lider av låg livskvalitet och en högre grad av problematiskt bruk av alkohol och droger i jämförelse med normalpopulationen och individer med lindrigare form av spelberoende. I synnerhet graden av spelberoende påverkar livskvaliteten, medan faktorer som bruk av alkohol, droger och demografi ter sig ha en mindre påverkan.

Studiens resultat visar på att individer med spelberoende upplever en väldigt låg livskvalitet och en betydande andel minst ett riskbruk av substanser. Genom en bred screening av substansbruk i gruppen kan sjuksköterskan uppmärksamma och erhålla värdefull information för att individanpassa insatser och på så sätt undvika ett ökat lidande för patienten. Utifrån den höga samsjukligheten i substansbrukssyndrom och psykiatriska diagnoser vore det även värdefullt att screena för spelberoende inom andra patientgrupper i psykiatrin som är i behov av vård för spelberoende. Att tidigt identifiera och förebygga riskfaktorer för ohälsa kan anses etiskt utifrån ett minskat lidande för patient och anhöriga om hjälp kan ges tidigt, tidiga interventioner kan även minska samhällskostnader enligt Folhälsomyndigheten (u.å). Vidare är personer som söker vård för spelberoende en växande grupp, där spelberoendets konsekvenser påverkar både individ, närstående och samhälle. Spelberoende drabbar redan utsatta grupper i samhället och är ojämnt fördelat i befolkningen vilket skapar ojämlikheter i hälsa. Studiens resultat visar även på att ojämlikheter finns inom gruppen patienter med spelberoende, utifrån upplevd livskvalitet och substansbruk. Studien kan bidra till att identifiera hälsorelaterade behov för fortsatt arbete mot en jämlik vård och rätt till hälsa.

Den låga självupplevda livskvaliteten bland studiedeltagarna indikerar att utvärdering av livskvalitet har en plats i omvårdnadsarbetet, som ett sätt att synliggöra levnadsvillkoren hos patienten och vidga synen på vad ett spelberoende innebär. De samvarierande aspekterna av vad som gör livet meningsfullt för en person kan utforskas utifrån ett personcentrerat perspektiv i samarbete med patienten, för att främja återhämtning och förmedla hopp om framtiden. Vidare indikerar studiens resultat att personer med ett svårt spelberoende löper större risk för låg livskvalitet och riskbruk av substanser, och omvårdnaden bör därför fokuseras till de specifika behoven i gruppen. Omvårdnadsarbetet kan med fördel utgå ifrån levnadsvanor, motiverande samtal, stärkande av copingstrategier och identifiering av riskfaktorer för ohälsa.

Referenslista

- 2018:1138., S. *Spellag* (2018:1138). Retrieved from https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/spellag-20181138_sfs-2018-1138
- Andersson, E., Hedman, E., Wadström, O., Boberg, J., Andersson, E. Y., Axelsson, E., Bjureberg, J., Hursti, T., & Ljótsson, B. (2017). Internet-Based Extinction Therapy for Worry: A Randomized Controlled Trial. *Behav Ther*, 48(3), 391-402. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.003>
- Bergman, H., & Källmén, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*, 37(3), 245-251. <https://doi.org/10.1093/alcalc/37.3.245>
- Berman, A. H. (2017). *AUDIT & DUDIT : identifiera problem med alkohol och droger* (Andra upplagan ed.). Stockholm : Gothia fortbildning.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*, 11(1), 22-31. <https://doi.org/10.1159/000081413>
- Binde, P. (2014). Gambling in Sweden: the cultural and socio-political context. *Addiction*, 109(2), 193-198. <https://doi.org/10.1111/add.12103>
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., John, U., Wurst, F. M., Thon, N., Lucht, M., Grabe, H. J., & Rumpf, H. J. (2016). Type of gambling as an independent risk factor for suicidal events in pathological gamblers. *Psychol Addict Behav*, 30(2), 263-269. <https://doi.org/10.1037/adb0000152>
- Black, D. W., Moyer, T., & Schlosser, S. (2003). Quality of life and family history in pathological gambling. *J Nerv Ment Dis*, 191(2), 124-126. <https://doi.org/10.1097/01.Nmd.0000050942.86352.47>
- Black, D. W., Shaw, M., McCormick, B., & Allen, J. (2013). Pathological gambling: relationship to obesity, self-reported chronic medical conditions, poor lifestyle choices, and impaired quality of life. *Compr Psychiatry*, 54(2), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.001>
- Blaszczynski, A., & Farrell, E. (1998). A Case Series of 44 Completed Gambling-Related Suicides. *J Gambl Stud*, 14(2), 93-109. <https://doi.org/10.1023/a:1023016224147>
- Bonfils, N. A., Grall-Bronnec, M., Caillon, J., Limosin, F., Benyamina, A., Aubin, H. J., & Luquiens, A. (2019). Giving room to subjectivity in understanding and assessing problem gambling: A patient-centered approach focused on quality of life. *J Behav Addict*, 8(1), 103-113. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.137>
- Bonnaire, C. L., Kovess, V., Guignard, R., Richard, J. B., Du-Roscoat, E., & Beck, F. O. (2016). Life events, substance use, psychological distress, and quality of life in male and female French gamblers. *Ann Clin Psychiatry*, 28(4), 263-279.
- Bowling, A. (2017). *Measuring health : a review of subjective health, well-being and quality of life measurement scales* (4. ed. ed.). London : McGraw-Hill Education/Open University Press.
- Brandt, L., & Fischer, G. (2019). Adult ADHD Is Associated With Gambling Severity and Psychiatric Comorbidity Among Treatment-Seeking Problem Gamblers. *Journal of attention disorders*, 23(12), 1383-1395. <https://doi.org/10.1177/1087054717690232>
- Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice [<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>]. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3322-3330. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>
- Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund : Studentlitteratur.

- CAN. (2018). *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017*.
<https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-174-negativa-konsekvenser-av-alkohol-narkotika-och-tobak.pdf>
- CAN. (2020). *Faktablad - Alkohol*. Retrieved 2021-12-20 from
<https://www.can.se/app/uploads/2020/05/can-faktablad-alkohol.pdf>
- Chan, S., & Yu, I. W. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of advanced nursing*, 45(1), 72-83. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02863.x>
- Chang, C. (2020). Self-Control-Centered Empowerment Model: Health Consciousness and Health Knowledge as Drivers of Empowerment-Seeking through Health Communication. *Health Commun*, 35(12), 1497-1508. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1652385>
- Ciobanu, I., Di Patrizio, P., Baumann, C., Schwan, R., Vlaminck, G., Bédès, A., Clerc-Urmès, I., Viennet, S., & Bourion-Bédès, S. (2020). Relationships between coping, anxiety, depression and health-related quality of life in outpatients with substance use disorders: results of the SUBUSQOL study. *Psychology, health & medicine*, 25(2), 179-189.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1679847>
- Colpaert, K., De Maeyer, J., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2013). Impact of Addiction Severity and Psychiatric Comorbidity on the Quality of Life of Alcohol-, Drug- and Dual-Dependent Persons in Residential Treatment. *European Addiction Research*, 19(4), 173-183.
<https://doi.org/10.1159/000343098>
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola* (1. uppl. ed.). Stockholm : Liber.
- Dowling, N. A., Cowlishaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., & Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*, 49(6), 519-539.
<https://doi.org/10.1177/0004867415575774>
- DSM-5. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Durbeej, N., Berman, A. H., Gumpert, C. H., Palmstierna, T., Kristiansson, M., & Alm, C. (2010). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Use Disorders Identification Test in a Swedish sample of suspected offenders with signs of mental health problems: results from the Mental Disorder, Substance Abuse and Crime study. *J Subst Abuse Treat*, 39(4), 364-377. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.07.007>
- Ekholm, O., Davidsen, M., Larsen, C., & Juel, K. (2017). A nationwide study of health-related quality of life, stress, pain or discomfort and the use of medicine among problem gamblers. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46, 140349481773950.
<https://doi.org/10.1177/1403494817739501>
- Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. In A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (pp. 28-61). Studentlitteratur.
- Etikprövningsmyndigheten. (u.å). *Vad säger lagen?* Retrieved 21-05-22 from
<https://etikprovningmyndigheten.se/for-forskare/vad-sager-lagen/>
- Farrell, L. (2018). Understanding the Relationship Between Subjective Wellbeing and Gambling Behavior. *J Gambl Stud*, 34(1), 55-71. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9692-4>
- Folkhälsomyndigheten. (u.å). *Spelproblem ger stora samhällskostnader*. Retrieved 22-02-01 from
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/om-spelproblem/samhallskostnader/>
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Tabellsammanställning för Swelogs prevalensstudie 2015: Med jämförelser mot prevalensstudien 2008/2009*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/andts/spel/swelogs/tabellsammanstallning-swelogs-prevalensstudie-2015.pdf>

- Folkhälsomyndigheten. (2019). *Resultat från SWELOGS 2018*. Retrieved 2021-09-22 from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/andts/spel/swelogs/resultat-swelogs-2018-2019.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Att använda narkotika medför ökade risker för hälsoproblem*. Retrieved 21-10-20 from <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikans-skadeverkningar/narkotika-medfor-okade-risker-for-halsoproblem/>
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Alkoholkonsumtion i olika grupper av i befolkningen*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/bruk/alkoholkonsumtion-i-befolkningen/>
- Forsberg, L., & Josephson, H. (2012). Spelmissbruk. In C. Fahlke (Ed.), *Hanbok i missbrukspsykologi - Teori och tillämpning* (pp. 125-134). Liber AB.
- Forsell, Y. (2016). Psykiatrisk epidemiologi. In J. Herlofson, L. Ekselius, A. Lundin, B. Mårtensson, & M. Åsberg (Eds.), *Psykiatri* (pp. 59-68). Studentlitteratur AB.
- Freire Pequeno, N. P., de Araujo Cabral, N. L., Marchioni, D. M., Vieira Cunha Lima, S. C., & Lyra, C. d. O. (2020). Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 208-208. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01347-7>
- Frykheden, O. (2014). *Effektiv mätning av livskvalitet - Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ) : en psykometrisk utvärdering* [Student thesis, DiVA]. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-111136>
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Bmj*, 324(7351), 1417. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7351.1417>
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2015). Gambling disorder and its relationship with substance use disorders: implications for nosological revisions and treatment. *Am J Addict*, 24(2), 126-131. <https://doi.org/10.1111/ajad.12112>
- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2005). Quality of life in kleptomania and pathological gambling. *Compr Psychiatry*, 46(1), 34-37. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.022>
- Grant, J. E., Steinberg, M. A., Kim, S. W., Rounsaville, B. J., & Potenza, M. N. (2004). Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry Res*, 128(1), 79-88. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.006>
- Haller, D. L., & Miles, D. R. (2003). Suicidal Ideation Among Psychiatric Patients with HIV: Psychiatric Morbidity and Quality of Life. *AIDS and behavior*, 7(2), 101-108. <https://doi.org/10.1023/A:1023985906166>
- Heilig, M. (2016). Substansrelaterade och additiva störningar. In J. Herlofson (Ed.), *Psykiatri* (pp. 493-536). Studentlitteratur.
- Heilig, M. (2019). *Beroendetillstånd : mekanismer, diagnostik och behandling* (Tredje upplagan ed.). Lund : Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan ed.). Lund : Studentlitteratur.
- Hildebrand, M. P. D. L. L. M. (2015). The Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A Review of Recent Research. *Journal of substance abuse treatment*, 53, 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.008>
- Himelhoch, S. S., Miles-McLean, H., Medoff, D., Kreyenbuhl, J., Rugle, L., Brownley, J., Bailey-Kloch, M., Potts, W., & Welsh, C. (2015). Twelve-Month Prevalence of DSM-5 Gambling Disorder and Associated Gambling Behaviors Among Those Receiving Methadone Maintenance. *Journal of gambling studies*, 32(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9524-3>

- Håkansson, A., Karlsson, A., & Widinghoff, C. (2018). Primary and Secondary Diagnoses of Gambling Disorder and Psychiatric Comorbidity in the Swedish Health Care System-A Nationwide Register Study. *Frontiers in psychiatry*, 9, 426-426. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00426>
- Håkansson, A., Mårdhed, E., & Zaar, M. (2017). Who Seeks Treatment When Medicine Opens the Door to Pathological Gambling Patients-Psychiatric Comorbidity and Heavy Predominance of Online Gambling. *Frontiers in psychiatry*, 8, 255. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00255>
- Jiménez-Murcia, S., Del Pino-Gutiérrez, A., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Hakansson, A., Tárrega, S., Valdepérez, A., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Baño, M., Sauvaget, A., Romeu, M., Steward, T., & Menchón, J. M. (2016). Treatment Outcome in Male Gambling Disorder Patients Associated with Alcohol Use. *Frontiers in psychology*, 7(MAR), 465-465. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00465>
- Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L., & Götestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *J Gambl Stud*, 25(1), 67-92. <https://doi.org/10.1007/s10899-008-9088-6>
- Jormfeldt, H., Arvidsson, B., Svensson, B., & Hansson, L. (2008). Construct validity of a health questionnaire intended to measure the subjective experience of health among patients in mental health services. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(3), 238-245. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01219.x>
- Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsa och hälsofrämjande arbete i psykiatrisk omvårdnad. In L. Wiklund Gustin (Ed.), *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå* (pp. 77-98). Studentlitteratur.
- Karlsson, A., & Hakansson, A. (2018). Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1091-1099. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.112>
- Karlsson, A., & Håkansson, A. (2018). Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *J Behav Addict*, 7(4), 1091-1099. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.112>
- Karlsson, A., & Håkansson, A. (2020). Suicide Attempt in Patients With Gambling Disorder-Associations With Comorbidity Including Substance Use Disorders. *Frontiers in psychiatry*, 11, 593533-593533. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.593533>
- Kasckow, J., Montross, L., Golshan, S., Mohamed, S., Patterson, T., Sollanzano, E., & Zisook, S. (2007). Suicidality in middle aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms: relationship to functioning and Quality of Life. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(12), 1223-1228. <https://doi.org/10.1002/gps.1817>
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, 38(9), 1351-1360. <https://doi.org/10.1017/s0033291708002900>
- Konkolj Thege, B., Hodgins, D. C., & Wild, T. C. (2016). Co-occurring substance-related and behavioral addiction problems: A person-centered, lay epidemiology approach. *J Behav Addict*, 5(4), 614-622. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.079>
- Käll, A., Backlund, U., Shafran, R., & Andersson, G. (2020). Lonesome no more? A two-year follow-up of internet-administered cognitive behavioral therapy for loneliness. *Internet Interventions*, 19, 100301. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100301>
- Källmén, H., Wennberg, P., Leifman, H., Bergman, H., & Berman, A. H. (2011). Alcohol Habits in Sweden during 1997–2009 with Particular Focus on 2005 and 2009, Assessed with the AUDIT: A Repeated Cross-Sectional Study. *European Addiction Research*, 17(2), 90-96. <https://doi.org/10.1159/000322068>

- Källmén, H., Wennberg, P., Ramstedt, M., & Hallgren, M. (2014). The psychometric properties of the AUDIT: a survey from a random sample of elderly Swedish adults. *BMC Public Health*, *14*, 672. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-672>
- Laudet, A. B., Becker, J. B., & White, W. L. (2009). Don't Wanna Go Through That Madness No More: Quality of Life Satisfaction as Predictor of Sustained Remission from Illicit Drug Misuse. *Substance use & misuse*, *44*(2), 227-252. <https://doi.org/10.1080/10826080802714462>
- Lin, E.-Y. J., Casswell, S., Easton, B., Huckle, T., Asiasiga, L., & You, R. Q. (2010). Time and money spent gambling and the relationship with quality-of-life measures: A national study of New Zealanders. *Journal of Gambling Issues*, *24*, 33-53. <https://doi.org/10.4309/jgi.2010.24.4>
- Lindner, P., Frykheden, O., Forsström, D., Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). The Brunnsviken Brief Quality of Life Scale (BBQ): Development and Psychometric Evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, *45*(3), 182-195. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1143526>
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, *106*(3), 490-498. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>
- Lotteriinspektionen. (2013). *Lotteriinspektionens skriftserie*. ("Spelberoende" och relaterade begrepp: Vad betyder de egentligen?, Issue. https://www.spelinspektionen.se/globalassets/dokument/informationsdokument/tryckta-publikationer/skriftserien_4_2013webb.pdf
- Loo JM, Shi Y, Pu X. Gambling, Drinking and Quality of Life: Evidence from Macao and Australia. *J Gambl Stud*. 2016 Jun;32(2):391-407. doi: 10.1007/s10899-015-9569-3. PMID: 26337063.
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*, *93*(2), 157-168. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>
- Maffli, E., & Astudillo, M. (2018). Multiple substance use among patients attending treatment for substance-related problems in Switzerland. *Drugs and alcohol today*, *18*(3), 178-187. <https://doi.org/10.1108/DAT-06-2018-0033>
- Manning, V., Dowling, N. A., Lee, S., Rodda, S., Garfield, J. B. B., Volberg, R., Kulkarni, J., & Lubman, D. I. (2017). Problem gambling and substance use in patients attending community mental health services. *J Behav Addict*, *6*(4), 678-688. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.077>
- Manning, V., Gomez, B., Guo, S., Low, Y., Koh, P., & Wong, K. (2012). An Exploration of Quality of Life and its Predictors in Patients with Addictive Disorders: Gambling, Alcohol and Drugs. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *10*. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9349-y>
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., McManus, S., & Dennis, M. S. (2011). Personal debt and suicidal ideation. *Psychol Med*, *41*(4), 771-778. <https://doi.org/10.1017/s0033291710001261>
- Merkouris, S. S., Thomas, S. A., Browning, C. J., & Dowling, N. A. (2016). Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clin Psychol Rev*, *48*, 7-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.06.004>
- Moayeri, F. (2020). A reference set of Health State Utility Values for gambling problem behaviour, a survey of the Australian general population: implications for future healthcare evaluations. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, *20*(1), 115-124. <https://doi.org/10.1080/14737167.2019.1610397>

- Moghaddam, J. F., Yoon, G., Dickerson, D. L., Kim, S. W., & Westermeyer, J. (2015). 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*, 24(4), 292-298. <https://doi.org/10.1111/ajad.12197>
- Muller, A. E., Skurtveit, S., & Clausen, T. (2016). Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 39-39. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0439-1>
- Nalpas, B., Yguel, J., Fleury, B., Martin, S., Jarraud, D., & Craplet, M. (2011). Pathological gambling in treatment-seeking alcoholics: A national survey in France. *Alcohol and alcoholism (Oxford)*, 46(2), 156-160. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq099>
- Newman, S. C., & Thompson, A. H. (2007). The Association between Pathological Gambling and Attempted Suicide: Findings from a National Survey in Canada. *Canadian journal of psychiatry*, 52(9), 605-612. <https://doi.org/10.1177/070674370705200909>
- Ortiz, L. (2018). *Till spelfriheten! : kognitiv beteendeterapi vid spelberoende : manual för behandling individuellt eller i grupp*. Type and Tell.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using SPSS*. Open University Press/McGrawHill.
- Park, S., Cho, M. J., Jeon, H. J., Lee, H. W., Bae, J. N., Park, J. I., Sohn, J. H., Lee, Y. R., Lee, J. Y., & Hong, J. P. (2010). Prevalence, clinical correlations, comorbidities, and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: results from the Korean Epidemiologic Catchment Area Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(6), 621-629. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0102-9>
- Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., Grant, B. F., Hasin, D. S., & O'Brien, C. (2014). An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *Journal of gambling studies*, 30(2), 493-502. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9370-0>
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 66(5), 564-574. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n0504>
- Pino-Gutiérrez, A., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Tárrega, S., Valdepérez, A., Agüera, Z., Håkansson, A., Sauvaget, A., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Moragas, L., Baño, M., Honrubia, M., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2017). Impact of alcohol consumption on clinical aspects of gambling disorder. *International journal of mental health nursing*, 26(2), 121-128. <https://doi.org/10.1111/inm.12221>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition. International edition ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer.
- Rawat, V., Browne, M., Bellringer, M., Greer, N., Kolandai-Matchett, K., Rockloff, M., Langham, E., Hanley, C., Du Preez, K. P., & Abbott, M. (2018). A tale of two countries: comparing disability weights for gambling problems in New Zealand and Australia. *Quality of Life Research*, 27(9), 2361-2371. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1882-8>
- Rennert, L., Denis, C., Peer, K., Lynch, K. G., Gelernter, J., & Kranzler, H. R. (2014). DSM-5 gambling disorder: prevalence and characteristics in a substance use disorder sample. *Exp Clin Psychopharmacol*, 22(1), 50-56. <https://doi.org/10.1037/a0034518>
- Rodriguez-Monguio, R., Errea, M., & Volberg, R. (2017). Comorbid pathological gambling, mental health, and substance use disorders: Health-care services provision by clinician specialty. *J Behav Addict*, 6(3), 406-415. <https://doi.org/d>
- SBU. (2012). *Viktigt men svårt mäta livskvalitet*. Retrieved 2021-10-04 from https://www.sbu.se/globalassets/vop/vop_2012_1.pdf

- SBU. (2019). *Att förebygga problem med spel om pengar - En systematisk översikt*.
<https://www.sbu.se/contentassets/03bcc8f6b1664182a1c46042d0b3da15/att-forebygga-problem-med-spel-om-pengar.pdf>
- Selin, K. H. (2003). Test-retest reliability of the alcohol use disorder identification test in a general population sample. *Alcohol Clin Exp Res*, 27(9), 1428-1435.
<https://doi.org/10.1097/01.Alc.0000085633.23230.4a>
- Sinclair, D. L., Sussman, S., Savahl, S., Florence, M., Adams, S., & Vanderplassen, W. (2021). Substitute Addictions in Persons with Substance Use Disorders: A Scoping Review. *Substance use & misuse*, 56(5), 683-696. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1892136>
- sjuksköterskeförening, S. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård*. Retrieved 2021-10-05 from <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062321b9/1584103943244/Kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terskor%20inom%20psykiatrisk%20v%C3%A5rd%202014.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2018-12-5.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar*. Retrieved 10-02 from <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-4-7277.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2018-12-5.pdf>
- Stewart, S. H., Hutson, A., & Connors, G. J. (2006). Exploration of the Relationship between Drinking Intensity and Quality of Life. *The American journal on addictions*, 15(5), 356-361.
<https://doi.org/10.1080/10550490600860122>
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10. ed. ed.). St Louis, Missouri : Elsevier Mosby.
- Tackett, J. L., Krieger, H., Neighbors, C., Rinker, D., Rodriguez, L., & Edward, G. (2017). Comorbidity of Alcohol and Gambling Problems in Emerging Adults: A Bifactor Model Conceptualization. *J Gambl Stud*, 33(1), 131-147. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9618-6>
- The World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subject*. Retrieved Maj 2021 from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Theule, J., Hurl, K. E., Cheung, K., Ward, M., & Henrikson, B. (2019). Exploring the Relationships Between Problem Gambling and ADHD: A Meta-Analysis. *J Atten Disord*, 23(12), 1427-1437. <https://doi.org/10.1177/1087054715626512>
- Weinstock, J., & Rash, C. J. (2014). Clinical and Research Implications of Gambling Disorder in DSM-5. *Current Addiction Reports*, 1(3), 159-165. <https://doi.org/10.1007/s40429-014-0026-7>

- Wennström, A., & Byström, E. (2020). *Att minnas att minnas : Om användandet av prospektivt minne för behandlingsinnehåll efter IKBT för depressiva besvär* [Student thesis, DiVA. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-165998>
- WHO. (1997). *WHOQOL: MEASURING QUALITY OF LIFE*. World Health Organization. . Retrieved 2021-10-01 from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Wiklund Gustin, L. (2019). *Vårdande vid psykisk ohälsa : på avancerad nivå*. Studentlitteratur.
- Williams, R. (2012). The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends.

Tabeller

Tabell 1. Demografiska data, deltagare.

Ålder	Kvinnor n= 45	Män n=132
18–28 år	2 (4,4)	42 (31,8)
29–38 år	21 (46,7)	52 (39,4)
39–48 år	14 (31,1)	25 (18,9)
49–58 år	5 (11,1)	10 (7,6)
59–70 år	3 (6,7)	3 (2,3)
Utbildningsnivå	n=43	n=127
Ej grundskola	1 (2,3)	1 (8)
Grundskola	8 (17,8)	22 (17,3)
Gymnasium	19 (44,2)	77 (60,6)
Högskola/universitet	12 (27,9)	24 (18,9)
Yrkeshögskola	3 (7,0)	3 (2,4)
Huvudsaklig sysselsättning	n=44	n=130
Arbetande	32 (72,7)	92 (70,8)
Sjukskriven	5 (11,4)	21 (16,2)
Studerande	-	3 (3,1)
Föräldraledig	2 (4,5)	1 (0,8)
Arbetslös	2 (4,5)	10 (7,7)
Sjukpensionär	1 (2,3)	1 (0,8)
Pensionär	1 (2,3)	1 (0,8)
Arbetande/sjukskriven	1 (2,3)	-

Data presenterad som n (%).

Tabell 2. Bruk av alkohol och droger inom spelberoendegrupper

Bruk och riskbruk	Spelberoende, svårighetsgrad.			
Alkoholbruk (AUDIT)	Lindrigt	Medelsvårt	Svårt	Total
Inget riskbruk	19 (82,6)	54 (79,4)	44 (57,1)	117 (69,6)
Riskbruk	4 (17,4)	13 (19,1)	21 (27,3)	38 (22,6)
Skadligt bruk/beroende	0 (0)	1 (1,5)	12 (15,6)	13 (7,7)
Total	23 (100)	68 (100)	77 (100)	168 (100)
Drogbruk (DUDIT)				
Inget riskbruk	22 (95,7)	62 (92,5)	60 (78,9)	144 (86,7)
Riskbruk	1 (4,3)	4 (6,0)	13 (17,1)	18 (10,8)
Skadligt bruk/beroende	0 (0)	1 (1,5)	3 (3,9)	4 (2,4)
Total	23 (100)	67 (100)	76 (100)	166 (100)

Data presenterad som n (%). AUDIT, Alcohol use disorder identification test. DUDIT, Drug use disorder identification test

Tabell 3. Livskvalitet inom beroendegrupper

Beroende	Livskvalitet			
	Spelberoende svårighetsgrad (SCI-GD)	Låg livskvalitet	God livskvalitet	Total
Lindrig	15 (65.2)	8 (34.8)	23 (100)	
Medelsvår	45 (71.4)	18 (28.6)	63 (100)	
Svår	69 (90.8)	7 (9.2)	76 (100)	
Total	129 (79.6)	33 (20.4)	162 (100)	
Alkoholbruk (AUDIT)				
Inget riskbruk	87 (77.7)	25 (22.3)	112 (100)	
Riskbruk	30 (83.3)	6 (16.7)	36 (100)	
Skadligt bruk/beroende	11 (84.6)	2 (15.4)	13 (100)	
Total	128 (79.5)	33 (20.5)	161 (100)	
Drogbruk (DUDIT)				
Inget riskbruk	109 (77.9)	31 (22.1)	140 (100)	
Riskbruk	15 (88.2)	2 (11.8)	17 (100)	
Skadligt bruk/beroende	4 (100)	0 (0)	4 (100)	
Total	128 (79.5)	33 (20.5)	161 (100)	

Data presenterad som n (%). AUDIT, Alcohol use disorder identification test.
DUDIT, Drug use disorder identification test

Bilagor

Bilaga 1- Structured Clinical Interview for Gambling disorder (SCI-GD)

Structured Clinical Interview for Gambling Disorder (SCI-GD)

1

Initialer intervjuperson: _____

Datum: _____

HOPPA ÖVER OM REDAN KÄNT.

Har du någonsin spelat om pengar eller andra värdesaker?

___Ja ___ Nej

ANTECKNINGAR

OM "JA", FORTSÄTT:

Hur ofta spelar du om pengar nu? _____

Hur mycket pengar spelar du för vanligtvis? _____

När var senaste gången du spelade om pengar? _____

När spelade du som mest i ditt liv? _____

Hur länge varade den perioden? _____

Under den perioden

hur ofta spelade du? _____

vilken typ av spel spelade du? _____

hur mycket pengar spelade du vanligtvis för? _____

Under den perioden

skapade ditt spelande problem för dig? _____

reagerade någon på att du spelade? _____

FORTSÄTT OM DET FINNS INDIKATION PÅ HÖG FREKVENNS AV SPELANDE ELLER SPEL FÖR HÖGA SUMMOR ELLER NEGATIVA SOCIALA, JURIDISKA, FAMILJE-, SKOL- ELLER YRKESMÄSSIGA KONSEKVENSER PÅ GRUND AV SPEL.

Originalartikel: Grant, J. E., Steinberg, M. A., Kim, S. W., Rounsaville, B. J., & Potenza, M. N. (2004). Preliminary validity and reliability testing of a structured clinical interview for pathological gambling. *Psychiatry research*, 128(1), 79-88. Svensk översättning och anpassning av SCI-GD © 2017 av Olof Molander (olof.molander@ki.se), Viktor Månsson och Anne H Berman, Karolinska Institutet, efter godkännande från Jon E Grant. Svenska SCI-GD är fri att använda i forskning och klinisk verksamhet (ej för kommersiellt bruk).

INFORMATION TILL INTERVJUARE:
NOTERA SVAREN FÖR VARJE FRÅGA I
UTRYMMET NEDAN.

För varje kriterium, ringa in ett av
följande fyra svar:

- ? = Otillräcklig information
- 1 = Föreligger ej/falskt
- 2 = Ej fullt säkerställt
- 3 = Säkerställt/sant

<u>A Kriterium</u>	Ihållande och upprepat problematiskt spel om pengar som visar sig i minst 4 av följande 9 kri- terier nedan under en 12- månadersperiod:
--------------------	---

Jag skulle vilja ställa lite fler frågor angående
ditt spelande. Vi kommer att fokusera på den
tidsperiod då du spelade som mest, men också
hur det sett ut det senaste året.

**INFORMATION TILL INTERVJUARE:
ÄNDRA TEMPUS I FRÅGORNA OM
MESTA SPELANDET LIGGER LÄNGRE
TILLBAKA I TIDEN.**

Kriterierna för Hasard-
spelsyndrom står i annan
ordning än i DSM-5.

Kriterium
bedömning

Hur ofta tänker du på spel?	A4. Är ofta upptagen av hasardspel (ex ihållande tankar kring tidigare spel- tillfällen, analyserar och planerar för kommande speltillfällen, tänker ut olika sätt att få pengar att spela med).	Senaste 12 månaderna
Hur mycket tänker du på tidigare speltillfällen?		?
Hur ofta föreställer du dig eller planerar framtida speltillfällen?		1
		2
		3
Hur ofta tänker du på hur du ska få tag på pengar för att spela eller betala spelskulder?		
Hindrar tankar på spel dig från att fokusera på arbetet, familjen eller andra viktiga ansvarsområden?		
Hur har det sett ut för dig de senaste 12 måna- derna? (om denna period inte infallit de senaste 12 månaderna)		

Under den period som du spelade som mest, vilka var anledningarna till att du spelade?	A5. Spelar ofta när hen är plågad av negativa känslor (tex hjälplöshet, skuld, ångest, nedstämdhet).	Senaste 12 månaderna ? 1 2 3
OM INFORMATION INTE FRAMKOMMER, FRÅGA: Spelade du någonsin för att... fly från problem i ditt liv? minska obehagliga känslor eller dåligt mående? Hur ofta hände det? Hur har det sett ut för dig de senaste 12 månaderna? (om denna period inte infallit de senaste 12 månaderna)		
Förra frågan berättade du att du spelade för att _____ _____ Har du behövt öka summan satsade pengar, för att få önskad effekt av spelandet? OM ”JA”: Hur mycket ökade summorna? OM ”NEJ”: Upplevde du mycket mindre effekt av spelandet då du spelade för samma summa? Hur har det sett ut för dig de senaste 12 månaderna?	A1. Behöver spela med allt större summor pengar för att uppnå den önskade spänningseffekten. (Tolerans definieras som ett av följande: (a) ett behov av markant ökade insatser för att uppnå samma effekt, (b) markant minskad effekt för hasardspel med samma insatser).	Senaste 12 månaderna ? 1 2 3
När du har förlorat, har du någonsin ”jagat dina förluster”? Alltså har du spelat för att försöka ”bli kvitt”? OM ”NEJ”: När du har förlorat, har du spelat för större summor för att försöka kompensera för förlusten? Hur har det sett ut för dig de senaste 12 månaderna?	A6. Återvänder ofta en annan dag för att revanschera sig efter att ha spelat bort pengar (”jagar” förlusterna). (Stora förluster leder till en ökning av frekvens och storlek av satsade summor. Mönstret förekommer under ett enskilt spelskov en eller flera dagar, eller under flera enskilda dagar spridda över en tidsperiod).	Senaste 12 månaderna ? 1 2 3

<p>Har du någonsin ljugit för någon om ditt spelande, exempelvis hur lång tid du spelat, för vilka summor, eller att du spelat överhuvudtaget?</p> <p>För vem har du ljugit?</p> <p>Hur ofta?</p> <p>Hur har det sett ut för dig de senaste 12 månaderna?</p>	<p>A7. Ljuger för att dölja omfattningen av sitt spelande. (Ljuger för familjemedlemmar, vårdpersonal eller signifikanta andra för att dölja omfattningen av spelandet. Mönster av lögn under lång tid med syfte att kunna fortsätta spela utan att bli avbruten eller störd).</p>	<p>Senaste 12 månaderna</p> <p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p>Har ditt spelande skapat problem för dig vad gäller familjeliv, jobb, skola eller sociala relationer... Till den utsträckning att du riskerat att förlora en viktig relation eller något annat betydelsefullt?</p> <p>Har ditt spelande lett till andra negativa konsekvenser, exempelvis dåligt rykte eller försämrad psykisk och/eller fysisk hälsa?</p> <p>Hur har det sett ut för dig de senaste 12 månaderna?</p>	<p>A8. Har äventyrat eller förlorat någon viktig personlig relation, anställning, utbildnings- eller karriärmöjlighet på grund av spelandet.</p>	<p>Senaste 12 månaderna</p> <p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>

<p>Har du försökt kontrollera, begränsa eller sluta helt med ditt spelande?</p> <p>OM "JA": Hur många gånger?</p> <p>Hur har det gått? Har du lyckats begränsa ditt spelande eller sluta spela?</p> <p>Har du någonsin lyckats sluta spela helt?</p> <p>OM "NEJ": Har du någonsin velat sluta eller dra ned på spelandet?</p> <p>OM "JA": Är ditt spelande någonting du oroar dig över?</p> <p>Hur har det sett ut för dig de senaste 12 månaderna?</p>	<p>A3. Har gjort upprepade misslyckande ansträngningar att kontrollera, begränsa eller upphöra med hasardspel. (Ihållande önskan att kontrollera, begränsa, dra ned på eller sluta spela; eller misslyckade försök till detta.)</p>	<p>Senaste 12 månaderna</p> <p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p>OM "JA" PÅ FÖRSÖK ATT KONTROLLERA, BEGRÄNSA ELLER SLUTA SPELA, FRÅGA: Upplevde du rastlöshet eller irritabilitet när du försökte begränsa eller sluta med ditt spelande?</p> <p>Upplevde du obehag eller kände dig upprörd när du upphörde med ditt spel, såsom: irritation, sömnsvårigheter, svettningar, darrande händer eller ångest?</p> <p>OM "NEJ" TILL OVANSTÅENDE SYMTOM VID FÖRSÖK ATT KONTROLLERA, BEGRÄNSA ELLER SLUTA SPELA, FRÅGA: Har du upplevt några av sakerna vi pratade om alldeles nyss då du ville spela men det inte gick... exempelvis att du inte hade tillgång till pengar eller att det inte gick att spela i just den situationen?</p> <p>Hur har det sett ut för dig de senaste 12 månaderna?</p>	<p>A2. Är rastlös eller irriterad vid försök att begränsa eller upphöra med hasardspel. (Minst två av följande abstinenssymtom: ångest, irritabilitet, rastlöshet, sömnsvårigheter, svettningar, darrande händer)</p>	<p>Senaste 12 månaderna</p> <p>?</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>

Har du någonsin bett någon familjemedlem eller nära vän om pengar, för att kunna lösa en finansiell krissituation du hamnat i på grund av spel?	A9. Förlitar sig på att andra kan ordna fram pengar för att lösa finansiella krissituationer som uppstår på grund av spelandet. (Närstående räddar personen ur finansiella krissituationer genom att låna ut eller ge bort pengar.)	Senaste 12 månaderna ? 1 2 3
Hur har det sett ut för dig de senaste 12 månaderna?		

B Kriterium.

B. Spelbeteendet förklaras inte	?bättre med manisk episod.
INFORMATION TILL INTERVJUARE: SKATTA 3	1
FÖR SPELBETEENDE	2
SOM INTE FÖRKLARAS	3
BÄTTRE NED MANISK	

EPISOD.

(Då det inträffar att personer under en manisk episod spelar på samma vis som vid Hasardspelssyndrom, måste Manisk episod uteslutas som primär diagnos. Det är dock möjligt att ställa både Hasardspel- syndrom och Bipolär typ 1 diagnos.

INFORMATION TILL INTERVJUARE:

OM SCI-GD ANVÄNDS TILLSAMMANS MEDSCID, HÄNVISA TILL KRITERIER FÖR MANISK EPISOD.

OM KRITERIER FÖR MANISK EPISOD EJ ÄRUPPFYLLT, BEDÖMS SOM "SPELBETEENDE FÖRKLARAS INTE BÄTTRE MED MANISK EPISOD".

OM KRITERIET FÖR MANISK EPISOD ÄRUPPFYLLT, FRÅGA:

Spelar du enbart under de perioder du upplever

(ANVÄND ORD FÖR ATT BESKRIVA MANI)?

Spelar du oftast bara då är

(BESKRIV MANISKA SYMTOM)

exempelvis:

... sover enbart några få timmar per natt och känns sig ändå utvilad?

... känner sig mer självsäker än vanligt?

... upplever att tankarna rusar genom huvudet?

... upplever svårigheter att bibehålla koncentration och fokus.

PÅMINNELSE TILL INTERVJUARE: PERIOD AV MANISKT BETEENDE MÅSTE UPPGÅ TILL MINST EN VECKA FÖR ATT KVALIFICERAS SOM MANISK EPISOD.

Bilaga 2 - Brunnsviken Brief Quality of life scale (BBQ)

Brunnsviken Brief Quality of life scale (BBQ)

Nedan följer 12 frågor om hur du upplever din livskvalitet. Vi undrar dels hur nöjd du är med olika områden av livet, samt hur viktigt respektive livsområde är. Ringa in den siffran som bäst överensstämmer med din upplevelse.

	Instämmer inte alls			Instämmer fullständigt		
1	Jag är nöjd med min fritid : jag har möjlighet att göra det jag vill för att slappna av och roa mig.	0	1	2	3	4
2	Min fritid är viktig för min livskvalitet.	0	1	2	3	4
3	Jag är nöjd med hur jag ser på livet : jag vet vad som betyder mycket för mig, vad jag tror på och vad jag vill göra med mitt liv.	0	1	2	3	4
4	Hur jag ser på livet är viktigt för min livskvalitet	0	1	2	3	4
5	Jag är nöjd med mina möjligheter att få vara kreativ : att få använda min fantasi i vardagen, inom en hobby, på jobbet eller i studier.	0	1	2	3	4
6	Att få vara kreativ är viktigt för min livskvalitet.	0	1	2	3	4
7	Jag är nöjd med mitt lärande : jag har möjlighet och lust att lära mig nya spännande saker och färdigheter som intresserar mig.	0	1	2	3	4
8	Lärande är viktigt för min livskvalitet.	0	1	2	3	4
9	Jag är nöjd med vänner och vänskap : jag har vänner som jag umgås med och som stöttar mig (så många vänner som jag vill ha och behöver).	0	1	2	3	4
10	Vänner och vänskap är viktigt för min livskvalitet.	0	1	2	3	4
11	Jag är nöjd med mig själv som individ : jag tycker om och respekterar mig själv.	0	1	2	3	4
12	Att jag är nöjd med mig själv som individ är viktigt för min livskvalitet.	0	1	2	3	4






BBQ får användas fritt och utan kostnad av forskare och kliniker.
För mer information, besök www.bbqscale.com

Bilaga 3 - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AUDIT

Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Med ett "glas" menas:									
	50 cl 45 cl folköl		33 cl starköl		1 glas rött el vitt vin		1 litet glas starkvin		4 cl sprit, t. ex. whisky
Hur gammal är du? <input type="text"/> <input type="text"/> år		Man <input type="checkbox"/>		Kvinna <input type="checkbox"/>					
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>				
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?		1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 - 9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>			
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>					
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>					

Översatt och bearbetat av prof. Hans Bergman, Karolinska Institutet, Stockholm

Har Du besvarat alla frågor? - Tack för Din medverkan!

Bilaga 4 - Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)

DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

Här är ett antal frågor om droger. Vi är tacksamma om du svarar så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.

	Man	Kvinna	Ålder				
1. Hur ofta använder du andra droger än alkohol? (Se droglistan på baksidan.)		Aldrig	1 gång i månaden eller <u>mer</u> sällan	2-4 gånger i <u>månaden</u>	2-3 gånger i <u>veckan</u>	4 gånger/ <u>vecka</u> eller <u>mer</u>	
2. Använder du fler än en drog vid ett och samma tillfälle?		Aldrig	1 gång i månaden eller <u>mer</u> sällan	2-4 gånger i <u>månaden</u>	2-3 gånger i <u>veckan</u>	4 gånger/ <u>vecka</u> eller <u>mer</u>	
3. Hur många gånger tar du droger under en typisk dag då du använder droger?			0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 eller fler
4. Hur ofta blir du kraftigt påverkad av droger?		Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
5. Har du under senaste året upplevt att din längtan efter droger varit så stark att du inte kunnat stå emot?		Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
6. Har det hänt att du under senaste året inte kunnat sluta ta droger sedan du börjat?		Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
7. Hur ofta under senaste året har du tagit droger och sedan låtit bli att göra något som du borde ha gjort?		Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
8. Hur ofta under senaste året har du behövt ta någon drog på morgonen efter stort drogintag dagen innan?		Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
9. Hur ofta under senaste året har du haft skuld känslor eller dåligt samvete på grund av att du använt droger?		Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag	
10. Har du eller någon annan blivit skadad (psykiskt eller fysiskt) på grund av att du använt droger?		Nej	Ja, men inte under det senaste året	Ja, under det senaste året			
11. Har en släkting eller vän, en läkare eller sjuksköterska, eller någon annan oroat sig över att du använder droger eller sagt till dig att du bör sluta med droger?		Nej	Ja, men inte under det senaste året	Ja, under det senaste året			

Bilaga 5 - Forskningspersonsinformation

Vem är spelberoende i psykiatri?

Bakgrund och syfte

Spelmissbruk och spelberoende är något som idag drabbar många i Sverige. Syftet med den här studien är att studera vem är det som söker för ett spelmissbruk. Du kommer att få svara på frågor som rör spelmissbruk men även andra tillstånd såsom t.ex. depression och ångest.

Förfrågan om deltagande

Du har blivit tillfrågad muntligen om att delta i studien då du sökt hjälp för ditt spelberoende. Genom att skriva under detta formulär samtycker du till att delta, och till att du fått tillräcklig information om studien. Forskningshuvudman för projektet är Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet.

Hur går studien till?

Du kommer att få fylla i frågeformulär om ditt spelande men även om andra tillstånd såsom hur du mår och om du dricker alkohol eller tar droger. Att svara på frågorna tar ca 30 min. Vi kommer även att höra av oss efter du avslutat behandlingen du möjligen kommer att erhålla här på mottagningen för att följa upp hur det gått.

Biobanksprover

Patientuppgifter från studien kommer att lagras i ett register och databehandlas. Dina uppgifter är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till registret. Vid databearbetning kommer ditt namn och personnummer att ersättas med en kod så att varje enskild individ inte kan urskiljas. Endast den som är ansvarig för studien har tillgång till kodnyckeln (identifieringslistan). Då data från studien eventuellt kommer att publiceras kommer enskilda individer inte kunna identifieras. Hanteringen av dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen

Vilka är riskerna?

Självskattningsformulär för spelproblem och sinnesstämning är standardiserade och görs på datorer eller för hand. Testerna saknar kända komplikationsrisker. Du svarar på frågor om ditt psykiska mående, t.ex. nedstämdhet, energinivå, oro. När man svarat på frågorna kan man uppleva ett visst obehag om det framgår för individen att ett möjlighet problem föreligger.

Finns det några fördelar?

Om det kommer fram att du har en spelproblematik kommer du få behandling eller stöd. Som med stor sannolikhet kommer att vara hjälpsam för att förbättra din spelproblematik samt även psykologiska välbefinnande i övrigt.

Hantering av data och sekretess

Projektet kommer att samla in och registerera data om dig. Det som samlas in kommer att vara dina svar på de formulär som du svarar på. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte

obehöriga kan ta del av dem. Ansvarig för dina personuppgifter är Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Hantering av dina uppgifter regleras av GDPR (General Data Protection Regulation). Resultaten kommer att behandlas på gruppnivå, och redovisas anonymt i form av medelvärden och korrelationer. Ingen enskild person kommer att kunna identifieras i resultaten. Patientuppgifter från studien kommer att lagras i ett register och databehandlas. Dina uppgifter är sekretesskyddade och ingen obehörig har tillgång till registret. Vid databearbetning kommer ditt namn och personnummer att ersättas med en kod så att varje enskild individ inte kan urskiljas. Endast den som är ansvarig för studien har tillgång till kodnyckeln (identifieringslistan). Då data från studien eventuellt kommer att publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt ta del av de uppgifter om dig som hanteras i projektet, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan även begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna sak du kontakta projektansvarig forskare _____

Hur får jag information om studiens resultat?

Du kommer, om du vill, att få information om dina egna svar efter att projektet är avslutad. Prata med projektansvarig _____. Gällande studiens resultat i sin helhet kommer det att publiceras i vetenskaplig tidskrift.

Försäkring

Din patientförsäkring gäller för att delta i studien.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta och du behöver inte lämna någon som helst förklaring för att avböja att vara med. Din medverkan i projektet, eller eventuellt val att hoppa av kommer inte att påverka din övriga vård på mottagningen. Du har även rätt till att begära att dina personuppgifter förstörs. Vid ändrat samtycke, kontakta ansvarig forskare _____.

Frågor

Vi svarar gärna på eventuella frågor som du har nu eller som kommer upp under studiens gång. Det går bra att ringa på telefonnumren nedan.

Ansvariga

Ansvarig läkare:

Ansvarig forskare:

Personuppgiftsansvarig:

DELTAGARINFORMATION

Jag har läst patientinformationen som gäller ” Vem är spelberoende i psykiatri?”. Jag är införstådd med villkoren och accepterar härmed att delta. Jag har fått tillfälle att ställa frågor och fått dessa bevarade.

Datum:...../.....20.....

Underskrift:

Namnförtydligande:

Information lämnad av:

Namn:

Roll i studien: