



**Malmö högskola**  
Folkhälsovetenskapliga  
programmet

*Hälsa och Samhälle*

**Examensarbete**  
15 högskolepoäng

# Relationen mellan tillgänglighet och spel

*- En litteraturstudie*

Anette Borglin

Folkhälsovetenskaplig examen 180 hp

2009-05-25

Handledare: Ellis Janzon

## **Abstract**

An increase of the gambling market has occurred recently. Despite expansion of the market, the research on the field is sparse. One of the acknowledged risk factors behind problem gambling is availability to gambling opportunities.

*The purpose* of this study was to relate availability and gambling. *The method* is a literature review including 12 studies based on quantitative findings examining significant correlations.

*The result* included some significant correlations. Increased availability to gambling opportunities led to increased gambling frequency and increased gambling expenditure, which contributed to more negative consequences from gambling. An increase in availability was discovered in areas with a more disadvantage population. In addition, it was difficult to find a linear correlation between availability and problem gambling. In *conclusion*, more research on the matter is a prerequisite to develop public health interventions to minimise problem gambling.

## **Keywords**

*Gambling, Gambling Addiction, Problem Gambling, Socio- economy and Availability.*

## **Sammanfattning**

Spelmarknaden har expanderat de senaste åren men dock råder det fortfarande en brist på forskning inom spelområdet. Flera riskfaktorer anses undergräva spelproblem. En av de största riskfaktorerna till just spelproblem anses vara ökad tillgänglighet.

*Syftet* med studien var att undersöka relationen mellan spel och tillgänglighet.

*Metoden* bestod av en litteraturstudie där tolv studier baserade på kvantitativ data analyserades.

I *resultatet* framkom, att ökad tillgänglighet till spelmöjligheter ledde till ökad spelfrekvens samt att ökad omsättning på spel ledde till fler negativa konsekvenser från spelande. Större tillgänglighet påträffades bland områden med lägre socio- ekonomi. Dock var det mer komplext att påvisa signifikanta säkerställda samband mellan tillgänglighet och spelberoende. I *slutsatsen* yrkas på vidare forskning på området, då det är en förutsättning för att folkhälsovetenskapliga insatser ska kunna verka för en reduktion av andelen spelberoende.

## **Nyckelord**

*Spel, Spelberoende, Problemspel, Socio- ekonomi och Tillgänglighet.*

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	4
<b>BAKGRUND</b>	4
En ojämlik hälsofördelning	5
Folkhälsa och spel	5
Spelberoende- Ett folkhälsoproblem	5
Hur definieras spelberoende?	7
Den Svenske spelaren	7
Den svenska spelmarknaden	8
Spelansvar	9
Bakomliggande faktorer	10
Tillgänglighet till spel	10
Hälsofrämjande insatser	11
<i>Primär prevention</i>	11
<i>Sekundär prevention</i>	12
<i>Tertiär prevention</i>	12
<b>SYFTE</b>	12
Avgränsningar	12
Nyckelord	12
<b>METOD</b>	13
Sökstrategi	13
Inkluderingskriterierna	14
Sökprofil	14
Granskning	14
Etisk avvägning	14
<b>FRAMTIDA VÄRDE</b>	15
<b>RESULTAT</b>	15
Relationen mellan tillgänglighet och spelomsättning	15
Socio- demografiska faktorer i relation till tillgänglighet	16
Tillgänglighet, spelande och spelproblem	21
<b>ANALYS OCH DISKUSSION</b>	25
Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion	26
<i>Mätmetoder</i>	26
Tillgänglighet	27
<i>Tillgänglighet och spelproblem</i>	27
<i>Tillgänglighet i Sverige</i>	29
<i>Egna reflektioner</i>	29
Samhälliga insatser	31
<i>Framtid för spelmarknaden</i>	32
Spela för en god sak	32
Prevention	33
<i>Spelansvar</i>	33
<i>Ett ökat spelansvar</i>	34
<b>SLUTSATS</b>	35
<b>REFERENSER</b>	36
<b>BILAGOR</b>	39
Bilaga 1	39
Bilaga 2	42
Bilaga 3	43
Bilaga 4	44

## INLEDNING

Beteende och beroendeproblematiken är något som i skrivande stund är högt prioriterat inom Sveriges folkhälsopolitik. Då tillgängligheten till spel ökat markant de senaste åren blir folkhälsoinsatser för att minska spelproblem än mer aktuellt. Sveriges folkhälsopolitik betonar vikten av målområde elva; Tobak, alkohol, dopning och spel för att främja befolkningens hälsa. Mycket görs i Sverige inom spelproblematiken med spelansvar och hälsofrämjande insatser men då spelproblem är ett växande folkhälsoproblem finns det anledning att få en djupare förståelse över de bakomliggande riskfaktorerna. En faktor är inte tillräcklig för att utveckla spelberoende men tillsammans bidrar de till ett orsakskomplex vilket kan leda till ett problemspelande. Socio- ekonomin är av yttersta vikt vid ohälsa. Även inom spelproblematiken kan man se kopplingar till den sociala gradienten (Marmot 2004), genom att ju längre ner på skalan av social status man befinner sig desto större risk finns för att utveckla spelproblem. Denna kunskap är oroväckande då den kan leda till ett tänkande där man istället för att se över de strukturella faktorerna istället skyller på individen. Att det är hennes ansvar att inte spela, det är ju bara att låta bli. Men som många andra beroendeproblem följer även spelberoende strukturella faktorer. Med denna vetenskap i åtanke måste spelberoende också hanteras därefter genom att införa folkhälsoinsatser för dem som blivit drabbade av den sociala gradienten. För att individen ska uppnå optimal hälsa måste även miljön och omgivningen vara stödjande och hälsofrämjande. Att minska överdrivet spelande för att undvika spelproblem är väsentligt för folkhälsan då spelproblem kan leda till arbetslöshet, depression, arbetsbortfall och sjukfrånvaro. Genom att utarbeta ett väl fungerat spelansvar, baserat på tidigare forskning kring riskfaktorer bakom spelrelaterade problem, kan folkhälsoinsatser kostnadseffektiviseras och spelansvaret optimeras.

## BAKGRUND

I följande avsnitt ges en introduktion till den svenska spelmarknaden, hur spelberoende uppkommer och dess relevans för folkhälsa. Många faktorer ligger bakom ett spelberoende. Dessa faktorer är både sådana som är förutbestämda och sådana som är uppkomna genom åren. Hur vi som individer handlar bestäms av den miljön vi befinner oss i och den omgivning vi vistas i (Ajdahi och Wolgast, FHI,2008:7). Att vara spelberoende är således en kombination av flera faktorer. Att förebygga problemspelande kräver nya riktlinjer, manualer och åtgärder som är baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Tillgången till adekvat forskning på området är bristande (Ortiz 2006:1). Denna marknad är svår att reglera, dock går det att se över den svenska spelpolitiken som har som mål att vara en:

*”Sund och säker spelmarknad där sociala skyddsintressen och efterfrågan på spel tillgodoses under kontrollerade former. Överskottet från spel bör värnas och alltjämt vara förbehållet det allmänna eller allmännyttiga ändamål (.....) Inriktningen bör som hittills vara att prioritera sociala skyddshänsyn (Prop. 2002/03:93 s 15),*

Vidare yrkar lotterilagen att lotterier ska bedrivas på ett sunt och säkert sätt under offentlig kontroll. Spel får anordnas om sociala och ekonomiska skadeverkningar motverkas samt brott och spelberoende. Detta för att skydda konsumenterna från negativa konsekvenser. Skyddet utgörs av att endast lotterier som stödjer denna lag får vara verksamma (SOU 2008:124). Utredningen betonar spelarens eget

ansvar, att inte spela över sina tillgångar, genom att i förväg bestämma hur mycket pengar som ska avsättas för spelande. Därefter är det spelbolagets ansvar att hjälpa spelaren att sätta dessa gränser med hjälp av korrekt information (Ibid 2008:124 s 183)

### **En ojämlik hälsofördelning**

Låg socio- ekonomisk status, anses vara en av de riskfaktorer som ligger bakom ohälsa. Socio- ekonomi refererar till en indelning av individer i grupper efter sociala och ekonomiska förhållanden (Janlert 2000). Detta mönster återkommer i många västerländska kontexter, det vill säga, att de med låg utbildning, låg inkomst samt de som är arbetslösa eller tillhör en minoritet, inte har samma tillgångar för att uppnå en optimal hälsa. Trots stora hälsoförbättringar ökar de sociala skillnaderna i hälsa. Den sociala statusen påverkar de personliga känslomässiga reaktionerna vilket sedan reflekteras i livsstilen (Orth- Gomér och Perski 1999) För att komma till rätta med detta problem behövs folkhälsovetenskapliga insatser som kan jämna ut dessa skillnader.

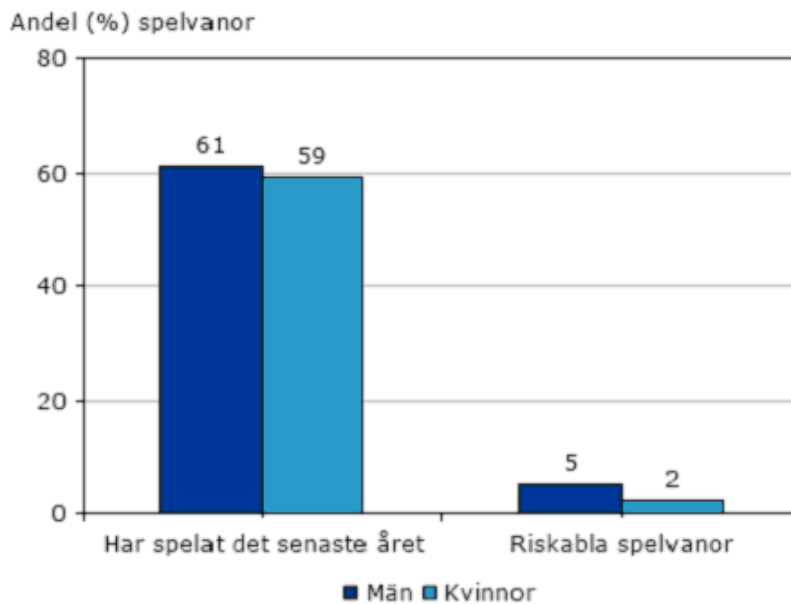
### **Folkhälsa och spel**

Spelmarknaden har vuxit explosionsartat de senaste åren. De spel det rör sig om är automatspel och internetspel (prop. 2007/08:110:105). För att förhindra utvecklingen och att arbeta förebyggande har regeringen årligen avsatt 28 miljoner kronor för att förebygga spelberoende och spelmissbruk (Ibid 2007/08:110). Propositionen framhäver att det bland mer sårbara och utsatta grupper i samhället förekommer mer riskabelt spelande. Med denna kunskap i beräkning yrkar regeringen på ett mer förebyggande folkhälsoarbete för att nå dessa utsatta grupper (prop. 2007/08:110:106). Att förhindra överdrivet spelande har prioriterats i den nya folkhälsopolitiken och därför har satsningar på kunskapsuppbyggnad och vidare forskning på området samt nya metoder påbörjats. Den nya folkhälsopolitiken som förs har nu en individualistisk grundsyn där målområde elva; Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel har fått större utrymme. Om individen tar beslut grundade på fakta kan hon med dessa färdigheter ta ett ökat ansvar för sin hälsa (Ibid 2007/08:110: 7). Samtidigt som hälsotillståndet förbättrats förtydligar propositionen, att skillnader i hälsa mellan olika grupper ökat. Sämre hälsa återfinns hos de grupper som har kort utbildning, låg inkomst, sämre boende samt de som har mindre möjlighet att påverka sin livssituation (prop. 2007/08:110:31), vilket gör Marmots (2004) sociala gradient högaktuell.

### **Spelberoende- ett folkhälsoproblem**

För majoriteten av befolkningen anses spel inte utgöra något problem. De flesta har någon gång spenderat pengar på någon form av spel. Orsakerna bakom spelande är komplexa (Benedict et al 2006) och spelproblem återfinns i de flesta industriländer (Ortiz 2006:2). I Sverige har 94,7 procent av befolkningen någon gång spenderat pengar på spel (Abbott et al i Ajdahi och Wolgast, s 24). För en del av befolkningen utvecklas spelbeteende till ett missbruk som kan komma att få allvarliga konsekvenser.

## Spelvanor



**Figur 1.** Spelvanor. 18-64 år. 2008 Åldersstandardiserat. Från Statens Folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor.

Trots att en stor andel av Sveriges befolkning spelar är det dock endast fem procent av männen respektive två procent av kvinnorna som enligt enkäten har riskabla spelvanor. Konsekvenserna från spelande rymmer såväl sociala och ekonomiska som hälsomässiga aspekter. (Ajdahi & Wolgast, FHI 2008) Trots det nu erkända problemet med spelrelaterade konsekvenser är de förebyggande insatserna ännu små och det finns en brist på behandlingsmöjligheter för dem som är drabbade (Ortiz 2006). De sociala faktorerna bakom spelande mynnar ibland ut i drastiska konsekvenser. Följderna är ofta förödande för de individer och familjer som är inblandade. Men också för samhället då det kan leda till ökad kriminalitet och andra ekonomiska problem (Ibid 2006).

År 1997 blev spelberoende erkänt som ett sjukdomstillstånd genom klassificeringen International Classification of Diseases. Det var först då det blev erkänt som ett medicinskt problem och därefter ett psykiskt sjukdomstillstånd (Benedict et al 2006). I Sverige uppskattade Rönnerberg et al, år 1999 att 1,4 procent av befolkningen var problemspelare och 0,6 procent var spelberoende (Ortiz 2006:17) Det påträffades uppgifter på att av dem som spelande stod nio procent för 52 procent av spelomsättningen. Vad denna snedfördelning antydde var att de som redan var problemspelare eller hade utvecklat ett spelberoende var det också de som spenderade störst andel pengar på spel. Tidigare kunskap påpekar att med spelproblematiken följer också mentala sjukdomstillstånd såsom depression och nedstämdhet (Ibid, 2006). Vad som också var anmärkningsvärt nämner Benedict, är relationen till suicidala påföljder. Via en inrättad telefonlinje med stöd för problemspelare i Nya Zeeland visade sig tio procent av de hjälpsökande vara självmordsbenägna. Vidare hade 30 personer av 4655 hjälpsökande till linjen fullbordat självmord (2006: 87).

## Hur definieras spelberoende?

Det finns olika former av spelberoende och beroendet följer vissa stadier. Dessa stadier utgör olika allvarlighetsgrad samt indikerar omfattningen av spelandet. Därför förekommer det många definitioner för spelproblem. Definitionen *problemspelare* används flitigt inom litteraturen om spel. I prevalensstudier används denna term främst för att beskriva de individer som inte uppfyller alla krav för patologiskt spelande, utan de individer som befinner sig i ett tidigt stadium av beroendet. Termen *patologiskt spelande* syftar till en impuls-kontrollstörning vilket rymmer psykiska besvär och problem. Då nya mätmetoder tillkommer i forskning på området ändras också de diagnostiska kriterierna. *Spelberoende* är den sammanslagna termen för de två definitionerna. Kriterierna för spelberoende kommer troligen att fortsätta förändras i takt med att spelmarkanden förändras, mätmetoder förbättras och nya slutsatser växer fram (Rönnerberg et al 1999). Då det finns en handfull olika definitioner på spelberoende kommer jag att nämna dessa utifrån definitionen i de olika artiklarna.

För att klassificeras som spelberoende behövs en objektiv mätningmetod med god reliabilitet och validitet där mätningen blir så precis som möjlig, reproducerbar och där den mäter det som avsetts att mäta (Andersson 2007). Det finns en handfull metoder där de mest frekvent förekommande är DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association) och SOGS (South Oaks Gambling Screen). Båda utgår ifrån ett antal kriterier som ska vara uppfyllda för att kunna klassificeras som spelberoende. DSM-IV har tio kriterier och var föregångaren till SOGS som nu används mer frekvent (Ajdahi & Wolgast 2008).

SOGS metoden baseras på ett självskattningsformulär som består av 20 frågor. För att klassificeras som problemspelare ska tre- fyra poäng av de 20 ha blivit uppfyllda. En problemspelare uppvisar symptom genom att spendera mer tid till spel än som först var avsett. Även mer pengar än vad som först var avsikten spenderas och relationsproblem med anhöriga tar vid. De som befinner sig i nivån för klassifikationen av spelberoende har så till den grad allvarliga problem att det påtagligt stör vardagslivet. Detta genom stor skuldsättning, arbetsbortfall och allvarliga relationsproblem samt att det även finns risk för att brott begås för att få råd till att spela. Dessa individer befinner sig på SOGS nivå 3 och uppfyller fem eller fler kriterier i deras modell för spelmissbruk (Ajdahi & Wolgast, FHI 2008). Denna metod anses av flertalet internationella studier ha god reliabilitet och validitet (Ajdahi och Wolgast 2008). En reviderad version SOGS-R mäter förutom spelproblem som förekommit i spelarens liv också aktuell prevalens, det vill säga problem under det senaste året (Rönnerberg et al 1999). Rönnerberg et al, hävdar dock att det kan vara komplext att använda sig av en metod för att mäta ett fenomen som spelbeteende då detta innefattar många olika faktorer och aspekter (1999).

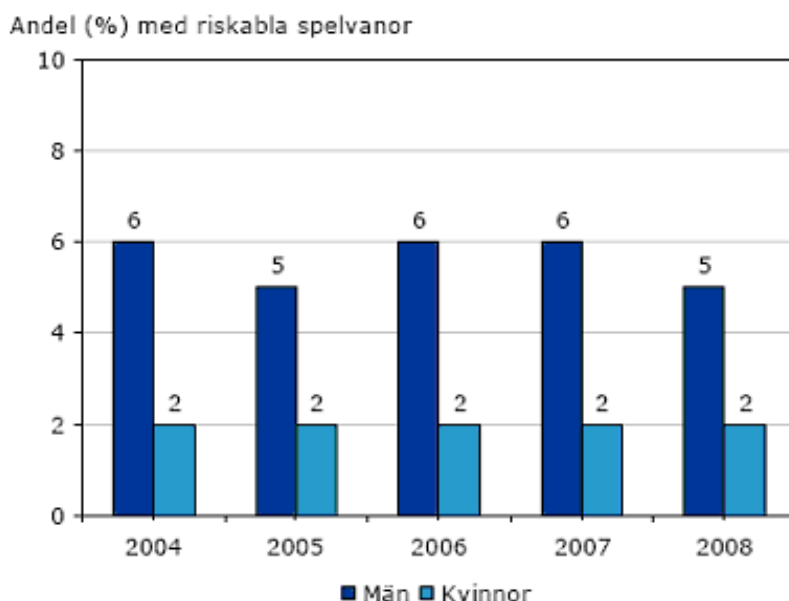
## Den svenske spelaren

Spelproblemen varierar i Sverige beroende på vilken demografisk grupp individen befinner sig i. De med förhöjd risk för överdrivet spelande visade sig i landet vara, män, unga, personer födda utomlands, personer med lägre civilstånd samt personer med lägre utbildningsnivå (Rönnerberg et al 1999:51). Denna tidigare kunskap leder till att den sociala gradienten blir gällande även för spel, att de längst ner i gradienten vilket Marmot (2004) refererar till status, också spelar mer.



Ett liknande mönster går att finna i den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor* gjord av Statens Folkhälsoinstitut (2008)

## Riskabla spelvanor



**Figur 2.** Andel med riskabla spelvanor. 18-64 år, 2004-2008 (2004 18-84 år) Åldersstandardiserat. Från Statens Folkhälsoinstitut, Nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor.

Andelen med riskabla spelvanor i Sverige har legat på en relativt konstant nivå sedan 2004. De personer i Sverige som enligt Statens folkhälsoinstitut anses ha särskilt riskabla vanor för överdrivet spelanden är:

- Arbetslösa män
- Kvinnor med sjuk- och aktivitetsersättning
- Kvinnor och män som har varit ekonomiskt utsatta
- Kvinnor och män födda utanför Norden

(Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, 2008)

Att inneha en kort utbildning var mer förekommande bland kvinnor med riskabla spelvanor än kvinnor med längre utbildning. Det var även vanligare bland män med riskabla spelvanor att ha en mellanlång utbildning än en kort utbildning (Ibid 2008)

## Den svenska spelmarknaden

Marknaden utvecklas ständigt och nya former av spel uppkommer kontinuerligt, främst har detta inneburit en ökad tillgänglighet (Ortiz 2006:16). Internationellt har utvecklingen av den legala spelmarknaden varit fenomenal (Wynne och Shaffer 2003). Spel finns i de flestas vardag och oavsett var i landet man bor finns det tillgång till spel. Genom införandet av spel på Internet har marknaden förändrats genom öppettider för spel dygnet runt och att utländska aktörer blir introducerade på den svenska marknaden (Ortiz 2006). I med den snabbt växande marknaden och dess ökade tillgänglighet till spel har det varit oundvikligt med en spelreglering. Tillgängligheten kan begränsas främst i aspekter av öppettider,

åldersgränser, antalet spelställen och storleken på insatserna (SOU 2008:124 s, 183). Det argumenteras huruvida inkomsterna av spel som tillfaller staten är en tillgång eller om dessa bidrar till större problem jämfört med dess fördelar (Wynne och Shaffer 2003:111) I enbart Sverige var intäkterna från spel fem miljarder kronor år 2004 (Ortiz 2006:16). Nackdelarna för spel inkluderar kostnaderna för de individer med spelproblem vilka avses vara, kriminalitet, arbetsbortfall, penningtvätt, våld i hemmet, behandling (Wynne och Shaffer 2003:112), depression, sjukdom samt utbetalade bidrag (Svenska Spel 2009) Denna kostnad hävdar Svenska Spel är estimerad till 2.3- 4.5 miljarder per år (Ibid 2009). Förespråkarna för spel framhäver de positiva effekterna från intäkterna av spelandet (Reith 2003), vilka tillfaller allmänheten i form av föreningsbidrag, kulturstöd och ungdomskultur (Ortiz 2006:16).

Målet för den svenska spelregleringen är att motverka spelberoende och kriminalitet. Därmed kräver EG-rätten att den är systematisk och sammanhängande för att begränsa spelmöjligheterna (SOU 2008:124 s, 251). Som många andra länder är det i Sverige statlig reglerat med spel om pengar. Statliga lotterier lanserades redan år 1772. Efter kritik från kyrkan och nykterhetsrörelsen förbjöds diverse spel år 1841. Tiptjänst bildades år 1934 och fick ett statligt monopol följt av penninglotteriet som senare tillsammans bildade Svenska Spel, år 1997 (Rönneberg et al, 1999). Det är således staten som avgör vilka spelformer som ska finnas tillgängliga och vem som får tillstånd till att vara spelombud. Vidare avgör lotteriinspektionen vilka spel som godkänds och är tillåtna i Sverige. Den svenska marknaden rymmer tre stora aktörer som alla bedrivs genom det statliga monopolet. Svenska spel är statens eget bolag och är också det största med hänsyn till omsättningen. De två andra aktörerna är ATG som driver trav och galoppspel samt folkrorelser, vilka anordnar lotterier och bingospel. Små privata spelanordnare som organiserar kasinospel på restauranger finns också på den svenska marknaden. Dock utgör de bara en liten andel av den totala marknaden (Ortiz 2006).

## **Spelansvar**

För att kunna ha en spelmarknad där intresse och omtanke också tillämpas för de individer där spelande utgör ett problem, krävs ett spelansvar. Grundtanken med ett statligt spelmonopol grundar sig på ett tankesätt där vissa åtgärder är nödvändiga, då dessa anses öka möjligheten för att begränsa de negativa utfallen av spelandet (Ortiz 2006). Dock finns det ingen entydig definition om vad detta spelansvar innebär. Syftet med spel under ansvar refererar till policies och regleringar skapade för att minimera potentiella problem som är spelrelaterade (Blaszczynski et al, 2004). Staten anses inte ha ett egenintresse av vinning och förväntas därför kunna ta ett större ansvar och hänsyn än ett privatägt spelbolag. Regleringar sker genom en granskning av spelutbudet, dess marknadsföring och att spelproblem uppmärksammas (Ortiz 2006). Dessa olika regleringar arbetar tillsammans med insatser för att främja spelkonsumentens skydd, medvetenhet, information och tillgång till stöd om så behövs (Blaszczynski et al, 2004). Ytterligare anledningar till inrättandet av det statliga spelmonopolet är dess sociala skyddshänsyn samt att överskotten tillfaller samhällsområden där fokus sätts på idrottsrörelsen, kultur och ungdomar (Ortiz 2006) Det är här viktigt att poängtera en distinktion mellan principerna bakom spelansvar och det arbete som görs för att behandla de som redan har spelproblem. De senare utgör en insats på individnivå och ska således inte komma från spelmarknaden. Vad spelansvar från marknaden däremot innebär är ett perspektiv där minskning av incidensen av

spelrelaterade problem sker på en individ, grupp, lokal och samhällig nivå (Blaszczynski et al, 2004). Spelansvar innebär ett arbete för att minimera andelen nya fall med spelrelaterade problem. Ett framgångsrikt spelansvar är därför ett arbete som bidrar till att minska incidensen, denna minskning ska därefter leda till en reducering av prevalensen för spelrelaterade problem (Ibid 2008).

### **Bakomliggande faktorer**

Enligt forskning på området förekommer det en del faktorer förknippade med riskabelt spelande. Förutom biologiska faktorer påverkan kan också sociala faktorer ha en stor inverkan på spelande. Tillsammans med omgivningens acceptans, spelets utformning, dess sociala acceptans, individuella psykologiska faktorer samt tillgänglighet utgör dessa i en kombination, en ökad risk för spelberoende (Johansson et al 2008). Från ett samhällsperspektiv ses spelberoende som det sammanslagna resultatet av faktorer som förekomst av information, spelets utformning, den sociala acceptansen, psykologiska faktorer och tillgängligheten till spel (Ortiz 2006). Just tillgängligheten är en av de största bidragande riskfaktorerna för spelproblem (Ajdahi & Wolgast, 2008) och är en av de få som kan regleras av beslutsfattare genom hårdare och strängare regleringar (Welte et al 2004). Det är av stor vikt att förstå dessa riskfaktorer då de kan öka förståelsen om varför spelproblem uppstår. Genom ökad förståelse kan också ett förebyggande arbete gentemot spelproblem utarbetas men också bättre behandlingsmöjligheter för de redan drabbade (Johansson et al 2008). Även på detta område finns få empiriska studier vilket leder till att förebyggande insatser blir lidande då man inte har nog med kunskap om området. För att kunna förebygga spelproblem är det av stor vikt att förstå de bakomliggande faktorerna (Ibid, 2008). Tillsammans med större förståelse för dessa och tillgång till stödjande miljöer kan ett förebyggande arbete utformas.

### **Tillgänglighet till spel**

Om spel görs attraktivt genom tillgänglighet och reklam blir det lättare för populationen att hänge sig åt spel. Om man jämför med andra beroenden så som tobak, dopning och alkohol som målområde elva belyser finns det mer uttalade regleringar jämfört med spelmarknaden (Reith 2003). Det finns inga klara regleringar för spel då forskning på området också är liten. Men om spel görs mer attraktivt och tillgängligheten ökar läggs också en större del av inkomsten på spelande. Stor tillgänglighet och utbud i samband med en bristfällig reglering över spel leder till en ökad efterfrågan (Ibid 2003).

Forskning om tillgänglighet är något som efterfrågas inom spelområdet (Dickerson & O'Connor, 2006) dock kvarstår problematiken på nationell nivå att samtidigt som utbudet av spel ökat är också tillgängligheten till spel stor (Ortiz 2006). Tillgängligheten till spel anses vara en av de riskfaktorer som påverkar spelandets omfattning. Dock är tillgänglighetens betydelse omdebatterad om den leder till ett ökat spelande och därmed ökat spelmissbruk. Studier gjorda i Australien pekar på att ett ökat utbud leder till ökat spelande och därför ökat problemspelande (Australian Productivity Commission 1999; National Research Council 1999 Orford 2005a i Hansen och Rossow 2008).

Studier från internationell forskning visar att en hög tillgänglighet till automatspel också ökar den totala omsättningen på spel. En jämförelse mellan Australien, USA och Kanada visade på stora skillnader i spelandet på automatspel i relation

till antalet automater per person. Australien har en hög grad av tillgänglighet av automatspel jämfört med de andra två länderna och samtidigt dubbelt så hög omsättning (Dickerson & O'Connor, 2006). Även i Sverige har spelautomaterna blivit allt mer vanliga och denna typ av spelform anses vara speciellt beroendeframkallande då det är ett snabbt spel, liten tid ryms mellan satsningen och eventuell vinst. År 1996 lanserades varumärket Jack Vegas som Sveriges lagliga spelautomat, sedan dess har omsättningen på spelautomater ökat successivt (Lalander och Westfelt 2004)

### **Hälsofrämjande insatser**

Att arbeta förebyggande med spel är en del av folkhälsoarbetet då det krävs strategiska insatser från nationell nivå (Blaszczynski et al, 2004). Primära och tidiga insatser kan undvika framtida kostsamma åtgärder (Ortiz 2006). Politiken bör således vara utformad för att främja preventiva insatser så att dyra behandlingar kan minimeras (Rönnerberg et al, 1999). Dessa insatser syftar främst till att angripa de strukturella faktorerna i samhället. Att förebygga spel är komplext ur målgruppsynpunkt. En distinktion mellan högriskgrupper och populationsgrupper blir aktuell i fråga om vilken strategi som ska väljas (Blaszczynski et al, 2004). Prevention omfattar två delar, dels förebyggande av sjukdom, dels att främja hälsa (Orth- Gomer och Perski 1999) Att minska skadeeffekterna av överdrivet spelande är en komplex uppgift. Preventiva insatser inom området är dåligt utforskade. Tre typer av prevention är internationellt erkända, primär, sekundär och tertiär (Blaszczynski et al, 2004). Dessa tre former har sitt eget innehåll och strategi för minskade skadeeffekter och fungerar även i kontexten av spelproblem.

#### *Primär prevention*

Primär prevention innefattar att förebygga ohälsa och sjukdom i befolkningen. Detta görs genom att avlägsna sjukdomsorsaker innan de uppstår (Orth- Gomer och Perski 1999). För att relatera primär prevention till spel innebär det primära stadiet att förebygga att spelproblem uppkommer. Detta kan göras genom en reglerad spelmarknad, ägarroll, spelpolitik, regleringar om tillgänglighet, reklam, utbud, spelets utformning och information och utbildning. Men också folkupplysning om riskerna bakom spelberoende samt att arbetet inom spelindustrin ska verka för att utveckla spel som anses vara mindre skadliga (Rönnerberg et al 1999). Inom det primära steget ryms också en granskning av att spelansvaret följs (Ortiz 2006).

Tidigt förebyggande arbete inom området innefattar en sänkning av både incidensen och prevalensen för spelrelaterade problem genom att arbeta tvärsektorielt mellan spelmarknad, forskning, regering och hälso- och sjukvård. Genom samverkan kan bättre policier utarbetas för att identifiera både långsiktiga och kortsiktiga mål. Blaszczynski et al (2004) hävdar att mer forskning borde undergräva policier samt att spelmarknaden bör använda sig av denna forskning som en vägvisare. Vidare hävdar Blaszczynski et al, att det är av stor betydelse att utvärdera den vetenskapliga metod som används i arbetet med att minska incidens och prevalens. En internationell strategisk plan bör därför utvecklas för att minimera skadeeffekter av spelande. Denna plan ska inkludera både långsiktiga och kortsiktiga mål med en systematisk utvärdering för att se om dessa mål uppfyllts. Det är av stor vikt att etablera ett erkännande för spelforskning där en enhetlig definition skapas tillsammans med metoder för att mäta utfall (Ibid 2004). Genom att ha standardiserade metoder för att mäta data som både har hög

validitet och reliabilitet kan onödiga och kostsamma åtgärdsprojekt undvikas. Genom att införa standardiserade metoder kan data jämföras mellan länder och spelforskningen kan tillämpas internationellt (Ibid 2004).

Att förebygga spelberoende ska således vara ett arbete som försvårar tillgängligheten till spel då detta är en utlösande faktor för spelberoende. Just primär prevention innefattar ett första steg för åtgärder som ska förhindra överdrivet spelande. Dessa insatser föreligger vara spelpolitik, en reglerad spelmarknad, utformning av spel, åldergränser men även regler om tillgänglighet. Att begränsa tillgänglighet är en förebyggande åtgärd som bör göras genom statliga insatser (Ortiz 2006). Förebyggande arbete är en förutsättning för att individen ska kunna få möjlighet att genom ökad kunskap och eget ansvar ändra sitt beteende eller inte starta ett oönskat beteende alls. Att skapa stödjande miljöer för befolkningen är ett väsentligt skede för att minska ohälsa i befolkningen (Naidoo och Wills 2005)

### *Sekundär prevention*

Att i ett tidigt skede upptäcka sjukdomar för att förkorta deras varaktighet eller förhindra utbrytandet av dem definieras som sekundär prevention (Orth- Gomer och Perski 1999). Utifrån ett samhällsperspektiv inhämtas kunskap om spelvanor och prevalens för spelberoende, för att på så sätt minska dessa vanor. Ett sekundärt perspektiv utgår från att tidigt hjälpa de individer som redan drabbats av spelproblem. Från ett individperspektiv sker en fokusering av insatser som berör individens skadeverkningar och dennes familj. Detta genom inrättandet av stödlinjer och tillgång till information om individen känner sig vara i farozonen (Rönnerberg et al 1999).

### *Tertiär prevention*

Om de individer som trots hjälp i ett tidigt skede ändå utvecklar spelberoende behöver de behandling av mer krävande insatser, i form av långtidsbehandlingar. Detta innebär att behandla de med redan befintliga spelproblem eller att förhindra att återfall uppstår. De negativa konsekvenserna av spelproblem försöks genom åtgärder lindras eller minskas genom behandlingsprogram för spelberoende (Rönnerberg et al 1999).

## **SYFTE**

Uppsatsen har som syfte att genom en litteraturstudie redogöra för relationen mellan tillgänglighet till spelmöjligheter och spelproblem.

### **Avgränsningar**

Endast studier i fulltext har setts över samt endast de med verifierade statistiska fynd. Då det inte ligger i folkhälsovetenskapens roll att arbeta med individuella sjukdomstillstånd behandlar uppsatsen inte psykologiska faktorer utan uppsatsen avser att endast redogöra för de strukturella faktorerna. Studien syftar inte till att behandla bakomliggande sjukdomar som skulle ha kunnat ligga till grund för spelberoende. Nyckelordet ”disease” har därför inte använts som sökord då detta mer är hälso- och sjukvårdssektorns uppgift att arbeta med, än folkhälsoområdets.

### **Nyckelord**

*Spel, Spelberoende, Problemspel, Socio- ekonomi och Tillgänglighet.*

## METOD

Polit och Beck (2009) anser att en litteraturstudie syftar till att kritiskt granska forskning av ett specifikt ämne. Fokus för denna litteraturstudie har varit att systematiskt undersöka den evidensbaserade kvantitativa ”peer- reviewed” forskningen, det vill säga, den forskning som har publicerats i vetenskapliga journaler för att se relationen mellan tillgänglighet till spel och spelproblem.

### Sökstrategi

Databasen PubMed har valts ut på grund av sitt omfattande innehåll av referenser och för att Malmö Högskola, Hälsa och Samhälle ger tillgänglighet till fulltextartiklar från denna databas. Detta har varit nödvändigt för denna uppsats utifrån tidsaspekten och begränsningen. Sökorden har valts ut efter att ha studerat andra litteraturkällor och där det framkommit att dessa faktorer anses betydelsefulla för problemspelande (Ortiz 2006 och Ajdahi och Wolgast 2008).

**Tabell 1,** Sökschema

Datum	Databas	Limits	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakts	Granskade artiklar	Använda artiklar
090416	PubMed	Engelsk >1999 Abstract	Gambling and risk factors	319	52	16	0
090416	PubMed	Engelsk >1999 Abstract	Gambling and social factors	165	43	12	2
090417	PubMed	Engelsk >1999 Abstract	Gambling and low income	14	14	9	2
090417	PubMed	Engelsk >1999 Abstract	Gambling and availability	48	22	22	3
090417	PubMed	Engelsk >1999 Abstract	Gambling and accessibility	21	18	11	3
090427	PubMed	Engelsk >1999 Abstract	Gambling and background factors	57	13	8	1
090429	PubMed	Engelsk >1999 Abstract	Gambling and demographic factors	365	16	10	0
090429	PubMed	Engelsk >1999 Abstract	Gambling and socio-demographics	10	10	6	1
090429	CINAHL	Engelsk > 1999 Abstract	Gambling and addiction and statistics	155	16	5	0
<b>Totalt antal</b>				<b>1154</b>	<b>216</b>	<b>99</b>	<b>12</b>

## **Inkluderingskriterierna**

Inkluderingskriterierna var att artiklarna skulle vara publicerade i en vetenskaplig tidskrift och ha en kvantitativ ansats då de mer precist kunde svara på frågeställningen inom det valda ämnet. De skulle inte vara äldre än 10 år (1999-2009) och vara skrivna på engelska i en västerländsk kontext. Då de sökta artiklarna skulle vara av hög kvalitet var kravet även att de skulle ha ett abstract. Artiklarna skulle också efter hänvisning från Polit och Beck (2009) vara reproducerbara och kunna applicera liknande slutsatser inom ämnesområdet. Artiklarna skulle innehålla studier baserade på tillgängligheten till spelmöjligheter och besvara effekterna av dessa. Vidare skulle P-värde, urvalsstorlek och statistisk metod vara angiven för att kunna fastställa att fynden var signifikanta och säkerställda.

## **Sökprofil**

Genom de kriterier som ställdes gjordes en sökning utifrån dessa i PubMed och CINAHL. De som var tillgängliga och kunde fås i fulltext inkluderades efter ett urval av relevans för uppsatsens ämne. Sökorden valdes ut med en viss förståelse till riskfaktorer bakom spelande i Ajdahi och Wolgast litteraturstudie (2009). Av de 999 träffar som framkom genom sökning på gambling, accessibility, background factors, social factors, risk factors, low income, demographic factors, sociodemographic factors och availability i PubMed ansågs tolv artiklar vara relevanta för folkhälsovetenskapen och selekterades ut. 155 träffar förekom på sökningens gambling and addiction and statistics i CINAHL varav ingen användes.

## **Granskning**

Efter ett 50 tal lästa abstracts och relaterade artiklar till dessa valdes 20 ut för närmre granskning. Efter läsning av hela artiklar valdes tolv ut genom kriterierna för uppsatsen. Dessa genomgick en kvantitativ granskning efter protokoll utvecklat av Röda Korset Högskola, 2005 (Bilaga 1), där resultat, bakgrund, metod och diskussion noggrant granskades. Varje studie poängsattes och värderades enligt Eimans och Carlssons (2003) bedömningsmall för studier med kvantitativ metod, (Bilaga 2) där de med höga poäng togs med i uppsatsen (2003). Den totala poängsumman för en artikel uppgick till 47 poäng och en gräns sattes på 60 % av den totala summan för att uppnå kriterierna i uppsatsen. Den sammanlagda bedömningen av artiklarna redovisas i en tabell (Bilaga 4)

## **Etisk avvägning**

En litteraturstudie ska förmedla objektiva fakta och eventuella samband för att kunna presentera evidens på ett korrekt tillvägagångssätt (Polit och Beck 2009) En etisk aspekt i uppsatsen har varit att inte förvränga studiernas resultat eller förvränga det som framkommit. En önskan har varit att uppfylla objektivitet och att presentera relevanta fakta utan att ändra studiernas innehåll eller slutsats.

## **FRAMTIDA VÄRDE**

Uppsatsen har som uppgift att skapa underlag till ett förebyggande folkhälsoarbete mot spelberoende, då det är ett mindre välkänt, men ett växande problem. Tanken är också att genom evidensbaserade studier om tillgänglighet till spel bidra till nya kunskaper, för att skapa såväl förebyggande strategier som underlag för vidare diskussion. Detta skulle möjliggöra att hälsopromotiva, alternativa och preventiva riktade insatser skulle kunna kostnadseffektiviseras

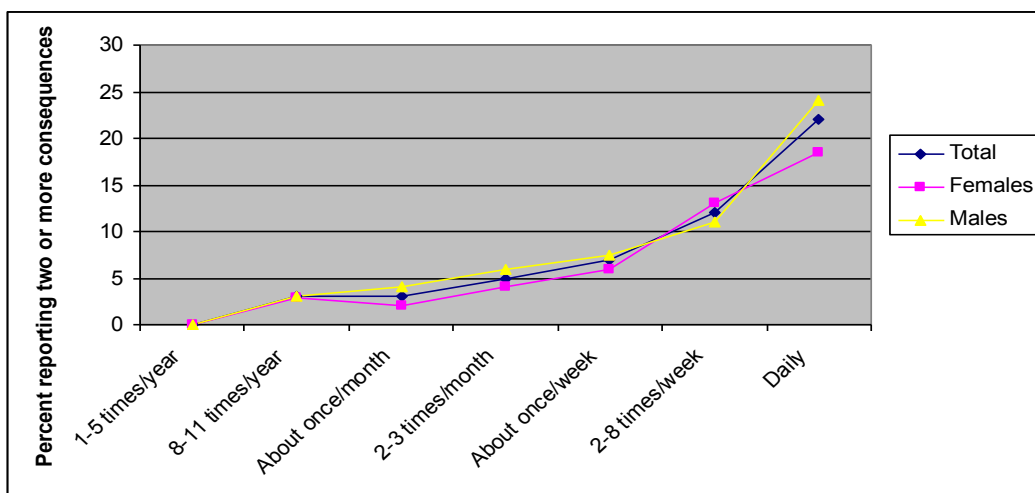
## **RESULTAT**

Artiklar i ämnet funna i PubMed visade statistiska samband mellan tillgänglighet, socio- demografiska faktorer, spel och i viss bemärkelse också spelproblem. Dessa studier är gjorda i en västerländsk kontext, dock är det ingen av dem som relaterar till den svenska kontexten.

### **Relationen mellan tillgänglighet och spelomsättning**

Problem relaterade till spel fann Currie et al, ökade ju oftare individen spelade och ju mer pengar som spenderades på spel (2006: 570). Vad studien ville fastställa var en tröskel för låg risk respektive hög risk för spelproblem. Fokuseringen var problem relaterade till spel och inte spelproblem. Då det finns ett flertal studier som pekar på risker för intag av mängden alkohol ansåg Currie et al att liknade uträkningar borde göras inom spelområdet (2006). Genom Kanadas nationella hälsoenkät ville Currie et al, undersöka om denna riskkurva kunde appliceras på spel och undersöka om det var möjligt att sätta ut gränser för vilken typ av spelande som var av lägre risk. För att mäta spelrelaterade problem i enkäten använde de sig av Problem Gambling Index vilken är skapad för att brukas på populationsnivå. Denna metod samlar in fakta om frekvensen av spelande, andel pengar lagda på spel och spelform. Metoden innehåller delar från både SOGS och DSM- IV (Ibid 2006). Tre definitioner angavs. De individer som rapporterade mindre än två problem relaterade till spel samt mindre än två negativa effekter av sitt spelande klassificerades som låg risk. Den tredje definitionen preciserade låg risk som att inte uppleva några negativa konsekvenser överhuvudtaget. Dessa tre definitioner ställdes i relation till demografiska variabler såsom ålder, inkomst och utbildning, kön och etniskt ursprung.





**Figur 3** visar på ett samband att ju fler gånger individen spelar desto fler negativa konsekvenser.

(Författarens egen grafik efter uppgifter från Currie et al 2006:575)

De som spelar till exempelvis två till tre gånger i veckan innehar 13 gånger så stor risk för att uppleva spelrelaterade problem än de som spelade under denna nivå.

Att ökad tillgänglighet till spel också ökar omsättningen på spel var något som Grun och Mckeigue påvisade i England år 2000 efter lanseringen av ett nationellt lotteri. Individer med beroendeproblem följde samma mönster som medelvärdet för populationen. Denna studie hävdade att om medelvärdet av spelande i populationen ökade ledde detta även till att andelen problemspelare ökade. Innan införandet av lotteriet spenderades £1.45 i veckan på spel och hade efter lanseringen ökat till £3.81. Andelen som spelade var innan 40 % för att efter lotteriets införande komma att bli 70 %, vidare hade innan inträdet 0.5 % av inkomsten spenderats på spel till att senare bli 1.5 %. Att spendera mer än £20 i veckan på spel hade markant förändrats från 0.8 % till 3.2 % (95 % CI 2.4- 4.5) efter lotteriets begynnelse. Förändringen av medelvärdet i populationen var bidragande till en högersvans av hela distributionen inklusive percentilerna längst ut i kurvan (Grun och Mckeigue 2000).

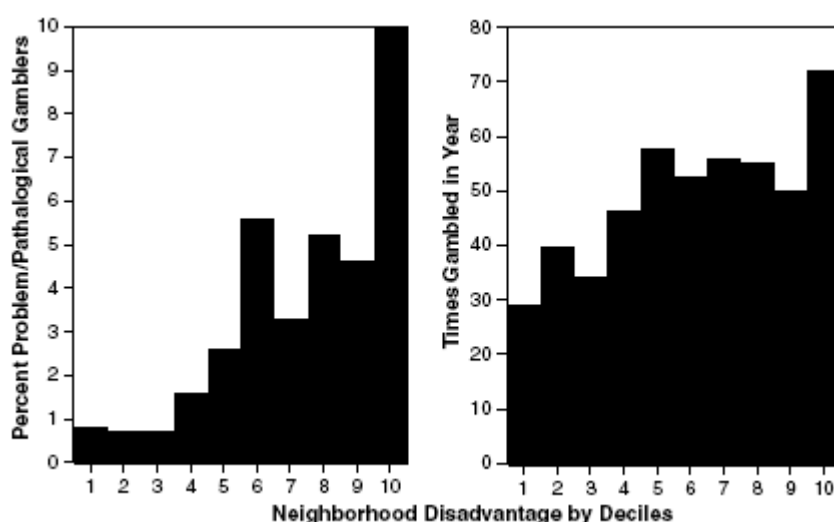
### **Socio- demografiska faktorer i relation till tillgänglighet**

Forskarna Welte et al, fann samband mellan att mer utsatta områden hade signifikant betydelse, då dessa ställdes i relation till både avståndet och kvantiteten av tillgången på spel. Vad studien syftade till var att missgynnade områden främjade spelproblem (P <0.001) och att den stora tillgången på spel (P <0.05) också främjade spelproblem (Welte et al 2004). Missgynnade områden i studien definierades som områden med lägre inkomst samt områden med flertalet minoriteter. Mer utsatta områden hade signifikanta skillnader då dessa ställdes i relation till både avståndet och kvantiteten av tillgången på spel.

Vad man tidigare funnit var att ett samband existerade mellan utsatta områden, brottslighet och missbruk. Detta var ett resultat av den kultur som rådde inom detta specifika område, att detta genom influenser spreds inom området. Då studien lutar sig på tidigare fynd där samband fanns mellan arbetarklass och överdrivet spelande ville författarna se ytterligare samband. För att undersöka om

antalet spelmöjligheter kunde vara relaterat till spelmissbruk gjorde Welte et al (2004) en kartläggning över tillgången till spelmöjligheter samt beräknade avståndet till dessa. Undersökningen baserades på socio- ekonomisk status vilket mätte faktorer som familjens inkomst, utbildning och yrke, och DSM- IV skalan användes för att mäta graden av spelproblem. I studien inkluderades tillgången och avståndet till de spel som var lagliga i USA. Vad studien fann var att ju närmre avståndet var till spel desto större var sannolikheten att fler personer med spelberoende bodde där. Var det mindre än tio miles till närmsta kasino var detta associerat med en 90 procents ökning för oddsen att vara spelberoende. Vidare fann Welte et al (2004) att för varje legal spelmöjlighet som fanns i delstaten ökade oddskvoten för spelproblem med 17 procent (OR=1,17, P <0.001). Andelen av populationen med spelproblem som bodde nära ett kasino var mer än två gånger så stor än för de som hade ett längre avstånd. Vad som också påpekades i studien var att ju fler olika lagliga spelmöjligheter det fanns att tillgå i området ju högre var medelvärdet för antal speltillfällen per år (Welte et al 2004).

Nedan redovisas författarnas fynd i ett histogram där de utsatta områdena är listade på en skala där 1 är minst utsatt och där 10 är mest utsatt. Denna skala sätts i relation till andelen problemspelare (P <0.001) och antalet speltillfällen under det gångna året. (Welte et al 2004)



**Figur 4.** Andelen med spelproblem och spelfrekvens i relation till områdets utsatthet. 1 = minst utsatt, 10 = mest utsatt.

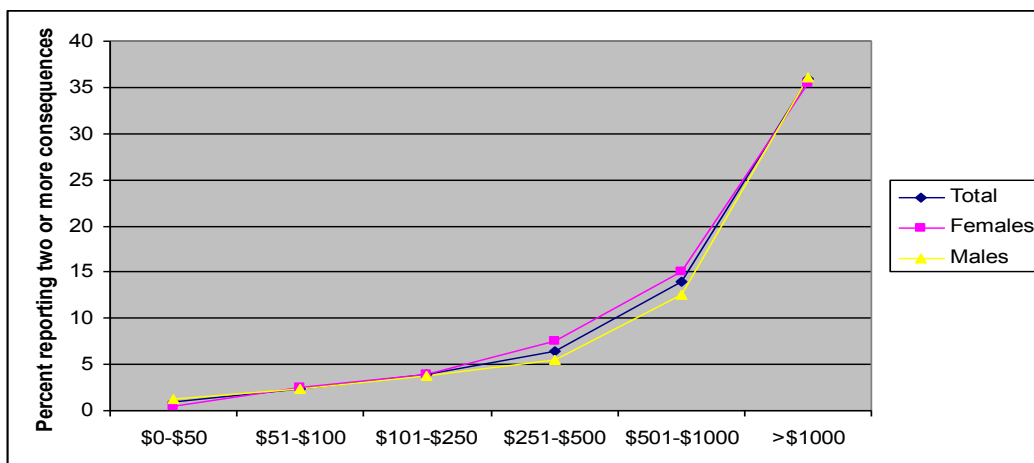
(Welte et al 2004:418)

Vidare var andelen av populationen med spelproblem som bodde nära ett kasino mer än två gånger så stor än för de som hade ett längre avstånd (7.2 % mot 3.1 %). Vad som också påpekades i studien var att ju fler olika lagliga spelmöjligheter det fanns att tillgå i området ju högre var medelvärdet för antal speltillfällen (P <0.001) per år (Welte et al, 2004).

Att socio- demografiska faktorer är avgörande för spelomsättning styrks av Currie et al (2006). De som rapporterade fler än två negativa konsekvenser från spel i Kanadas nationella hälsoenkät hade en större sannolikhet att vara män (P <0.00001), vara icke- kanadensare (P <0.01), inneha en låg utbildning (P <0.0005) samt ha en lägre inkomst (P <0.005). Att ha en ålder som understiger 40 år ansågs också vara en risk för fler negativa konsekvenser (P-värde <0.005)

(Currie et al 2006).

Att vara man eller kvinna var inte av betydelse om båda spelade mer än en gång per vecka. Att spendera mer än en procent av inkomsten ökade risken för spelrelaterade problem med 10.5 gånger (OR = 10.5 och  $P < 0.000$ ). Vad Currie et al fann, var att risknivån var oberoende de demografiska variablerna när spelfrekvensen ökade (2006). Det var snarare hur mycket pengar som spenderades på spel och hur ofta det spelas som var avgörande.



**Figur 5.** Ju mer pengar som spenderas på spel desto fler negativa konsekvenser.

(Författarens egen grafik efter uppgifter från Currie et al 2006:575)

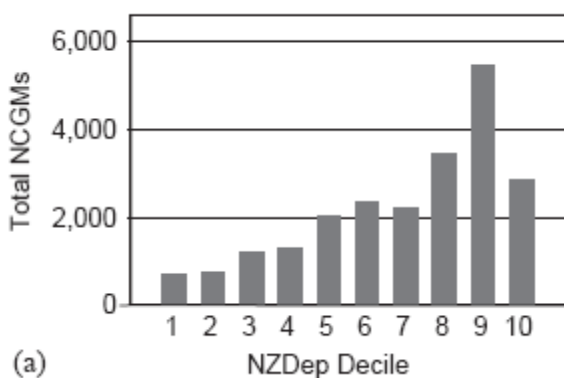
Detta styrks av Benedict et al som fann ett liknande mönster på Nya Zeeland (2004). Författarna påvisade i sin studie att spelautomater var fler i de områden där andelen i populationen med förhöjd risk för problemspelande var större. De som enligt tidigare forskning (Abbot och Volberg 2000 i Benedict 2004) ansåg ha en förhöjd risk var följande:

- De av manligt kön.
- De som var anställda utan någon högre utbildning.
- Personer under 35 år.
- Personer tillhörande ursprungsbefolkningen.
- De som var ogifta.

Dessa förhöjda riskfaktorer bekräftas av ett flertal studier, att vara under 25 år ansåg Volberg et al, 2001 vara en förhöjd risk med oddskvot på 2.51 ( $P < 0.000$ ). Bondolfi styrker detta samband ( $P < 0.01$ ) där risken ökar då individen är under 29 år. (I Johansson et al 2008) Att vara man fann Volberg et al, 2001 var en förhöjd riskfaktor med oddskvot 3.71 ( $P < 0.000$ ). Att inte ha en högre utbildning var i både Ladouceur et al (1999) och i Winters et al (1993) studier förknippat med en förhöjd risk ( $P < 0.001$ ). Att ha ett annat etniskt ursprung och att tillhöra en minoritet förknippades med förhöjd risk av Welte et al (2004) med en oddskvot på 2.08 och  $P < 0.01$ . Slutligen att vara ensamstående ( $P < 0.000$ ) förknippas enligt Volberg (2001) som en förhöjd risk (Alla studier i Johansson et al 2008)

Med dessa tidigare kunskaper om vilka grupper som är särskilt sårbara för problemspelande ville Benedict et al undersöka hypotesen att spelautomater är strategiskt utplacerade i områden med högre andel sårbara grupper. Om detta var

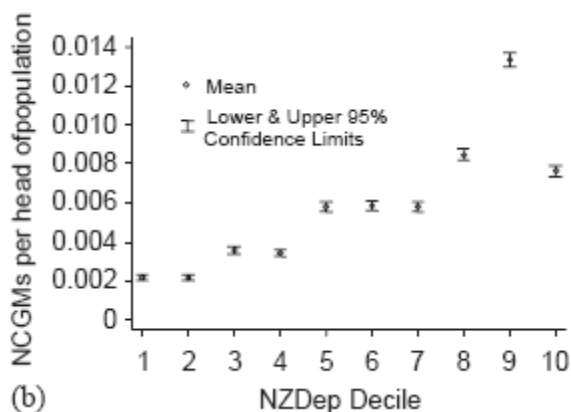
fallet, fanns det två utsagor. För det första kan hypotesen om den är korrekt påvisa att lättåtkomlig tillgänglighet till spelautomater kan öka risken för framtida spelproblem. För det andra kan den förklara, varför det finns en överrepresentation av ursprungsbefolkningen bland stödorganisationer för hjälpsökande med spelproblem. Slutligen, om den är sann kan hypotesen därför indikera, att speloperatörerna faktiskt har kunskap om dessa sårbara grupper och att de strategisk placerat ett större antal spelautomater i dessa områden, för att på så sätt uppnå maximal omsättning. Genom att fördela områden i olika nivåer beroende på välståndet gjordes ett index på en skala från 1 – 10. Där 1 symboliserade att området var minst utsatt och där 10 angav de mest utsatta områdena. 1800 områden ingick i studien med en medelpopulation på 2000 personer (Benedict et al 2004).



**Figur 6.** De mest utsatta områdena har fler spelautomater. 1 = minst utsatt, 10 = mest utsatt.

(Benedict et al 2004:90)

Det andra diagrammet visar hur många spelautomater det finns uträknat per person i de uppdelade områdena.



**Figur 7.** De mest utsatta områden har fler spelautomater uträknat per invånare. 1 = minst utsatt, 10 = mest utsatt.

(Benedict et al 2004:90)

Vad som blir tydligt genom diagrammen är att spridningen följer ett mönster, 53 % av spelautomaterna är utplacerade i decentilerna 8, 9 och 10 ( $P < 0.001$ ). Vidare undersökte studien avståndet till spelombud och fann även här signifikanta skillnader. De områdena med högre andel utsatta invånare, det vill säga ett högre

tal för index nämnt ovan, hade en större sannolikhet att bo 250 meter från närmsta spelombud ( $P < 0.001$ ). 77 procent av områdena befann sig inom 500 meter till närmsta spelombud ( $P < 0.001$ ). Dock fann Benedict et al fler spelomgångar i områden med annat etniskt ursprung, (OR = 0.97) även om det rådde en överrepresentation av spelautomater i områden med högre andel asiater (OR = 1.03) (Benedict et al 2004).

Även Robitaille och Herjean kan bekräfta sambandet mellan utplacering av spelomgångar och utsatt område. I Kanada (2008) påvisades ett liknande mönster som på Nya Zeeland. Fler spelautomater befann sig i de områden där populationerna var mer sårbara. Där var även avståndet betydligt kortare till närmsta ombud med spelautomater (Robitaille och Herjean 2008). Efter att ha delat upp områden efter ett sårbarhetsindex fann man att områdena med högre index på sårbarhetsskalan hade närmre avstånd och fler spelautomater. Detta index utgjordes av sårbarhetsfaktorer för problemspelande och var sammansatt av tio variabler som var baserade på demografi och ekonomi. Vad Robitaille och Herjean ville undersöka var om det fanns någon signifikant länk mellan tillgängligheten på spelautomater och sårbarheten i populationen samt om detta kunde utveckla spelproblem (2008).

Genom att använda sig av Geographic Information System (GIS) kunde avstånd till närmsta ombud kalkyleras. Alla tio variablerna för sårbarhetsindex var inte medräknade utan fyra faktorer som anses vara riskfaktorer (Robitaille och Herjean 2008: 8) bakom spelproblem var uttagna.

- Andelen män mellan 19 och 44 år
- Andelen ensamstående
- Andelen med lägre än 13 års skolgång
- Hushållets medelinkomst

Det framkom enligt studien att det fanns ett samband mellan tillgänglighet till ombud med spelautomater och sårbarhetsnivå i området. När man bröt ner de fyra variablerna och gjorde korrelationsberäkningar separat blev utslaget än mer signifikant ( $P < 0.01$ ). Ökad tillgänglighet i området ökade också sårbarheten för populationen där. Den mest säkra kopplingen fanns mellan socio- ekonomiska faktorer och tillgänglighet ( $P < 0.01$ ). Då det fanns en större andel i populationen med dessa faktorer påträffades även en högre tillgänglighet till spel. Det spelades även mer i dessa områden (Robitaille och Herjean 2008).

Stöd för hypotesen att lägre inkomst är en riskfaktor för mer spenderade pengar på spel var något Grun och Mckeigue påvisade redan 2000 efter lanseringen av en ny spelform i England. Efter det nationella lotteriets införande påvisades att hushåll med lägre inkomst spelade mer.

Tabellen visar ökningen av andelen spelande, andelen som spenderade över £20 i veckan på spel och andelen som spenderar mer än 10 % av sin inkomst på spel. Dessa tre variabler är uppdelade efter inkomstnivå.

**Tabell 2.** Visar en jämförelse åren innan lottolanseringen och åren efter.

Income £/wk	1993-94			1995-96		
	Percentage gambling at all	Percentage gambling > £20/week	Percentage gambling > 10% of income	Percentage gambling at all	Percentage gambling > £20/week	Percentage gambling > 10% of income
< 100	22 (255/1160)	0	0.4 (4)	58 (569/975)	0.4 (4)	3.1 (27)
100- < 200	36 (520/1460)	0.6 (8)	0.8 (12)	70 (973/1398)	1.5 (21)	3.3 (46)
200- < 300	43 (454/1067)	0.8 (8)	0.4 (4)	79 (755/951)	3.5 (33)	2.3 (22)
300- < 400	50 (453/912)	1.2 (11)	0.3 (3)	82 (785/961)	2.9 (28)	1.0 (10)
400- < 500	53 (407/769)	0.5 (4)	0.3 (2)	84 (625/744)	3.0 (22)	0.5 (4)
500-	44 (680/1538)	1.4 (21)	0.3 (4)	79 (1398/1768)	3.4 (60)	0.1 (1)
All	40 (2769/6906)	0.8 (52)	0.4 (29)	75 (5105/6797)	2.5 (168)	1.7 (110)

Numbers of households in parentheses.

(Hämtad ur: Grun och McKeigue 2000:963)

Andelen spenderade pengar på spel innan lotteriet infördes (år 1993-94) och (år 1995-96) hushåll som tjänade under £200 i veckan, hade ökat från 0.6% till 2.1% . Andelen av dem som spenderade mer än 10 % av sin inkomst i samma inkomstnivå hade stigit från 0.6% till 3.2% (95 % CI 2.9- 8.6). Jämfört med de hushåll som hade en inkomst mellan £400 och £500 i veckan som stigit från 0.3% till 0.5%. Grun och McKeigue finner stöd för hypotesen att det råder ett samband mellan låg inkomst och överdrivet spelande (2000).

### Tillgänglighet, spelande och spelproblem

Ladouceur et al (1999) fann att prevalensen av speldeltagande i Quebec ökade i takt med utbudet. Efter sju år hade andelen patologiska spelare ökat med 75 % i takt med ökad tillgänglighet. Fynden gav stöd till att ökad tillgänglighet är relaterat till fler patologiska spelare. Två undersökningar gjordes, den första år 1989 och den andra år 1996. Signifikant fler personer rapporterade ha spelat (63 %) det senaste året 1996, jämfört med sju år (54 %) tidigare (P <0.001). Den totala summan förlorade pengar på en dag ökade också signifikant under sju år från Kanadensiska \$108 till \$306 (P <0.05). Andelen problemspelare låg på en relativt konstant nivå under de två perioderna på 2.1 % i den första undersökningen till att ha stigit upp till 2.4 % år 1996. Enligt SOGS mätningsskala hade dock andelen patologiska spelare stigit från 1.2 % till 2.1 % under sju- års perioden, vilket var en ökning med 75 %. Konfidensintervall för år 1996 var mellan 1.4 % och 3.0 % vilket motsvarade ett intervall mellan 73 415 och 157 317 personer med patologiskt spelproblem av de 5,24 miljoner invånarna. År 1989 låg intervallet mellan 0.7 % (35 466 personer) och 2.1 % (106 398 personer) (Ladouceur et al 1999).

Dessa fynd var i andra studier inte lika säkerställda. Sévigny et al, yrkade på

komplexiteten av att påvisa ett samband mellan spelproblem och tillgänglighet. Ytterligare en studie baserad på avstånd till kasino i relation till spelproblem gjordes i delstaten Kanada i Quebec (2008). Hypotesen var att efter att regionen haft kasinoverksamhet från tre kasinon i området i tio år borde andelen med spelproblem ha ökat, detta enligt exponeringsteorin. De som hade kortare avstånd till ett kasino borde enligt teorin också ha en större benägenhet för spelproblem. Två studier kartlagdes där den första hade ett urval av 8842 personer där ena halvan av urvalet utvärderades efter SOGS och den andra halvan efter Canadian Gambling Index, som enligt studien ansågs ha liknande utfall. Därefter tillkom mätning av avståndet till det närmsta kasinot. I den andra studien studerades boende som bodde maximalt 100 km från ett kasino. Hypotesen var den samma, ju närmre avstånd, desto större spelande och större andel med spelproblem. Jämförelser gjordes mellan dem som bodde inom en radie på 100 km och de som bodde utan för denna. Fynden de hittade var inte de förväntade, ett visst samband mellan närhet och speldeltagande kunde utläsas ( $P < 0.049$ ), men inga utslag kunde ses på andelen med spelproblem i relation till närhet ( $P < 0.99$ ). Då inga tecken på avstånd och spelproblem ( $P < 0.89$ ) hittades var det komplext att hänvisa studien till exponeringsteorin. Hypotesen, att närhet till spel främjar spelproblem gick inte att säkerställa, då till och med de som bodde 300 km utanför kasinot hade en större prevalens av spelproblem än de boende 100 km ifrån (Sévigny et al 2008).

Denna komplexa relation bekräftades ett flertal år tidigare av Jacques et al, där ( $p$  värde  $< 0.21$ ), där ingen signifikant skillnad påträffades mellan tillgänglighet och spelproblem. För att se effekterna av ett nyöppnat kasino i relation till problemspelare och frekvens av spelande gjorde Jacques med kolleger år 2000 en före och efter studie i regionen Quebec i Kanada. De ville undersöka om ökad tillgänglighet till ett nytt kasino ledde till ett ökat spelande i regionen. En tanke från tidigare forskning låg bakom studien, att med ökad tillgänglighet ökade också prevalensen av andelen med spelproblem inom fyra år (Volberg i Jacques et al, 2000:810). Genom en slumpmässig telefonintervju tillfrågades vid första tillfället 457 personer vid området (Hull) där kasinot skulle öppna och 423 personer användes som en kontrollgrupp från ett annat område (Quebec). Denna region hade inte ett nyöppnat kasino utan det fanns redan ett etablerat sådant med jämförbart avstånd. Dessa två grupper gjorde SOGS testet för spelproblem både innan kasinot öppnade och ett år efter öppnandet. För-testet visade att Quebec- invånarna spelade mer än de som bodde i Hull men ett år senare visade efter-testet det motsatta, Hull- bor spelade nu mer för mer pengar ( $P < 0.05$ ). Efter-testet visade att Hull regionen hade en större andel pengar förlorade på en dag jämfört (mean 1,23) med Quebec (mean 0.89) efter öppnandet, de spenderade även mer pengar på kasinospel. Dock visade efter-testet ingen signifikant skillnad över andelen spelberoende i några av de två regionerna ( $P < 0.21$ ). Trots detta hade de spelare med risk för spelproblem i Hull regionen dubblerats ( $P < 0.01$ ) på ett år (Jacques et al, 2000).

En av de 20 frågorna i testen var om den tillfrågade kände någon som utvecklat spelproblem inom de senaste 12 månaderna ( $P < 0.05$ ). Andelen som svarat ja på denna var större i efter- testet för de boende i Hull (28.2%) jämfört med Quebec (15.6%). Efter öppnandet uppstod det ett missnöje bland de boende i området, 70.7 procent ansåg att det lett till sociala förändringar med negativa effekter som följd ( $P < 0.001$ ), jämfört med året innan. 83 procent ansåg att negativa ekonomiska förändringar skett efter öppnandet. De boende i Quebec fick samma

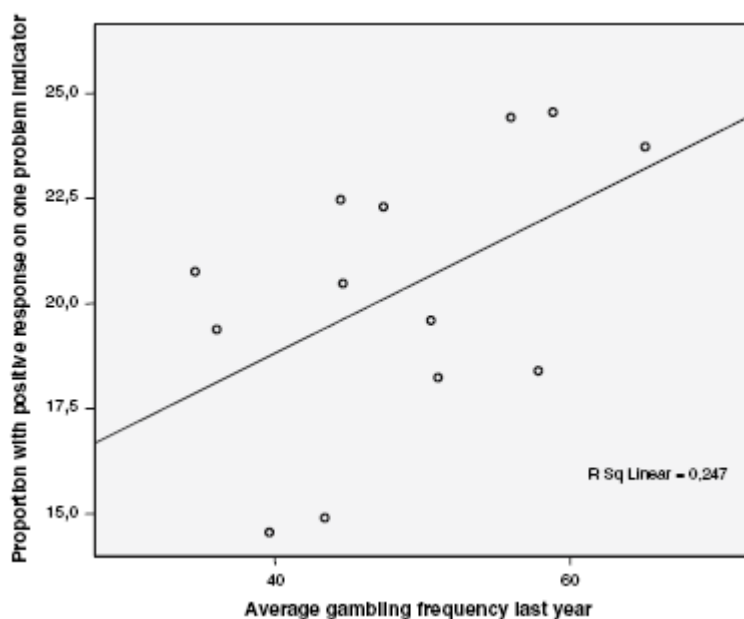
fråga fast hypotetiskt ställd då denna grupp skulle fungera som en kontroll (Jacques et al 2000). När tillgängligheten ökade, följdes detta av en ökning av speldeltagande även under en kort period som ett år. Författarna pekade på ett orsakssamband ( $P < 0.001$ ), att kasinot ökade spelnivåerna för boende i Hull regionen (Ibid 2000).

Två år respektive fyra år senare gjorde Jacques och Ladouceur en uppföljning. Syftet med uppföljningen var nu att ta reda på om det skett en ökning av spelande på kasino, om boende i Hull ökade andelen maximalt förlorade pengar på en dag samt om de hade en större andel i populationen som hade risk för att utveckla spelproblem och beroende. Samma frågor användes som vi de två första testen för att se hur utvecklingen gått (2006). Då det första efter- testet visade en ökning av andelen pengar förlorade på en dag ( $P < 0.001$ ), visade incidensen för spelare med spelproblem ingen signifikant skillnad i uppföljningsstudierna ( $P = 1.00$ ). Inte heller visade andelen med risk för spelproblem ( $P = 0.45$ ) någon signifikant skillnad i uppföljningsstudierna. Motståndet i populationen för öppnandet av kasinot låg kvar på samma nivå.

Hull- borna hade minskat sitt spelande signifikant efter fyra år, till en sådan liten nivå som var mindre än innan kasinot ens öppnat ( $P < 0.03$ ). Dock spelade de mer än kontrollgruppen två år efter öppnandet. Under alla testerna som gjordes med ett undantag av för- testet spelade Hull borna mest ( $P < 0.0001$ ). Andelen med risk för spelproblem hade redan i de första två testen inte varit signifikanta inte heller två respektive fyra år senare gick det att utläsa någon ökad incidens ( $P = 0.06$  och  $P = 1.0$ ). Dock var det fyra år senare fler boende i Hull (5.7 %) som hade en person i hushållet som hade spelproblem ( $P < 0.0002$ ) jämfört med Quebec (0 %).

I kontrast till Jacques et al (2000) och Jacques och Ladouceur (2006) svaga samband mellan ökad tillgänglighet och andel med spelproblem fann Lund (2008) att spel hade en koppling till totalkonsumtionsmodellen. I Norge, påvisade Lund (2008), att i de populationerna med låg frekvens av totalt spelande var också andelen spelare lägre. Samma mönster gick att finna i de populationerna där det spelas mer frekvent, att ett högre medelvärde av frekvens också innebär högre antal problemspelare i populationen. Detta bekräftade även Hansen och Rossow (2008) efter förkunskaperna av Grun och McKeigue studie efter lanseringen av lotto. Hansen och Rossow ville undersöka om totalkonsumtionsmodellen var giltig för tonåringars spelvanor i den norska kontexten. Både frekvensen av spelande och spelande på spelautomater ökade med graden av spelrelaterade problem.





**Figur 8.** Samband mellan medeltalet för spelfrekvens och Spelproblem.

(Hansen och Rossow 2008:145)

Andelen som hade en positiv respons på en problemindikator ökade ju mer det totala spelandet ökade. Ju högre mängd av spelande överlag på spelautomater ju högre var andelen som spelade frekvent och även andelen som spelade mycket (Hansen och Rossow 2008). Klassificeringen för problemspelare var att uppfylla tre kriterier på DSM-IV (att ljuga om sitt spelande, behov av att spela mer och mer och jaga förluster). Ett samband påträffades mellan indikatorerna för problemspelande och medelvärdet för spelfrekvens. En positiv korrelation påvisades av andelen som uppfyllde alla tre kriterier för spelproblem och medelvärdet av spelfrekvensen under året, 0,47 ( $P < 0,05$ ) samt andelen överdrivet spelande och spelfrekvens, 0,92 ( $P < 0,001$ ). Vidare påvisades ett positivt samband mellan totalt spelande och andelen med spelproblem, dessa fynd menar Hansen och Rossow ger stöd för att totalkonsumtionsmodellen kan appliceras på spelområdet för tonåringar (2008). Lund fann även i sin studie 2009 att då förbudet av spelautomater införts på prov i Norge under ett års tid minskade spelrelaterade problem. En undersökning ägde rum före samt efter förbudet och kriterierna för urvalet var att ha spelat på spelautomater det senaste året. Urvalet delades upp i tre variabler beroende på spelfrekvens:

- De med låg spelintensitet
- De med hög spelintensitet
- Riskspelare som uppfyllde kriterierna för att jaga förluster och ljuga om spel.

Problemspelandet hade efter förbudet minskat från 1,0 % till 0,4% ( $P < 0,05$ ). Andelen som ljugit om spel ( $P < 0,05$ ) och jagat förluster ( $P < 0,01$ ) visade också på en signifikant minskning. Vidare hade alla spelformer minskat efter förbud mot spelautomater från 97 % till 78,2 % ( $P < 0,001$ ). Detta var även signifikant lägre i alla de tre spelgrupperna ( $P < 0,001$ ). Även spelfrekvensen sjönk till en signifikant lägre nivå ( $P < 0,001$ ).

# ANALYS OCH DISKUSSION

## Metoddiskussion

Efter artikelsökning på området påträffades en stor mängd artiklar. Dessa hade olika kvalitet, vilket gjorde arbetet mer komplext. På grund av det stora havet av forskningsartiklar begränsades sökningen till databaserna PubMed och CINAHL. Detta kan ha inneburit en effekt av resultatet. Hade även andra databaser med inriktning mot psykologi använts kunde utfallet ha varit ett annat. Men då uppsatsen krävde att artiklarna skulle vara baserade på folkhälsa ansågs PubMed vara mer träffsäkert. De flesta sökningar baserades på tillgänglighet runt spelmöjligheter och de strukturella faktorerna bakom detta. Det hade varit önskvärt att också inkludera en sökning på "Public Health" för ännu en avgränsning.

För att granskningarna skulle vara grundliga och då författaren inte innan har kvalitetsgranskat artiklar har granskningen utgått från två granskningsmallar. Den ena är skapad av Eiman och Carlsson (Bilaga 2) och den andra en mall utvecklad av Röda Korsets Högskola, 2005 (Bilaga 1).

Viss kritik kan måhända riktas mot poängsättningsmallen, Eiman och Carlsson, 2003 (Bilaga 2). Under granskningsarbetet framkom att samma poäng ges på de olika delarna av artiklarna, vilket skulle betyda att en artikel med ett bra och tydligt abstrakt skulle kunna få lika hög poäng, som en artikel med en otydlig metoddel. Metoddelen och statistiskdelen i en studie borde enligt författaren tilldelas mer vikt. Artiklarna granskades sedan efter Röda Korsets Högskolas bedömningsmall, 2005 (Bilaga 1) för att underlätta arbetet med artikelgranskningen. Den mallen verkade bra och lättförståelig. De två mallarna kompletterar varandra men kan dock skilja lite i uppfattning. Som ny litteraturgranskare anser författaren att mallarna varit ett bra verktyg för uppsatsen.

Några artiklar var mer svaga i innehållet men uppfyllde ändå 60 % av poängen i bedömningsmallen. En del hade ett stort bortfall, exempelvis Jacques et al två studier angående ett nyöppnat kasino i Kanada (2000 och 2006), där för- testet, efter- testet och de två uppföljande studierna efterhand tappade deltagande. Det allra första testet hade ett urval på 1608 individer och testet fyra år senare ett urval på 430 personer. Detta kan ha inverkat på deras resultat en aning. Att studierna skulle innehålla bevis på signifikanta skillnader i form av angivet P-värde var ett av kriterierna för uppsatsen. Grun och McKeigue (1999) uppfyllde inte detta kriterium, men då denna studie är nämnd i flertalet artiklar som föregångaren om forskning mellan relationen till spel och tillgänglighet, valdes denna artikel att ändå inkluderas i litteraturgenomgången. Urvalens storlek har skiljt sig åt något i de utvalda artiklarna. Där ett fåtal har varit stora populationsstudier så som, Hansen och Rossow (2008), Ladouceur et al (1999) varav andra har varit av mindre karaktär i ett begränsat område, exempelvis Jacques et al (2000 och 2006). Att studierna haft olika storleksurval kan ha haft en viss effekt på om de går att jämföra med varandra. De olika geografiska placeringarna av studierna kan också ha haft en inverkan på jämförbarheten. Många av studierna är gjorda i Kanada vilket kan ha haft en inverkan på resultaten. Men då de alla är i en västerländsk kontext ansågs detta inte utgöra ett större problem.

En annan frågeställning som väcktes under uppsatsens gång var om dessa studier är applicerbara i den svenska kontexten. Även då de hade liknande fynd kanske

dessa mönster inte existerar i Sverige då folkhälsopolitiken och spelmarknaden ser annorlunda ut. Currie et al, hävdade i sin studie att spela på lotto var en riskfri spelform. Detta resonemang motsäger Grun och McKeigue, då de påvisade signifikanta ökning av spelproblem i och med lottolansering i England.

## **Resultatdiskussion**

Spelmarknaden förändras ständigt och fastän vissa artiklar bara är några år gamla har spelmarknaden hunnit utvecklas i stor takt. Detta kan medföra att artiklar om tillgänglighet inte är aktuella idag. Grun och McKeigues studie var publicerad år 2000 men uppgifterna i studien baserades på siffror från år 1993- 1996, men då studien var relevant för området beslutades att denna studie ändå skulle inkluderas.

Robitaille och Herjean fann 2008 att sårbarhet för spelproblem hade ett samband med både avstånd och tillgänglighet till spelautomater. Dock ville de undersöka om detta kunde leda till ökade spelproblem vilket dock aldrig framkom i studien. Detta tycks vara där mycket av studierna brister. Många finner ett samband mellan tillgängligheten och socio- ekonomi (Benedict et al, 2004, Welte et al 2004) men studierna (Jacques et al 2000 och 2006, Robitaille och Herjean 2008) hade svårigheter att relatera detta till ett ökat spelproblem. Om således totalkonsumtionsmodellen är giltig i sammanhanget som Hansen och Rossow (2008) hävdade kan denna brist på korrelation kanske förklaras. Det vill säga att om fler i populationen spelar då tillgängligheten ökar bidrar detta till att fler också får spelproblem. I Robitaille och Herjean (2008) studie skulle detta innebära att en större andel individer med spelproblem skulle finnas i de områdena med större tillgänglighet och större sårbarhetsindex. Dock är det inget som studien belyser. Vidare förs det i studierna ingen diskussion huruvida andra störningsvariabler, så kallade, confounders (Andersson 2006) kan vara orsaken bakom sambandet. Kanske finns det större tillgänglighet i vissa områden på grund av andra variabler som inte är medräknade.

## **Mätmetoder**

Vad som kan tyckas vara problematiskt med litteraturstudier kan vara studiernas olika tillvägagångssätt. Främst i sammanhanget med mätning av spelberoende där de olika studierna används sig av olika metoder. Variationen av metoder kan ha inneburit att studierna inte går att jämföra på ett optimalt sätt då en annan metod kunde ha givit ett annat resultat. Då studier kring just tillgänglighet är sparsamma var detta oundvikligt. Mätningen av spelberoende med hjälp av metoden SOGS är inte problemfri. Rönnberg et al (1999) hävdar att denna metod har en del brister. Dessa brister gjorde att en ny uppdaterad mätskala, SOGS- R implementerades, vilket dock flertalet studier inte (Jacques et al 2006, Ladauceur et al, 1999 och Sévigny et al 2008) tagit hänsyn till. Dessa studier använde SOGS och detta kan ha snedvridet resultatet av andelen spelberoende en aning jämfört med de studier som använts sig av den reviderade upplagan. SOGS och den reviderade upplagan har dock inte fastställt någon diagnostisk effekt vid befolkningsstudier, trots dess goda reliabilitet och validitet. Detta medför ett problem då prevalensen hade fått ett annat utfall om intervjuer används baserade på DSM:s kriterier (Rönnberg et al 1999). Formulär för att upptäcka beroenden är inte alltid felfria, detta blir också relevant för resultatet av litteraturgenomgången. Några artiklar har benämnt problemen med de falskt positiva och negativa medan andra artiklar inte belyst detta problem. Dessa former av klassificeringsfel kan innebära att friska personer blir klassade som spelberoende och spelberoende som friska individer utan

spelproblem (Rönnerberg et al 1999). Just SOGS har visat sig ha en signifikant förhöjd andel positiva svar hos en normalpopulation vilket kan medföra att instrumentet överskattar andelen med spelberoende (Ajdahi och Wolgast 2008). Det skulle vara önskvärt att som i Ladoceurs et al (1999) artikel vara medveten om problemet då denna studie använt sig av SOGS. Dock nämns inget i studien om detta. Inte heller Jacques et al (2000 och 2006), eller Benedict (2006) tar hänsyn till denna begränsning.

Hansen och Rossow använde sig av DSM-IV vilket ger ett snävare utslag (Rönnerberg et al 1999) av andelen med spelproblem. Förutom de kriterier som ingår i skalan lade de till tre stycken frågor som ansågs vara av hög specificitet och sensitivitet (Johnsson et al i Hansen och Rossow). Även Weltes et al studie (2004) använde sig av DSM- IV.

### **Tillgänglighet**

Forskningen på området spel och dess relation till tillgänglighet är av stor betydelse för att kunna införa relevanta policier inom spelprevention. Att basera spelforskning på evidensbaserade metoder är väsentligt för att ta beslut om framtida reglering av spelmarknaden (Hansen och Rossow 2008) Detta då marknaden ständigt expanderar och nya tillvägagångssätt uppstår för att nå publiken.

Jacques et al (2000) refererar till exponeringsteorin som har fått genomslag i den spelorienterade forskningen. Delaktighet och ökad möjlighet till spel härleder till ökat spelande och vidare till en ökad andel med spelproblem. Ju längre en individ utsätts för en exponering ju större effekt kommer denna spelprodukt att ha.

Ökade spelmöjligheter → ökat spelande → ökad andel med spelproblem

Med detta resonemang följer att ju längre kasinot varit öppet ju mer spelproblem bör ha uppkommit (Shaffer 2005:10 1227-9 i Ibid 2006). Jacques och Ladouceur, ville se om denna teori också kunde relateras till deras studie i Kanada, dock fann de inga klara bevis för att detta skett. Ladoceur et al (2000) fann bevis för exponeringsteorin, att ju längre tid det gått och ju mer spelmöjligheter det uppstår ju mer spelproblem. Dock nämner inte studien några confounders och varför spelandet eller spelproblem ökat. Kanske kan det vara som Binde (2005) påpekar, en ökad marknadsföring, eller den stora expansionen av Internet spelande eller också att spelberoende nu mer klassas som en sjukdom.

### ***Tillgänglighet och spelproblem***

Hypotesen Jacques et al ställde i Kanada var att boende i området med ett nytt kasino (Hull) skulle ha spelat för mer pengar och spenderat en större del av sin inkomst på spel. Med tanke på den korta tidsaspekten mellan de två testerna ställdes ingen hypotes om förväntade ökade spelproblem. Innan öppnandet av det nya kasinot fanns det jämförbar tillgänglighet i de båda områdena. Det var ungefär lika långt till det redan etablerade kasinot i ett annat område (Jacques et al, 2000). Deras två ställda hypoteser blev bekräftade, att när tillgängligheten ökade, följdes detta av en ökning av speldeltagande även under en kort period som ett år. Dock fortsatte inte detta mönster några år senare. Inte heller kunde ett samband ses med ökad incidens av spelproblem i för eller eftertesterna eller i uppföljningsstudien. Detta samband står i kontrast till Ladouceurs studie som däremot hävdade motsatsen (1999) samt Lund (2009) som såg en nedåtgång av

antalet spelproblem när ett förbud mot spelautomater införts.

För att få bukt med problemet inom överdrivet spelande är det väsentligt att kunskap och insikter om tillgängligheten till spel ses över. Studier visar att i de områden där tillgängligheten på spel är stor spelas det också mer (Sévigny et al 2008, Jacques et al 2000, Benedict et al 2004 och Welte et al 2004) Exponeringsteorin nämnd i Jacques et al (2000) står i konflikt med anpassningsteorin (Abbott 2005; Blaszczynski 2005; Schaffer 2005 i Hansen och Rossow 2008). Studier visar på att efter en ökning av tillgång sker en gradvis anpassning till den nya miljön vilket resulterar i att spelandet inte ökar eller till och med kan minska (Abbott 2005; Blaszczynski 2005; Schaffer 2005 i Hansen och Rossow 2008). Det sker en anpassningsprocess där spelandet anpassas över tid. Om det skett en ökning av tillgänglighet ökar också spelandet men för att sedan trappas ner till ett normaltillstånd. I denna anpassningsprocess menar Abbott et al, på att det parallellt med ökandet av spel också sker ett ökat ansvar i form av samhälliga insatser och information om risker ( ibid:2008). Bevisföringen för att det skulle ske en anpassning efter ökad tillgänglighet är dock mager och studier visar på att ökad tillgänglighet också leder till ett mer frekvent spelande (Hansen och Rossow 2008) Dessa studier är dock gjorda i andra kontexter än i Sverige och kan därför vara svåra att tillämpa inom den svenska spelmarknaden. Vidare har det påvisats att länderna med en högre speltillgänglighet också har en högre prevalens av spelberoende (Johansson et al 2008).

Det påträffades samband av tillgänglighet och ökat spelande, vidare påträffades även ett samband mellan tillgänglighet och utsatta grupper. Dock hävdar en del forskare att ökad tillgänglighet till spel också ökar missbruket av spel, vilket kan medföra att de som tidigare inte provat denna typ av spel nu prövar på att spela, detta exempelvis genom att fler ombud inrättats (Moran, 1970; Raylu & Oei, 2002:1011 i Binde, 2005:21, s 68). Welte med kolleger (2004) yrkade också på efter sin studie, nämnd ovan, att om nya spelmöjligheter görs attraktiva på marknaden i form av ett kasino kan detta leda till problemspelande även för dem som annars inte skulle utveckla detta. Dock är det osäkert om resultatet är snedvridet av andra samspelande variabler benämnda ovan som confounders. En sådan variabel kan tänkas vara att de som redan är spelberoende kan ha flyttat närmre för att kunna spela mer. Detta kan vara anledningen varför fler utsatta grupper och spelberoende bor närmre spelmöjligheterna. Studierna i litteraturgenomgången hade svårigheter med att påvisa detta samband. Att ökad tillgänglighet leder till ökat speldeltagande vilket i sin tur leder till ökad omsättning fann flertalet studier (Sévigny et al 2008, Grun och McKeigue 2000, Ladouceur et al 1999 och Lund 2009). Dock stannar kedjan där, att sedan relatera denna ökning till en ökad prevalens av problemspelare var mer komplext och följde inte ett linjärt samband. Detta kan vara ett resultat av Volbergs hypotes, att det tar fyra år för andelen med spelproblem att visa sig spelberoende (Ajdahi och Wolgast 2008). Det är således komplext att hitta samband mellan tillgänglighet och spelberoende då detta utvecklas efter en längre tid. Vad Jacques och Ladouceur påpekar, är betydelsen av uppföljning av sådana studier för att se om tidsaspekten har en påverkan. Det tar tid att utveckla ett spelberoende och detta kan vara en anledning till att sambandet är svårt att finna (2008). Värt att nämna är att fler negativa effekter uppstod efter införandet av det nya kasinot vilka kan ha långsiktiga konsekvenser för Hull- borna. Vad författarna inte belyste i sin studie var anpassningsprocessen nämnd ovan (Abbot et al i Johansson et al, 2008:41), att det kan ha varit en kulm precis när kasinot öppnat, för att sedan

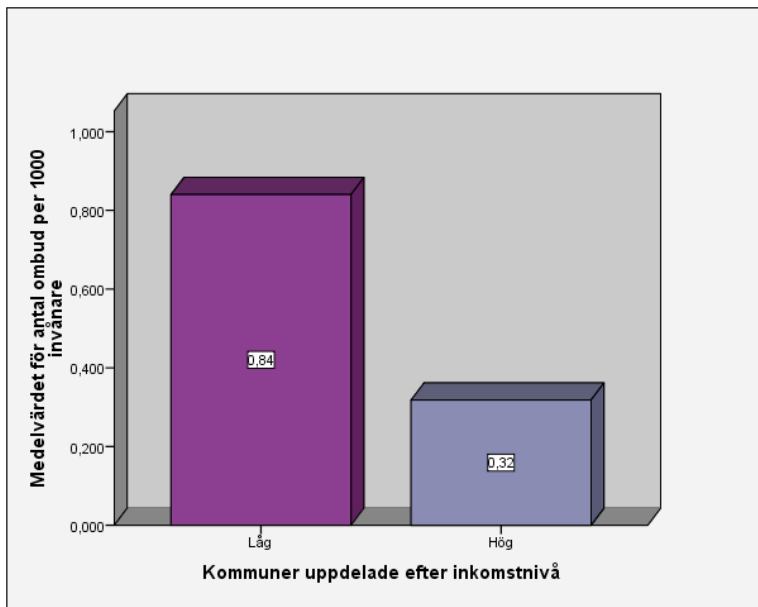
jämna ut sig till vanlig nivå igen. Vad som hände i Hull var att färre spelade på vanliga traditionella spel såsom lotto och bingo efter införandet av kasinot (Jacques et al, 2000). Något nytt hade kommit till regionen och ökningen av spelande kan ha varit en effekt av detta, för att sedan jämna ut sig. Därför är det av stor vikt att göra uppföljningsstudier för att sambanden ska vara mer pålitliga. Ökad omsättning behöver inte i sig innebära ökade spelproblem men vad som påträffades i Norge pekade på motsatsen. Efter temporär avstängning av spelombud med spelautomater sjönk antalet hjälpsökande för spelproblem (2009).

### *Tillgänglighet i Sverige*

Samband mellan låg inkomst och ökad risk för spelproblem, frekvens och tillgänglighet påträffades i några av studierna (Welte et al 2004, Robitaille och Herjean 2008, Currie et al 2006 och Grun och McKeigue 2000). Med detta resonemang i åtanke är det av stor vikt att kartlägga tillgängligheten av spel även i Sverige. Om tillgängligheten är hög borde det även synas i vårt land att omsättningen på de ställen med hög tillgänglighet är större. Forskning från Australien visar också på att lättare tillgång till spel också ökar risken signifikant. Dock är detta samband tagna ur en annan kontext och har kanske inte lika stor inverkan på spelandet i den svenska kontexten. Att undersöka antalet ombud och tillgängligheten till dessa är av relevans för en framtida forskning, (Dickerson & O'Connor, 2006) då underlaget för denna typ av forskning är sällsynt.

### *Egna reflektioner*

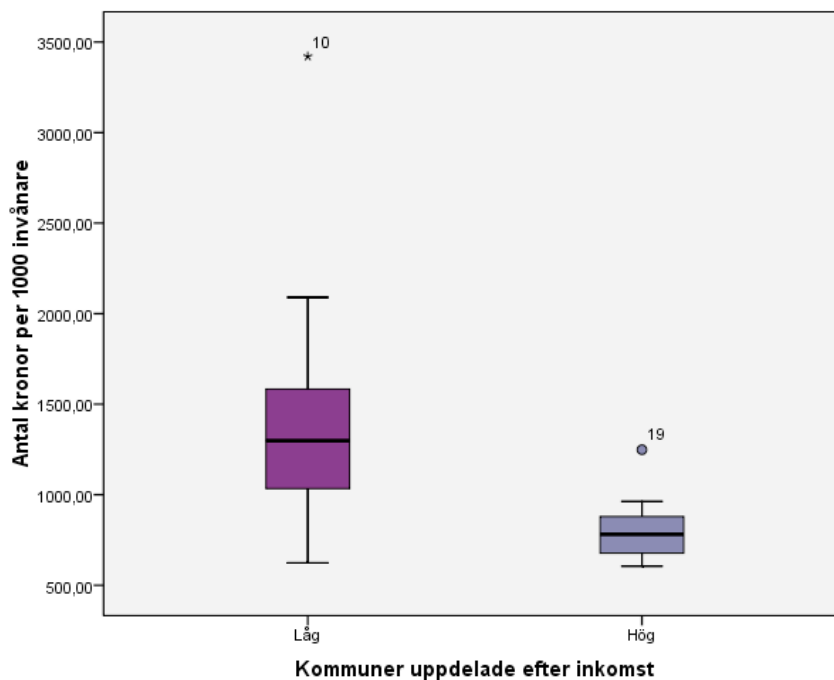
Få uppgifter finns om tillgängligheten av spel i Sverige, med detta i åtanke ansåg jag att en kartläggning av spelombud i Sverige kan vara önskvärt. SCB har listat de 290 kommunerna där 1 är den rikaste och 290 den fattigaste. Detta efter medelinkomsten i kommunen som bygger på sammanräknad förvärvsinkomst per kommun år 2007. Medelinkomsten är beräknad på de män och kvinnor som är äldre än 20 år och folkbokförda i Sverige både 2007-01-01 och 2007-12-31. De 15 kommunerna med lägst medelinkomst respektive de 15 med högst har av uppsatsens författare valts ut. Därefter, genom uppgifter från lotteriinspektionen har antalet spelombud i dessa kommuner ställts i relation till hur många som bor i kommunen. För att kunna jämföra de olika kommunerna och för att eventuellt se något samband har antalet spelombud ställts i relation till 1000 invånare. Samma metod har valts för att se över bruttoomsättningen från dessa spelombud. Efter uppgifter från lotteriinspektionen visade det sig att tillgängligheten på Svenska Spels spelombud var större i kommunerna med lägre inkomster. Dessa kommuner visade sig också efter uppgifter från Svenska spel ha en betydligt högre omsättning på spel (Bilaga 3).



**Figur 9.** Diagrammet visar att de kommunerna med lägre medelinkomst har ett större antal ombud per 1000 invånare.

(Författarens egen grafik)

Genom att jämföra samma kommuner och hur mycket pengar som spenderas på spel framkom att kommunerna med lägst medelinkomst också spenderade mer pengar på spel.



**Figur 10.** Kommunerna med lägre medelinkomst har en större spridning av antalet kronor spenderade på spel samt ett högre medeltal.

(Författarens egen grafik)

Benedict et al, hävdade i sin studie att, då det fanns ett mönster att fler spelalternativ fanns i de mest utsatta områden, detta kunde leda till en utveckling av att de som inte har råd också är de som utvecklar spelproblem (2000). Vidare hävdar (Ajdahi & Wolgast) att mer kunskap om socio- ekonomins inflytande över ökat spelande är behövt för att minska spelautomater i de områden där det också spelas mest och där den socio- ekonomiska nivån också är låg (2008). Detta resonemang kan bidra till att ojämlikheten i ohälsa blir än större. Uppsatsens författare efterlyser mer forskning på området för att se om samma mönster finns i Sverige. Tillgängligheten borde även ses över i relation till andra socio- demografiska faktorer. Om fler spelalternativ finns i mest utsatta områden bör spelregleringen se över även detta i form av bättre spelansvar och hälsofrämjande insatser.

Vad Lund hävdade i sin studie baserad i Norge var att minskad tillgänglighet till en spelform även kan samspela med minskad efterfrågan även på andra spel, att det uppstår en slags synergieffekt. Då man även såg en signifikant minskning av de spelare som klassificerats som spelare med hög intensitet och risk hävdar Lund att det går att förändra ett beteende förknippat med beroende genom att begränsa tillgängligheten. Studien menar på att eliminerandet av ett spel även kan få de andra spelformerna att verka mindre attraktiva (2009).

### **Samhälliga insatser**

För att möta problemen med spelberoende är det väsentligt att utöka policier för att minimera risken för att hamna i spelmissbruk. Dock är många av de policier inom området baserade på individens ansvar och riskerar därför att som Benedict med kolleger hävdar ge upphov till victim- blaming, det vill säga att skuldbelägga individen för hennes beteende (2006).

Om individen genom den nya folkhälsopolitiken förväntas ta mer ansvar över hennes hälsa måste primär prevention vara en förutsättning för att göra de rätta valen. Ett spelansvar menar Blaszczynski et al, vilar på två principer. Beslutet att spela ligger på individen då hon gör ett val men för att göra detta beslut måste det finnas bakomliggande information för henne att tillgå. Därför måste det ligga i spelindustrins intresse att inte exploatera eller få vinning av den enskilde spelaren, särskilt om spelaren kommer från en sårbar grupp för förhöjd risk gentemot spelande (2004). Lund hävdar, att de som spelar överdrivet inte står oberoende från sin omgivning, de influeras eller blir påverkade av sin omgivning. Dessa fynd visar att i ett samhälle med mycket spelande eller tillgång till spel finns en inverkan på resten av befolkningen att också spela mer (2007). För att en individ ska kunna göra ett informerat val måste information finnas tillgänglig, denna får inte vara vilseledande. Den ska vara baserad på empirisk kunskap för att stödja individen i sitt val. Vad som författaren framför är vikten av att informera om sannolikheten för vinst och att spelreklam inte får vara missledande (Blaszczynski et al 2004). I Sverige ser det dock annorlunda ut. Mycket av spelreklamen menar Binde är riktad till låginkomsttagare och sannolikheten för vinstutfall framkommer inte alltid i klara termer (2005:21). Det är dock inte tillräckligt att bara informera om sannolikheter och utbetalningar utan för att komma till beteendeförändring krävs att attityder och värderingar modifieras (Blaszczynski et al, 2004)

Den nya folkhälsopolitik som förs vill satsa pengar och forskning inom området riskabelt spelande och spelberoende då detta rör individens hälsa (prop.



2007/08:110). För att få bukt med folkhälsoproblemet med ojämlig fördelning av hälsa inom målområde elva, är det därför väsentligt att se över de bakomliggande strukturella faktorerna som bidrar till överdrivet spelande. Ett dilemma uppstår om det är individens ansvar att själv söka kunskap för att undvika överdrivet spelande eller om det är samhällets ansvar att minska tillgången, främja stödjande miljöer eller att utöka spelansvaret. Att endast betona individens ansvar är en förenkling av problemet. Detta genom att skylla på dessa individer och hävda att de har dålig karaktär, som (Blaszczynski et al 2004) refererar till victim- blaming.

### *Framtid för spelmarknaden*

Det går inte att hejda utvecklingen av spelteknologin men då svenska spel har det största ansvaret kan det vara bra att börja se över vad vi genom spelregleringen kan förbättra. Det är de sociala och miljömässiga faktorerna som har en stor relevans för folkhälsovetenskapliga insatser då tillgången på spel genom en politisk debatt kan ses över. Genom att minska eller begränsa utbudet av de spel som går att kontrollera kan beslutsfattare ha en nyckelroll i det förebyggande arbetet för att minska spelberoende i samhället (Welte et al 2004) Vidare påpekar Jacques och Ladouceur att det innan öppnandet av en ny spelaktivitet kan vara av stor vikt att se över spelproblem i regionen för att prospektivt kunna se om skillnader går att utläsa (2006). Detta kan vara essentiellt att tillämpa i alla spelkontexter. Spelautomaterna på Nya Zeeland hade kanske inte utgjort ett stort problem om en kartläggning av problemen gjorts innan etablerandet. Att inte placera spelautomater i de områden där det bor många utsatta grupper med låg socio- ekonomisk nivå och att inte öka tillgängligheten till fler spelmöjligheter där kan vara en väg att gå (Robitaille och Herjean 2008). Tillgänglighet är något som måste tas med i beräkningen när folkhälsoinsatser mot spelberoende införs. En åtgärd kan vara att dra tillbaks tillstånd för spelombud i områden med låg socio- ekonomi (Ibid, 2008). Detta tillämpas på Nya Zeeland efter införandet av en databas över ombud i landet. Genom lagstiftning har ett antal spelautomater utanför kasinon tagits bort med en reglering av ett totalt antal på nio spelautomater per ombud (Benedict et al 2006).

### *Spela för en god sak*

De intäkter som Sveriges spelmarknad erhåller går tillbaka till medborgarna genom mer pengar till föreningslivet, då framförallt idrotten. Att spela för en god sak kan bli problematisk. Som nämnt ovan skiljer sig spelandet åt beroende på vilken grupp eller population man som individ befinner sig i. Detta resonemang kan bli kontraproduktivt då man vill hjälpa samhället genom att ta från de redan sårbara grupperna. De populationsgrupper som spelar mest på lotterier är de mest sårbara grupperna i samhället. Enligt Reith (2003) rör det sig om, de arbetslösa, låginkomsttagare, utbildade, de gamla och minoritetsgrupper. Dessa grupper spenderar betydligt mer pengar på lotterier än andra grupper. Lalander och Westfelt pekar på samma problem med Sveriges spelautomater, Jack Vegas, där de mest utslagna grupperna i samhället är förlorarna till idrottens förtjänst (2004). I och med dessa insikter skapas ett dilemma, de sårbara grupperna, de med låg socio- ekonomisk status är de som betalar föreningslivet och ger pengar tillbaks till samhället (Reith 2003). Utifrån fynden i Benedicts (et al 2006) studie nämnd ovan förs en liknade diskussion. Då utsatta grupper utgör en riskfaktor för problemspelande är det de som står för den största andelen av intäkterna till spelstöd och intäkter till diverse välgörenhet dit inkomster på spel kommer i Nya Zeeland. De positiva effekterna av intäkter till föreningslivet i den svenska

kontexten skapar ett etiskt dilemma mellan å ena sidan bidragande till ett bättre föreningsliv och å andra sidan, att de redan utsatta, är de som bidrar. Staten innehar därmed en dubbel roll som både vinstdrivande och utvecklande av nya mer attraktiva spelformer samtidigt som detta ska ske på ett ansvarfullt sätt (Lalander och Westfelt 2004).

### *Prevention*

Vad som poängteras angående totalkonsumtionsmodellen i frågan om preventiva insatser är en fundering över vilka grupper i populationen som insatser ska riktas till. Då alla längs kontinuumet förändrar sitt beteende efter hela populationens medelvärde innebär detta att totalkonsumtionsmodellen (Hansen och Rossow 2007) skulle förespråka insatser gentemot hela befolkningen och inte rikta insatser endast mot högriskgrupper. Om insatser införs gentemot hela populationen skulle därför en minskning av problemspelet också uppnås. Determinanterna för spel skulle därför mest effektivt regleras med populationsstrategier gentemot spel (Rose 2001 i Hansen och Rossow 2007).

Det har visat sig att det är mer lönsamt att basera interventioner på befolkningsnivå än för högriskgrupper (Orth-Gomér och Perski 1999). De med redan befintligt spelproblem anses här vara högriskgrupp (Hansen och Rossow 2007). Det är genom folkhälsovetenskapliga insatser, där många förändras lite jämfört med högriskgrupper som ändrar sig mycket som insatsen bidrar till ett bättre hälsotillstånd i befolkningen (Orth-Gomér och Perski 1999) Genom att förebygga på befolkningsnivå kan tillgängligheten till spel minskas bland sårbara grupper men också bland hela befolkningen. Då man kan applicera modellen även på spelområdet är det enligt Lund (2007) relevant att behandla spelproblem som en folkhälsofråga. Fokus enligt Lund ska inte enbart ligga på de mest sårbara grupperna i samhället utan på befolkningen i stort då det är som nämnt ovan alla i populationen som spelar mer om spelfrekvensen ökar. Genom att tillämpa förebyggande insatser på befolkningsnivå influeras även de som befinner sig bland problemspelarna och därför kan en minskning av spel ske.

### *Spelansvar*

Det kan ändå vara lönsamt att rikta insatser till specifikt utsatta grupper, då dessa har en mer ojämlig hälsofördelning och kan kräva mer specifika insatser (Naidoo och Wills 2005). Det kan vara en framtida idé att rikta spelansvar till de platser eller målgrupper där mer spelberoende förekommer då flera studier i genomgången påvisade signifikanta skillnader mellan tillgänglighet och socio-demografiska variabler (Currie et al 2006, Welte et al 2004, Benedict et al 2004, Robitaille och Herjean 2008 samt Grun och McKeigue 2000). Det riktade spelansvaret är nu splittrat beroende på vilken målgrupp det vill nå. Interventionerna för ansvarfullt spel är oklara i vilken riktning den ska föras. Vissa grupper i samhället har som redogjorts ovan en ökad risk för spelproblem och därför kan det vara av relevans att rikta spelansvaret specifikt till dessa grupper.

Då just spelproblem bara inträffar hos en liten del av befolkningen menar Blaszczynski et al, att spelansvar ska rikta sig till grupperna med högst risk för att utveckla ett beroende. Om det framkommer att både tillgängligheten till spel och antalet spelmöjligheter bidrar till att individer hamnar i problemspelande ska spelindustrin utveckla riktlinjer för att minska den totala risken för befolkningen (Blaszczynski et al 2004) I denna diskussion uppstår ett dilemma vidare

spelansvaret ska vara riktat för grupper med förhöjda risker eller om som totalkonsumtionsmodellen hävdar vara riktad till hela populationen. Båda teorierna har sina styrkor och därför kan spelansvaret utgöra en kombination av de två. Författaren till uppsatsen hävdar därför att spelansvaret bör vara riktat till både högriskgrupper och till hela populationen. Detta är en nödvändighet om både prevalensen och incidensen ska minska.

### *Ett ökat spelansvar*

Då ökad tillgänglighet bidrar till ökad spelfrekvens (Grun och McKeigue 2000), borde spelregleringen se över tillgången till spel. Spelreglering yrkar på att minska skadeeffekter och spelande bland utsatta grupper (SOU 2008:124) men då måste också tillgängligheten ses över (Blaszczynski et al 2004). Dock finns det bara en liten del om detta i utredningen.

*”Spelets tillgänglighet kan begränsas. Det gäller t.ex. antalet spelställen, öppettider, åldersgränser, hur stora insatser som får göras etc.”*

(SOU 2008:124: 183)

Då riskfaktorerna är kända utgör de ett underlag för hur ett spelansvar ska kunna utvecklas för att fungera mer optimalt. Då det existerar ett tydligt samband mellan socioekonomi och spelmissbruk borde socialpolitiken utarbetas därefter. Marginalisering och utsatthet skulle verka tillsammans med kunskaper om socioekonomi till insatser som syftar till att minska arbetslöshet, fattigdom och segregering (Ajdahi och Wolgast 2008)

Eftersom det inte finns någon definition av vad spelansvar faktiskt utgör är det svårt att skapa ett gemensamt empiriskt underlag för forskning på detta område (Blaszczynski et al 2004). Vidare menar Blaszczynski et al, att spelansvaret inte är baserat på empiriska forskningsresultat utan att de insatser som görs snarare är baserade på sunt förnuft och personliga antagande. Detta gör det svenska spelansvaret problematiskt då det kan skifta med de politiska strömningarna som just vid det tillfället råder. Vidare menar Blaszczynski et al, att gränsdragningen för att minimera spelproblem är godtycklig mellan spelbolagen, regeringen och konsumenterna (2004). Det är således oklart vart ansvaret egentligen vilar. Currie et als (2006) studie visade att, oavsett demografiska variabler, ökade de negativa konsekvenserna av spel i takt med ökad spelfrekvens. Detta skulle således innebära, menar Currie et al, att det inte finns någon säker risk för spelande utan allt spelande innebär en form av risk för att utveckla spelproblem (2006). Detta resonemang är viktigt ur ett folkhälsoperspektiv då spelansvaret kan komma att utvecklas till även innefatta de som anses ha låg risk.

Vad som kan vara problematiskt menar Blaszczynski et al, är de motsägelsefulla krafter som undergräver spelansvaret. Då regeringen genom det statliga bolaget Svenska spel förser marknaden med spel kan forskningsresultat som strider mot de kommersiella intressena bortses ifrån. I stället borde forskningen användas som ett verktyg för att införa en mer ansvarsfull reglering oavsett konsekvenserna för spelmarknaden. Detta är givetvis bara spekulationer om dessa antydanden införs i en svensk kontext, men kan ändå vara värda att se över då det långsiktiga spelansvaret endast kan utvecklas genom att använda sig av validerade studier (2004).

Vad Benedict et al, hävdar är att spelombuden och de lokala beslutsfattarna samt regeringen har ett särskilt ansvar för den geografiska placeringen av spelautomater och ombud. Ett ställningstagande bör även tas om distributionen är lämplig ur folkhälsosynpunkt givet att de vet riskfaktorerna för överdrivet spelande. En stramare ansvarspolitik gentemot tillgängligheten bör föras (2006).

## **SLUTSATS**

Studier pekar på att tillgänglighet till spelmöjligheter är ett komplext område och att sambandet till spelproblem inte är linjärt. Många faktorer samverkar vid spelproblem och vidare studier behövs för att påvisa att tillgänglighet är en av dem. Då man kan manipulera utfallet av spelmöjligheter och deras geografiska placering kan detta vara ett framtida ansvar för folkhälsovetenskapliga insatser. Det fanns således starka bevis på att fler spelmöjligheter leder till ökad spelfrekvens och att fler spelmöjligheter är utplacerade i utsatta områden. Relationen mellan spelproblem och tillgänglighet kräver vidare forskning. Vidare bör mätningmetoder optimeras för att studierna lättare ska kunna jämföras. Forskningen tillskriver tillgänglighet ett särskilt ansvar för spelproblematik och anses vara en stor riskfaktor bakom problemspel, dock är fortfarande studier inom ämnet få, särskilt i den svenska kontexten. För att förebygga spelberoende krävs folkhälsovetenskapliga insatser riktade mot populationer samt mot grupper som enligt forskningen har en större risk för att utveckla spelproblem.

## REFERENSER

- Ajdahi. S och Wolgast. M (2008) *Biopsykosocial modell för spelmissbruk, en litteraturstudie*. Statens folkhälsoinstitut. Tagbergs tryckeri AB: Stockholm
- Andersson. I (2006) *Epidemiologi för folkhälsovetare- en introduktion*. Studentlitteratur: Lund
- Benedict. W, Rigby. J, Huriwai. T (2004) *Pokies and poverty: problem gambling and risk factor geography in New Zealand*. Health and Place 12 (2006 s, 86-96) Elsevier: New Zealand
- Binde. P (2005:21) *Att sälja en dröm- Om spelreklam och dess påverkan*. Statens Folkhälsoinstitut. Edita: Stockholm
- Blaszczynski. A, Ladouceur. R och Shaffer. H (2004) *A Science- Based Framework for Responsible Gambling: The Reno Model*. Journal of Gambling Studies. Vol, 20, No 3
- Carlsson, S, & Eiman, M, (2003). *Evidensbaserad omvårdnad*. Rapport 2 hälsa och samhälle, Malmö Högskola.
- Currie. S, Hodgins.D, Wang .J, el-Guebaly. N, Wynne. H och Chen. S (2006) *Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities*. The Authors. Journal compilation
- Dickerson. M och O'connor. J (2006) *Gambling as an Addictive Behaviour: Impaired Control, Harm minimisation, Treatment and Prevention*. Cambridge University Press: UK
- Finansdepartementet. *Vissa frågor inom spelområdet m.m*. Proposition. 2002/03:93
- Grun.L och McKeigue. P (2000) *Prevalence of excessive gambling before and after introduction of a national lottery in the United Kingdom: another example of the single distribution theory*. Epidemiology Unit: London school of Hygiene and Tropical Medicine.
- Hansen. M och Rossow. I (2007) *Adolescent Gambling and Problem Gambling: Does the Total Consumption Model Apply?* Journal of Gambling Studies 24:135-149
- Hälsa på lika villkor, nationella folkhälsoenkäten 2008, Statens Folkhälsoinstitut. Hämtat datum 090513 ur: <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/>
- Jacques.C och Ladouceur. R och Ferland. F (2000) *Impact of Availability on Gambling: A longitudinal Study*. Canadian Journal Psychiatry Vol 45: 810-815

Jacques.C och Ladouceur. R (2006) *A Prospective Study of the Impact of Opening a Casino on Gambling Behaviours: 2- and 4- Year Follow- Ups*. Canadian Journal Psychiatry Vol 51 No 12

Janlert. U (2000) *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Natur och Kultur: Stockholm

Johansson. A, Grant. J, Suck Won Kim, Odlaug. B, Götestam. G (2008) *Risk Factors for Problematic Gambling: A Critical Literature Review*. Journal of Gambling Studies DOI 10.1007, hämtat ur PubMed datum

Ladouceur. R, Jacques. C, Ferland. F, Giroux. I (1999) *Prevalence of Problem Gambling: a Replication Study 7 Years Later*. Canadian Journal of Psychiatry, Vol 44 Issue 8 802-804. Hämtat ur PubMed, datum

Lalander. P och Westfelt. L (2004) *Den statliga spelapparaten. Mellan ekonomisk succé och social realitet*. SoRAD nr 22. Akademitryck AB: Edsbruk

Lund (2009) *Gambling Behaviour and the Prevalence of Gambling Problems in Adult EGM Gamblers when EGMs are Banned. A Natural experiment*. Journal of Gambling Studies

Lund. I (2008) *The Population Mean and the Proportion of Frequent Gamblers: Is the Theory of Total Consumption Valid for Gambling?* Journal of Gambling Studies.

Marmot. M (2004), *Statussyndromet*. Natur och kultur: Stockholm

Naidoo. J och Wills. J (2007) *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Studentlitteratur: Lund

Ortiz. L (2006) *Till spelfriheten, kognitiv beteendeterapi vid spelberoende*. Natur och kultur: Stockholm

Orth-Gomér. K och Perski. A (1999) *Preventiv medicin i teori och praktik. En metodik för bättre folkhälsa*. Studentlitteratur: Lund

Reith. G (2003) *Gambling. Who Wins? Who Loses?* Prometheus Books: USA

Robitaille. E och Herjean. P (2008) *An analysis of the accessibility of video lottery terminals: the case of Montréal*. International Journal of Health Geographics 2008, 7,2.

Röda korsets Högskola. Bedömningsmall. CF, ÅK November 2005. Hämtat 090512 ur:

[http://biblioteket.rkh.se/docs/mall\\_granskning.pdf](http://biblioteket.rkh.se/docs/mall_granskning.pdf)

Rönnerberg. S, Volberg. R, Abbott. M, Moore. L, Andrén. A, Munck. I, Jonsson. J, Nilsson. T och Svensson. O (1999) *Spel och Spelberoende I Sverige*. Rapport nr 3 1999:17 International Gambling Research Team of Sweden och Folkhälsoinstitutet.

Serge.S, Ladouceur.R, Jacques.C och Cantinotti.M (2008) *Links Between Casino*

*Proximity and Gambling Participation, Expenditure, and Pathology*. Psychology of Addictive Behaviors Vol 22, No 2 295-301 hämtat ur, datum SOU 2008:124, *En framtida spelreglering* Edita: Stockholm

Sévigny. S, Ladouceur. R, Jacques. C och Cantiotti. M (2008) *Links Between Proximity and Gambling Participation, Expenditure, and Pathology*. Psychology of Addictive Behaviours Vol . 22 No 2 295- 301

Socialdepartementet: *En förnyad folkhälsopolitik*. Proposition. 2007/08:110

Statens Folkhälsoinstitut. *Folkhälsopolitisk rapport (2005)*. EO Print: Stockholm

Statens offentliga utredningar (2008:124) *En framtida spelreglering*. Slutbetänkande av Spelutredningen. Edita Sverige AB: Stockholm

Statistiska centralbyrån, *medelinkomst*, hämtat 090311 ur [http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_\\_\\_236124.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart___236124.aspx)

Statistiska centralbyrån, *befolkningsstatistik*, hämtat 090311 ur [http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_\\_\\_236124.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart___236124.aspx)

Svenska Spel (2009) *Spelets pris- en analys av samhällsekonomiska kostnader till följd av spelproblem i Sverige*. En rapport från Svenska Spel februari 2009.

Svenska Spels remissvar på SOU 2008:124, Visby den 27de Mars 2009

Polit. D och Beck. C (2009) *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7<sup>th</sup> Edition. Lippinott Williams & Wilkins:USA

Welte. J, Wieczorek. W, Grace.B, Tidwell. M.C, Hoffman. J (2004) *The Relationship of Ecological and Geographic Factors of Gambling Behavior and Pathology*. Journal of Gambling studies, Vol. 20, No 4.

Westfelt. L, SoRAD (2006 nr 34) *Två studier om spel och spelproblem – En tvärsnittsanalys och en longitudinell analys om risken för spelproblem*. Universitetservice AB: Stockholm

Wynne. H och Shaffer. H (2003) *The Socioeconomic Impact of Gambling: The Whistler Symposiums*. Journal of Gambling Studies Vol, 19, No 2

## Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Alla frågor är inte relevanta för alla artiklar.

<b>Börja med slutet!</b> <b>1. Konklusion och/eller diskussion.</b> (eng. Conclusion/discussion)	<b>Egna anteckningar</b>
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
<b>2. Syfte</b> (eng. Purpose, Aim)	
a) Vad är syftet med studien/undersökningen? b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?	
<b>3. Bakgrund</b> (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	

Detta förstår jag inte:

---



---



---



---



---



---



---



4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)	
<p><b>a)</b> Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment. hermeneutisk textanalys)?</p> <p><b>b)</b> I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium)?</p> <p><b>c)</b> Urval (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper".</p> <p><b>d)</b> Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)?</p> <p><b>e)</b> Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien?</p> <p><b>f)</b> Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?</p> <p><b>g)</b> Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?</p> <p><b>h)</b> Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p> <p><b>i)</b> På vilket sätt analyserades materialet (statistiska metoder, begreppsanalys. viss tolkningsmetod etc)?</p> <p><b>j)</b> Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?</p> <p><b>k)</b> Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?</p> <p><b>l)</b> Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerstälts?</p> <p><b>m)</b> Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?</p> <p><b>n)</b> Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?</p>	

Detta förstår jag inte:

---



---



---



---



---



---

<b>5. Resultat</b> (eng. Results, Findings)	
<p>a) Beskriv resultaten av undersökningen.</p> <p>b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån.</p> <p>c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?</p>	
<b>6. Diskussion och/eller konklusion</b> (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)	
<p><b>Läs nu diskussion och konklusion igen.</b></p> <p>a) Vilka slutsatser drar forskaren?</p> <p>b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren?</p> <p>c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna.</p> <p>d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p>	
<b>7. Innebörden av studien för den praktiska vården</b> (eng. Clinical implications, Implications for practice)	
<p>a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?</p> <p>b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?</p> <p>c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.</p>	
<b>8. Sammanfattande helhetsbedömning</b>	
<p>a) Syftet: varför har undersökningen gjorts?</p> <p>b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts?</p> <p>c) Kvaliteten: hur bra <u>anser du</u> att undersökningen är?</p> <p>d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?</p>	

Detta förstår jag inte:

---



---



---



---



---

## Exempel på bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
<b>Total poäng (max 47 p)</b>	p	p	p	p
<b>Grad I: 80%</b>				p
<b>Grad II: 70%</b>				%
<b>Grad III: 60%</b>				Grad
<b>Titel</b>				
<b>Författare</b>				

## Bilaga 3

Omsättning	Spelombud	Invånare	Omsättning per 1000 invånare	Jämna tusental	Ombud per 1000 invånare	Grupp efter inkomst	Medelinkomst
19804235	8	10855	1824.434362	11	0.727273	1	198296
372134817	128	286535	1298.741225	287	0.445993	1	210742
11061984	6	9897	1117.710821	10	0.6	1	197904
13800397	7	8653	1594.868485	9	0.777778	1	200058
6206043	7	9952	623.5975683	10	0.7	1	192346
6452375	2	6916	932.9634182	7	0.285714	1	198492
10718678	5	7287	1470.931522	7	0.714286	1	195187
2534794	6	2516	1007.469793	3	2	1	192736
3223101	4	3180	1013.553774	3	1.333333	1	192839
21993568	10	6429	3420.993623	6	1.666667	1	195910
8508165	4	5930	1434.766442	6	0.666667	1	198663
13515419	5	12816	1054.573892	13	0.384615	1	200567
11420573	7	9442	1209.550201	9	0.777778	1	197479
8155565	3	5186	1572.61184	5	0.6	1	199042
26559916	12	12707	2090.179901	13	0.923077	1	197245
15815289	6	24779	638.2537229	25	0.24	2	310578
11087721	6	15177	730.5607828	15	0.4	2	282106
6155254	3	9035	681.2677366	9	0.333333	2	287501
77746495	24	62266	1248.618749	62	0.387097	2	352539
18715729	9	30851	606.6490227	31	0.290323	2	448504
58661083	28	62097	944.6685508	62	0.451613	2	319813
29007415	13	43111	672.854144	43	0.302326	2	370540
73115867	13	85661	853.5490713	86	0.151163	2	326404
9208275	6	10747	856.8228343	11	0.545455	2	314871
9747717	6	14259	683.6185567	14	0.428571	2	289040
15975409	6	20449	781.2317962	20	0.3	2	313654
38227766	15	42332	903.0465369	42	0.357143	2	287525
17522556	5	28954	605.1860192	29	0.172414	2	283340
31829138	15	38720	822.0335227	39	0.384615	2	288001
35998122	1	37376	963.1346854	37	0.027027	2	288478

## Bilaga 4

<u>Artikel</u>	<u>Abstrakt</u>	<u>Bakgrund</u>	<u>Syfte</u>	<u>Metod</u>	<u>Resultat</u>	<u>Diskussion</u>	<u>Total poäng</u>
<u>Benedict et al 2006</u>	<u>Informationsrik sammanfattning av hela studien</u>	<u>Beskriver tidigare forskning om tillgänglighet</u>	<u>Att se om spelomöjligheter är strategiskt utplacerade</u>	<u>Regressionsanalyser</u>	<u>Signifikanta skillnader redovisas</u>	<u>Ingen egenkritik, anknytning till tidigare forskning</u>	<u>36</u>
<u>Jacques och Ladoceur 2006</u>	<u>Beskriver hela studien</u>	<u>Tidigare teorier</u>	<u>Tydligt beskrivit</u>	<u>Adekvat till syftet, SOGS</u>	<u>Signifikanta resultat redovisas</u>	<u>Problemanknytning och anknytning till tidigare forskning</u>	<u>38</u>
<u>Grun och McKeigue 2000</u>	<u>Sammanfattar metod, syfte och resultat</u>	<u>Finns stöd i tidigare forskning</u>	<u>Väl definierat och tydligt</u>	<u>Stort urval, populationsdata och före och efter test</u>	<u>CI benämns men inte P värde</u>	<u>Anknyter till tidigare forskning men ingen egenkritik</u>	<u>36</u>
<u>Jacques et al 2000</u>	<u>Sammanfattar samtliga</u>	<u>Refererar till tidigare forskning</u>	<u>Väl definierat</u>	<u>Tydlig metod och god tolkning</u>	<u>P värde, Signifikanta skillnader redovisas</u>	<u>Egenkritik och problemanknytning</u>	<u>38</u>
<u>Sévigny et al 2008</u>	<u>Syfte står inte med</u>	<u>Lite kort men refererar till tidigare forskning</u>	<u>Ganska tydligt</u>	<u>Relevant, stort urval</u>	<u>Statistisk analys, P värde och regressioner</u>	<u>Egenkritik och problemanknytning</u>	<u>38</u>
<u>Robitalle och Herjean 2008</u>	<u>Sammanfattar samtliga</u>	<u>Välarbetad bakgrund, tidigare forskning</u>	<u>Lite otydligt</u>	<u>Väl beskriven metod, statistiska beräkningar</u>	<u>Frågeställning besvarad, bra analys</u>	<u>Problemanknytning, Saknas egenkritik</u>	<u>39</u>
<u>Hanssen och Rossow 2007</u>	<u>Sammanfattar studien, inget syfte</u>	<u>Beskriver tidigare forskning</u>	<u>Definierat och ganska tydligt</u>	<u>Stort urval, DSN-IV, statistisk analys</u>	<u>P värde, Signifikanta skillnader redovisade, frågeställning besvarad</u>	<u>Anknyter till problemet</u>	<u>40</u>
<u>Currie et al 2008</u>	<u>Väl definierat</u>	<u>Hänvisar till tidigare fynd och teorier inom beroenden</u>	<u>Lite otydligt</u>	<u>Populationsurval, och SOGS, statistisk analys</u>	<u>Regressionsanalyser, och P värde.</u>	<u>Förslag till framtida forskning, tidigare teorier och egenkritik</u>	<u>41</u>
<u>Welte et al 2004</u>	<u>Innehåller inte alla delar</u>	<u>Tydlig och välskriven</u>	<u>Lite otydligt</u>	<u>Adekvat och möjlig att utföra igen</u>	<u>Frågeställning besvarad, statistisk analys är tydlig</u>	<u>Problemanknytning men ingen egenkritik</u>	<u>36</u>
<u>Johansson et al 2008</u>	<u>Innehåller inte alla delar</u>	<u>Hänvisar till tidigare forskning, välskriven</u>	<u>Otydligt</u>	<u>Stort urval, bortfall redovisas</u>	<u>Statistisk analys med P värden</u>	<u>Problemanknytning, inga felkällor redovisade</u>	<u>37</u>
<u>Ladouceur et al 1999</u>	<u>Innehåller samtliga delar men lite otydligt</u>	<u>Knapphändig men relaterar till tidigare forskning</u>	<u>Otydligt</u>	<u>Stort urval, nämner ej bortfall</u>	<u>P värde finns, statistisk analys men lite otydlig</u>	<u>Otydlig diskussion, lite egenkritik</u>	<u>32</u>
<u>Lund 2009</u>	<u>Syfte, metod och resultat redovisas</u>	<u>Hänvisar till tidigare forskning</u>	<u>Väl angivet</u>	<u>Stort urval, väl definierad metod</u>	<u>Frågeställning besvaras, statistisk analys</u>	<u>Problemanknytning, egenkritik och anknytning till bakgrund</u>	<u>46</u>