

Behandling av spelmissbruk och spelberoende

Kunskapsstöd med rekommendationer till
hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN 978-91-7555-479-2

Artikelnummer 2018-12-5

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2018

Förord

Socialstyrelsen presenterar i detta kunskapsstöd sex rekommendationer som gäller stöd, vård och behandling av personer med spelmissbruk eller spelberoende om pengar. Syftet med rekommendationerna är att de ska leda till en mer jämlik vård och omsorg, som är baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Kunskapsstödet bidrar till genomförandet av delmål 3.5 i FN:s Agenda 2030 som innebär att insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholmissbruk ska stärkas. Socialstyrelsen gör bedömningen att även spelmissbruk eller spelberoende om pengar har koppling till delmålet 3.5. Problemspelande, spelmissbruk eller spelberoende är också ett hälsoproblem som är vanligt bland redan utsatta grupper såsom personer med psykisk ohälsa, substansberoende samt ekonomisk utsatthet. Det är därför nödvändigt att även se behandling av spelmissbruk och spelberoende som en integrerad del av vården och omsorgen för att främja psykisk hälsa och välbefinnande (delmål 3.4) och för att minska fattigdom (mål 1).

Kunskapsstödet vänder sig till professionella inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten i olika verksamheter som möter, utreder och ger vård och behandling till personer med spelproblem, spelmissbruk eller spelberoende. Rekommendationerna är avsedda att användas också av dem som tar fram vårdprogram och andra styrdokument för behandling av missbruk eller beroende av spel om pengar. Det riktar sig även till personal som möter personer med annat substansmissbruk eller annan psykiatrisk diagnos samt till personal inom socialtjänsten som möter skuldsatta personer, vars skulder kan vara relaterade till spelmissbruk eller spelberoende.

Till kunskapsstödet finns en metodbilaga, *Kunskapsunderlag med metodbeskrivning*, som mer ingående beskriver kunskapsunderlaget samt hur myndigheten gått tillväga i arbetet. Bilagan är publicerad på Socialstyrelsens webbplats.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunskande har deltagit i arbetet.

Malin Bruce har varit projektledare för framtagandet av kunskapsstödet och Christina Höglom har deltagit i arbetet. Sara Johansson har varit ansvarig tf. enhetschef.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Kunskapsstödet om spel om pengar	9
Om spelmissbruk och spelberoende	9
Problem med spel om pengar – olika benämningar	11
Varför tar Socialstyrelsen fram ett kunskapsstöd om spelmissbruk och spelberoende?	13
Kunskapsstöd med rekommendationer	15
Socialstyrelsens rekommendationer	15
Upptäcka, uppmärksamma, kartlägga, och utreda	16
Behandling vid spelmissbruk och spelberoende	20
Behandling vid samsjuklighet	23
Förväntade konsekvenser av rekommendationerna	24
Kunskapsstöd utan rekommendationer	25
Motiverande samtal i behandlingen	25
Läkemedelsbehandling	26
Involvera närstående i behandlingsåtgärderna	27
Erfarenheter från personer med tidigare spelproblem	29
Huvudmännens ansvar för behandling och stödinsatser	34
Hälsa- och sjukvårdens särskilda ansvar	34
Socialtjänstens särskilda ansvar	35
Samverkan mellan kommuner och landsting	36
Individanpassad och tillgänglig vård	37
Uppföljning	39
Bilaga 1. Projektorganisation	41
Bilaga 2. Kompletterande kunskapsstöd	43
Bilaga 3. Kunskapsunderlag med metodbeskrivning	46
Referenser	47

Sammanfattning

Problem med spel om pengar kan få negativa konsekvenser som fysisk och psykisk ohälsa, sociala problem eller problem med ekonomin. I Sverige beräknas cirka två procent, eller 134 000 personer i åldersgruppen 16–84 år vara problemspelare och ytterligare fyra procent bedöms ha en förhöjd risk för att vara problemspelare. Andelen med allvarliga problem är 0,4 procent, eller cirka 31 000 personer. Tre av fyra personer med spelproblem är män. Problemet är vanligast i åldersgruppen 25–44 år, men andelen personer med risk för spelproblem är störst i åldersgruppen 18–24 år.

I detta kunskapsstöd presenteras rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att ge stöd, vård och behandling vid missbruk eller beroende av spel om pengar.

Vid symtom eller tecken på spelproblem hos personer som söker kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten:

- bör korta frågeformulär användas för att upptäcka, uppmärksamma och identifiera spelproblem.

Vid utredning av spelmissbruk eller spelberoende och som en del i den rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten:

- bör använda bedömningsinstrument
- kan använda speldagbok för att få information om personens spelmönster.

Vid spelmissbruk eller spelberoende om pengar rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten:

- bör erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT) med inriktning spel om pengar
- bör erbjuda kombinationen KBT med inriktning spel om pengar och motiverande samtal (MI) till personer som har särskilt behov av motivationshöjande insats.

Vid spelmissbruk eller spelberoende och samtidigt substansmissbruk eller substansberoende och/eller annan psykiatrisk diagnos, behöver hälso- och sjukvården och socialtjänsten uppmärksamma båda tillstånden.

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten:

- bör erbjuda KBT med inriktning spel om pengar till personer med missbruk eller beroende av spel om pengar och samtidigt missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel
- bör erbjuda KBT med inriktning spel om pengar till personer med missbruk eller beroende av spel om pengar och en samtidig annan psykiatrisk diagnos.

Kunskapsläget för läkemedelsbehandling vid spelmissbruk och spelberoende beskrivs i kunskapsstödet. Likaså beskrivs MI och betydelsen av att hälso- och sjukvården och socialtjänsten involverar närstående till personer med

spelmissbruk eller spelberoende i behandlingen. Avslutningsvis redogörs för gällande lagstiftning, kommunernas och landstingens ansvar och samverkan inom spelmissbruks- och spelberoendområdet.

Inledning

Kunskapsstödet om spel om pengar

Syftet med detta kunskapsstöd är att ge professioner som möter och behandlar personer med problemspelande och spelmissbruk eller spelberoende av spel om pengar ett stöd i det praktiska och kliniska arbetet. Kunskapsstödet är framtaget mot bakgrund av de lagändringar som skett i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Området ingår inte i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende, men rekommendationerna i föreliggande kunskapsstöd har samma status som rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Mål med arbetet

Målet med kunskapsstödet är att ge hälso- och sjukvården och socialtjänsten ett specifikt stöd vid identifiering, utredning och vård och behandling av personer med spelmissbruk eller spelberoende om pengar.

Ett annat mål är att professionerna i de verksamheter som möter personer med spelmissbruk eller spelberoende får ökad förståelse och kunskap om olika stöd- och behandlingsinsatser.

Målet är vidare att kunskapsstödet ska bidra till en god vård och omsorg för personer med spelmissbruk eller spelberoende. Det ska också bidra till och stödja utvecklingen av samverkan och överenskommelser mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården inom området.

Användning och mottagare

Detta kunskapsstöd med rekommendationer vänder sig till professionella inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i olika verksamheter som möter, utreder och ger vård och behandling till personer som har spelproblem, spelmissbruk eller spelberoende om pengar.

Rekommendationerna kan även användas som underlag för lokala och regionala rutiner och vårdprogram.

Om spelmissbruk och spelberoende

Problemet omfattning

Spelproblem, inklusive spelmissbruk och spelberoende, är idag ett folkhälso- problem i Sverige. Att ha spelproblem innebär att ha svårt att kontrollera sitt spelande trots uppenbara negativa konsekvenser för ekonomi, välbefinnande och relationer.

Cirka två procent, eller 134 000 personer i åldersgruppen 16–84 år beräknas vara problemspelare och ytterligare fyra procent bedöms ha en förhöjd risk för att vara problemspelare. Andelen med allvarliga problem är 0,4 procent, eller cirka 31 000 personer. Tre av fyra personer med spelproblem är män.

Problemet är vanligast i åldersgruppen 25–44 år, men andelen personer med risk för spelproblem är störst i åldersgruppen 18–24 år.

Cirka åtta procent av Sveriges befolkning uppger att de har en närstående som har eller har haft spelproblem. Totalt bor 171 000 personer tillsammans med någon som har spelproblem, varav 82 000 är barn [1].

Spelproblem i olika grupper

Spelproblem finns i alla delar av samhället, men är mindre vanligt bland personer med hög utbildning och bland höginkomsttagare [2]. Unga personer och ensamstående spelar för mindre pengar än andra grupper, men får mer problem. Personer som inte har stabila och trygga levnadsförhållanden löper en större risk att utveckla spelproblem. Det finns ett samband mellan riskabla spelvanor, låg socioekonomisk status, att tillhöra en etnisk minoritet och föräldrarnas spelvanor [3].

Skillnader mellan kvinnor och män

Män har spelproblem i större omfattning än kvinnor och spelar generellt oftare, för högre insatser och i fler och mer riskfyllda miljöer än kvinnor. Kvinnor och män förefaller dock utveckla spelproblem i lika stor utsträckning om de har samma spelbeteende [4]. Kvinnor förefaller utveckla spelproblem senare i livet och spelproblemen utvecklas under ett snabbare förlopp än för män [5, 6].

Unga riskerar att utveckla spelproblem trots att de inte får spela om pengar före 18 års ålder. Andelen unga problemspelare är jämförbar med andelen vuxna problemspelare. Spelproblem är betydligt vanligare bland unga män än bland unga kvinnor [7].

Likheter och skillnader mellan spelproblem och problem med alkohol och droger

Spelproblem förknippas med nedsatt psykisk och fysisk hälsa och allvarliga ekonomiska problem för såväl den som spelar som för närstående. Spelproblem liknar missbruk och beroende av alkohol och narkotika och kan ge upphov till liknande konsekvenser, men det finns också väsentliga skillnader. Framförallt är de ekonomiska problemen i allmänhet mer markanta. Diagnostikriterierna för spelberoende och andra beroenden är liknande, men spelproblem kännetecknas även av jakten att vinna tillbaka pengar och därmed att ställa saker tillrätta. Personer med spelproblem hyser även ofta missvisande föreställningar om sin egen förmåga att förutse och kontrollera spelets utfall [8].

Samsjuklighet

Samsjuklighet är vanligt vid spelproblem. Personer med spelmissbruk eller spelberoende och samtidigt substansmissbruk eller med en samtidig annan psykiatrisk diagnos kan generellt ha sämre hälsa än de som enbart har spelmissbruk [9]. Att ha en samsjuklighet innebär att personen själv både kan ha svårt att motivera sig till att vidta åtgärder mot sitt spelmissbruk och bristande sjukdomsinsikt.

Flera studier visar ett starkt samband mellan spelproblem och en högre konsumtion av alkohol, narkotika och tobak. Det finns också ett starkt samband mellan spelproblem och andra typer av beroenden. Det verkar som att de som har spelproblem konsumerar mer alkohol, tobak och narkotika, men även att det omvända förhållandet gäller, att personer som konsumerar alkohol, narkotika och tobak löper större risk att få spelproblem [2].

Flera studier visar dessutom att personer med spelberoende har upp till tre gånger så hög risk att ha en depression samt tre gånger så hög risk att ha ångestsyndrom [7, 10, 11]. Det är dock inte klarlagt hur orsakssambanden ser ut, om spelberoende orsakar ångest och depression eller tvärtom.

Flera studier har identifierat impulsivitet som ett mycket vanligt förekommande drag hos personer med spelproblem [12, 13]. Impulsivitet är även kännetecknande för ADHD¹ och det finns ett samband mellan ADHD och spelproblem. ADHD innebär en större risk för spelproblem och bland personer med spelproblem är ADHD överrepresenterat [14]. Även antisocial personlighetsstörning och tvångssyndrom har i flera undersökningar visat sig vara samsjukligt med spelproblem [15, 16].

Det finns inga svenska studier om samband mellan spelproblem och suicidalitet, men internationella studier har visat att personer med spelproblem betydligt oftare har suicidtankar, oftare har suicidplaner och oftare försöker ta livet av sig än andra [17-20]. Det är värt att notera att det även är mer förekommande än vid andra typer av beroenden. Personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver därför vara observant på att exempelvis ångest och depression vid ett substansmissbruk eller psykiatrisk diagnos kan vara uttryck för ett samtidigt spelmissbruk eller spelberoende.

Självläkning och återfall

Det finns en stor rörlighet in i och ut ur spelproblem samtidigt som andelen med spelproblem i befolkningen är oförändrad. Detta kan förstås som att relativt många personer med spelproblem självläker men att återfall sker och att nya problemspelare tillkommer hela tiden. Av 100 000 nya problemspelare som identifierades i befolkningsundersökningen Swelogs 2009/2010 hade ungefär 80 000 av dem inte haft problem med sitt spelande året innan. De resterande 20 000 hade haft spelproblem tidigare i livet och var därmed återfall [2].

Problem med spel om pengar – olika benämningar

Det finns olika benämningar på problem med spel om pengar: spelproblem, spelberoende, spelmissbruk, spelmani, problemspelare eller hasardspelsyndrom. Detta beror på att de delvis avser olika saker, men också på att begreppen används olika beroende på sammanhang. Gemensamt för begreppen är att de handlar om ett tillstånd där individen har svårt att kontrollera sitt spelande om pengar, trots uppenbara negativa konsekvenser.

¹ *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD)

Spelproblem är en term som ofta används i forskningssammanhang för att beteckna när spelaren har bristande kontroll över sitt spelande och när spelandet ger upphov till påtagliga negativa konsekvenser. Spelproblem är ingen psykiatrisk diagnos utan ett allmänt begrepp som kan antas innefatta både de som uppfyller kriterierna för hasardspelssyndrom (se nedan) och personer med mindre omfattande problem [21].

Problemspelande. Begreppet används ofta i rapporter som baserar sig på befolkningsstudier från t.ex. Folkhälsomyndigheten. Kategorin problemspelare består av två delar: de som bedöms ha spelproblem och de som anses ha en moderat risk för att ha spelproblem.

Spelmissbruk. Termen används ofta för att beskriva negativa konsekvenser av spel, men saknar formell definition. Traditionellt sett har termen *missbruk* syftat på de negativa sociala konsekvenserna medan *beroende* har använts för att beskriva biologiska och medicinska aspekter [21].

Spelberoende. *Hasardspelsyndrom* är den kliniska diagnosen i den psykiatriska diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5) [22] och avser i allmänhet den grupp som har allra störst problem på grund av sitt spelande. Hasardspelssyndrom ingår i kapitlet Substansbrukssyndrom och består av nio diagnoskriterier, varav fyra måste vara uppfyllda för att hasardspelssyndrom ska föreligga (se Tabell 1).

Tabell 1. Diagnoskriterier DSM-5

Hasardspelsyndrom 312.31

- A. Ihållande och återkommande problematiskt spelbeteende som leder till kliniskt signifikant lidande eller funktionsnedsättning som tar sig uttryck på fyra (eller fler) av följande sätt under en 12-månadersperiod:
1. **Upptagenhet.** Tänker ständigt på spel, till exempel är upptagen av att tänka på tidigare spelupplevelser, av att planera nästa speltillfälle eller av att fundera över hur man kan skaffa pengar att spela med.
 2. **Tolerans.** Behöver spela med allt större summor för att uppnå den önskade spänningseffekten.
 3. **Kontrollförlust.** Har flera gånger misslyckats med att kontrollera, begränsa eller sluta upp med sitt spelande.
 4. **Abstinens.** Blir rastlös eller irriterad vid försök att begränsa eller sluta upp med sitt spelande.
 5. **Flykt.** Spelar för att slippa tänka på sina problem eller för att söka lättnad från nedstämdhet, till exempel hjälplöshetskänslor, skuld, ångest, depression.
 6. **Jagar förluster.** Återvänder en annan dag för att vinna tillbaka bortspelade pengar.
 7. **Lögner.** Ljuger för anhöriga, terapeuter eller andra personer för att dölja vidden av sitt spelande.
 8. **Sociala konsekvenser.** Har äventyrat eller förlorat någon viktig personlig relation, anställning, utbildnings- eller karriärmöjlighet på grund av sitt spelande.
 9. **Ekonomiskt beroende.** Förlitar sig på att andra kan ordna fram pengar för att lösa en ekonomisk krissituation som uppstått på grund av spelandet.
- B. Spelbeteendet förklaras inte bättre av en manisk episod.

Inom hälso- och sjukvården används i hög grad WHO:s klassifikationssystem ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) för att klassificera och koda tillstånd och sjukdomar. I ICD-10 finns diagnosen *spelberoende* med koden F63.0 (se Tabell 2). Spel om pengar har även en klassifikation under Z72 som *Problem som har samband med livsstil*. Koderna i ICD-10 används för att en uppgift om diagnos ska registreras i Socialstyrelsens register.

Tabell 2. Diagnosbeskrivning ICD-10

Spelberoende F63.0

Karaktiseras av frekventa och upprepade spelepisoder som dominerar patientens liv på bekostnad av sociala, arbetsmässiga eller familjemässiga förpliktelser.

Utesluter: Spel och vadslagning UNS (Z72.6) Spel vid antisocial personlighet (F60.2) Överdrivet spelande hos maniska patienter (F30.-).

I kunskapsstödet använder Socialstyrelsen begreppen spelmissbruk och spelberoende förutom där bedömningsinstrument beskrivs, eftersom spelproblem är en mer rättvis benämning innan en person har identifierats ha så allvarliga problem att det kan diagnosticeras som spelberoende eller benämnas spelmissbruk. I avsnittet om erfarenheter från personer med tidigare spelproblem använder myndigheten också det begreppet, då det handlar om personer som har intervjuats i en kamrattstödande ideell förening och där myndigheten inte har någon kännedom om svårighetsgraden av personernas spelproblem.

Varför tar Socialstyrelsen fram ett kunskapsstöd om spelmissbruk och spelberoende?

Kunskapsstödet är framtaget utifrån Socialstyrelsens uppdrag från regeringen (S2015/05769/FST), som innebar att myndigheten skulle utarbeta specifika rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten för stöd och behandling till personer med missbruk och beroende av spel om pengar. Bakgrunden är de ändringar som trädde i kraft den 1 januari 2018 i SoL och HSL. Lagändringarna medför ett utvidgat ansvar för socialtjänsten att förebygga, motverka och bistå med insatser vid spelmissbruk. För hälso- och sjukvården innebär lagändringen en skyldighet att särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om en vuxen som barnet bor tillsammans med har ett missbruk av spel om pengar. Lagändringen innebär också att kommun och landsting ska ingå överenskommelser om samverkan kring personer som missbrukar spel om pengar.

Ramar för arbetet med kunskapsstödet

Kunskapsområdet som rör utredning, vård och behandling av spelmissbruk och spelberoende är förhållandevis ungt både som behandlings- och forskningsområde. Det saknas delvis vetenskapliga studier med tillräcklig relevans och kvalitet för att nyttan av insatserna ska kunna bedömas enbart utifrån forskningsbaserad kunskap. I arbetet har myndigheten därför utgått både från bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap och från behandlares erfarenhetsbaserade kunskap.

Där både det vetenskapliga underlaget och behandlares erfarenheter om behandlingsåtgärder har varit begränsade har myndigheten inte kunnat ta fram rekommendationer. Dessa områden beskrivs i ett separat kapitel i kunskapsstödet, Kunskapsstöd utan rekommendationer. Kunskapsstödet i sin helhet baseras på det rådande kunskapsläget, och kan komma att förändras i takt med att forskningsområdet och erfarenheterna utvecklas inom området.

Genomförande och arbetsgrupper

Kunskapsstödet har tagits fram med hjälp av två olika arbetsgrupper: en arbetsgrupp bestående av vetenskapliga experter, samt en rekommendationsgrupp bestående av experter med behandlingserfarenhet. Erfarenhetsbaserad kunskap om de aktuella åtgärderna har även inhämtats från en konsensuspanel bestående av närmare 30 behandlare från socialtjänsten, den specialiserade hälso- och sjukvården samt primärvården.

Under konsensusprocessen har panelen fått ta ställning till olika påståenden om balansen mellan patient- och klientnytta och eventuella negativa konsekvenser av de föreslagna åtgärderna vid de aktuella hälsotillstånden. Panelen har uttalat sig utifrån sina erfarenheter av kliniskt och praktiskt arbete med de aktuella patienterna och klienterna. Som stöd i deras bedömning fanns den systematiska litteraturöversikten om behandlingsmetoder vid problemspelande, missbruk eller beroende av spel om pengar som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) genomförde under 2016 [7] och den kartläggning av vetenskapliga studier som genomfördes av experterna i arbetsgruppen i samarbete med myndigheten. Konsensus har bedömts föreligga i de fall majoriteten av behandlarna i konsensuspanelen har instämt i att patient- och klientnyttan överväger eventuella negativa konsekvenser.

Rekommendationsgruppens uppgift har varit att utifrån bästa tillgängliga kunskap om åtgärdernas nytta och eventuella risker för målgruppen (det vetenskapliga underlaget och konsensuspanelens beprövade erfarenhet), i en systematisk process slå fast och motivera rekommendationerna i kunskapsstödet. Det finns således konsensus om att de åtgärder som föreslås medför övervägande positiva konsekvenser för patienter och klienter med ett spelberoende eller ett spelmissbruk, även om det vetenskapliga underlaget är otillräckligt och myndigheten inte kan uttala sig om hur stora effekterna är.

Läsanvisning

I det följande kapitlet ges rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten om identifiering, utredning, vård och behandling vid missbruk eller beroende av spel om pengar. Efterföljande kapitel beskriver ytterligare områden, utan rekommendationer, som är viktiga för behandlare att ha kunskap om, som att arbeta motiverande med MI, att involvera närstående i behandlingen, läkemedel vid spelberoende eller att ge stöd till barn som är anhöriga. Kapitlet avslutas med ett avsnitt med synpunkter på och erfarenheter av behandling från personer som tidigare haft spelproblem eller är närstående, med syfte att ge deras perspektiv och deras råd till behandlare.

Kunskapsstödet avslutas med ett kapitel om landstingens och kommunernas ansvar och samverkan kring behandling och stödinsatser.

Kunskapsstöd med rekommendationer

Socialstyrelsens rekommendationer

Om rekommendationerna

Socialstyrelsen anger i kommande avsnitt sex rekommendationer. De är *bör-* och *kan-* rekommendationer. Detta innebär att de är rekommendationer för åtgärder som hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör och kan erbjuda till personer med spelproblem, spelmissbruk eller spelberoende. Fem rekommendationer är *bör-rekommendationer*, vilket betyder att de är starkt positiva. Innebörden av det är att de flesta personer med spelmissbruk och spelberoende bör erbjudas åtgärden. En rekommendation är en *kan-rekommendation* och innebär att personer med missbruk eller beroende av spel om pengar kan erbjudas åtgärden under vissa förutsättningar.

Det finns relativt lite forskning inom området som håller god kvalitet. Om kunskapsstödet enbart skulle vila på de forskningsstudier som ingår i det vetenskapliga underlaget skulle det vara svårt att ge några rekommendationer. Rekommendationernas åtgärder baseras på befintligt vetenskapligt stöd där det finns, för andra rekommendationer har erfarenhetsbaserad kunskap från konsensuspanelen varit grunden.

Socialstyrelsen har utformat de tre första rekommendationerna som behandlar åtgärder för att upptäcka och identifiera spelproblem, spelmissbruk eller spelberoende utifrån konsensuspanelens bedömning. Även den sjätte och sista rekommendationen, om att behandla spelmissbruk eller spelberoende vid samsjuklighet baseras på konsensuspanelens bedömning.

Rekommendationerna fyra och fem, om åtgärder för att behandla spelmissbruk eller spelberoende, baseras på resultatet av SBU:s systematiska litteraturoversikt. Konsensuspanelens deltagare bedömning vägdes också in.

Vid formulering av rekommendationerna har Socialstyrelsen tagit hänsyn till bästa tillgängliga kunskap om önskade och oönskade konsekvenser av åtgärden samt balansen mellan dem, för den aktuella patient- och klientgruppen. Myndigheten har också vägt in åtgärdens påverkan på jämlikhet i hälsa och lika villkor och åtgärdens påverkan på patientens eller klientens möjlighet till självbestämmande och delaktighet. De olika åtgärdernas kostnadseffektivitet har i den mån det funnits underlag beaktats, men generellt saknas studier om kostnadseffektivitet för behandlingsåtgärder vid missbruk eller beroende av spel om pengar.

Vid varje avsnitt av rekommendationer finns en kort text som beskriver åtgärden eller åtgärderna och dess syfte. Under rubriken *Motivering till rekommendationerna* beskriver vi vad som varit avgörande för respektive rekommendation. I bilagan *Kunskapsunderlag med metodbeskrivning*, som kan hämtas på Socialstyrelsens webbplats, beskriver myndigheten mer detaljerat hur rekommendationerna har tagits fram.

Rekommendationerna om behandling vid spelmissbruk och spelberoende om pengar baseras på SBU:s systematiska litteraturöversikt och konsensuspanelens erfarenheter av nytta med åtgärden.

Socialstyrelsen bedömer också att de eventuella oönskade konsekvenserna som en åtgärd kan medföra är acceptabla för de flesta personer med spelmissbruk eller spelberoende i förhållande till de förväntade önskade konsekvenserna. Rekommendationerna som berör personer med spelmissbruk eller spelberoende är relevanta från första kontakt med att identifiera spelproblem till behandling av återfall.

Rekommendationerna är hållna på en mer övergripande nivå och syftar till att ge vägledning för beslut på gruppnivå. I det enskilda mötet mellan profession och patient eller klient behöver rekommendationerna anpassas till individens särskilda behov, förutsättningar och önskemål i den verksamhet där mötet sker. Kompetens hos behandlare om missbruk och beroende, bedömningsinstrument, motiverande förhållningssätt och KBT med inriktning spel är en förutsättning för gott resultat.

Frågan om den juridiska ansvarsfördelningen mellan huvudmännen är inte föremål för rekommendationer i kunskapsstödet. Rekommendationerna riktar sig till både hälso- och sjukvården och socialtjänsten och anger inte vilken huvudman som bör eller kan utföra de olika rekommenderade åtgärderna. Även om vissa av rekommendationerna berör åtgärder som mer tydligt hör till en av huvudmännen kräver de flesta rekommendationerna att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar. Enligt HSL och SoL är också landsting och kommun skyldiga att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar spel om pengar (16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL).

Upptäcka, uppmärksamma, kartlägga, och utreda

Rekommendationerna i detta avsnitt handlar om att använda bedömningsinstrument som en del i kartläggningen och utredningen av om en person har spelproblem. Rekommendationerna gäller för verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med personer som kan ha symtom på ett problemspelande med ett bakomliggande spelmissbruk eller spelberoende.

Åtgärden att använda korta frågeformulär syftar till att identifiera personer med möjliga spelproblem, så att de kan bli hänvisade till utredning. Åtgärden att använda bedömningsinstrument syftar till att fungera som underlag och en del i en utredning av spelmissbruk eller spelberoende.

Åtgärden att använda speldagbok syftar till att tydliggöra spelmönstret hos personen och detta kan användas vid fortsatt utredning och under behandlingen av både personen själv och som stöd till professionen.

Syftet med de tre åtgärderna är i förlängningen att de ska minska onödigt lidande bland personer med missbruk eller beroende av spel om pengar, att insatser, stöd och behandling ges och sätts i gång snabbt och därmed minska de negativa konsekvenserna som missbruket eller beroendet kan medföra.

Korta frågeformulär för att upptäcka och uppmärksamma spelproblem

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- använda korta frågeformulär för att upptäcka och uppmärksamma spelproblem.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda korta frågeformulär för att upptäcka och uppmärksamma spelproblem. Detta ökar möjligheten att fler personer kan erbjudas hjälp och stöd för sitt spelproblem. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bedöms medföra övervägande positiva konsekvenser för personer med spelmissbruk eller spelberoende.

Rekommendationen om att använda korta frågeformulär baseras på konsensuspanelens erfarenheter av nyttan med åtgärden. En majoritet av konsensuspanelens deltagare instämmer i patient- eller klientnyttan av att använda korta frågeformulär för att upptäcka och uppmärksamma eventuella spelproblem.

Att använda korta frågeformulär

Korta frågeformulär med två till fyra frågor kan användas för att upptäcka eller utesluta olika typer av problematik. Formulären består i regel av ett urval av frågor tagna från längre formulär. Syftet med de korta formulären är att det räcker med att personen svarar jakande på en av frågorna för att indikera spelproblem.

NODS-PERC är ett kort frågeformulär, som är framtaget från det längre bedömningsinstrumentet National Opinion Research Center DSM-IV for Gambling (NODS). NODS-PERC består av fyra frågor med syftet att indikera spelproblem som innebär fortsatt utredning. Formuläret är framtaget med fokus på DSM-IV-kriterierna upptagenhet, flykt, jaga förluster och sociala konsekvenser. NODS-PERC har visat positiva resultat när det gäller att upptäcka spelproblem och att korrekt identifiera personer med spelproblem. I Sverige har NODS-PERC använts i en studie för att upptäcka spelproblem bland patienter inom primärvården och i en studie för att upptäcka spelproblem bland klienter inom socialtjänsten [23, 24].

NODS-CLiP består av tre frågor tagna från NODS, som tar upp DSM-IV-kriterierna upptagenhet, misslyckade försök att sluta spela och lögner för familj och vänner. Vid en jämförelse med NODS-PERC och med klinikerskattning som utgick från DSM-IV visade sig NODS-CLiP överskatta förekomsten av spelproblem [25].

Lie/Bet questionnaire består av två frågor som handlar om de två DSM-IV kriterierna lögner om spelandets omfattning för vänner och familj samt ett behov av ökade insatser för att nå samma tillfredsställelse [26]. Även Lie/Bet överskattar i allmänhet förekomsten av spelproblem.

Patienten eller klienten fyller ofta i svaren i de korta frågeformulären själv. Svaren genererar sammanfattande poäng som tolkas utifrån anvisningar till instrumentet. Om patienten eller klienten svarat ja på någon av frågorna i de korta frågeformulären är det lämpligt att gå vidare med frågorna i något av de längre frågeformulären.

Bedömningsinstrument vid utredning av spelmissbruk eller spelberoende

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- använda bedömningsinstrument vid utredning av missbruk eller beroende av spel om pengar.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda bedömningsinstrument, som en del i utredningen av personens spelproblematik. Åtgärden att använda bedömningsinstrumentet ökar möjligheten att personer får adekvat stöd och hjälp för sitt spelmissbruk eller spelberoende. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bedöms medföra övervägande positiva konsekvenser för personen.

Rekommendationen om att använda bedömningsinstrument baseras på konsensuspanelens bedömning av nyttan med åtgärden. En majoritet av konsensuspanelens deltagare instämmer i patient- eller klientnyttan av att använda bedömningsinstrument vid utredning av spelmissbruk och spelberoende.

Att använda bedömningsinstrument

Det finns flera bedömningsinstrument som är översatta till svenska och används såväl i befolkningsstudier som i klinisk verksamhet. NODS är det bedömningsinstrument som i Sverige främst använts kliniskt och praktiskt i vård- och behandlingssammanhang. NODS består av 17 frågor och mäter svårighetsgraden utifrån kategorierna riskabla spelvanor, spelproblem samt spelmissbruk eller spelberoende. NODS finns i tre versioner som mäter spelet under tidsrymden livstid, senaste året respektive senaste 30 dagarna. NODS har fått kritik för att inte upptäcka alla med spelmissbruk eller spelberoende, men är bra på att utesluta personer som inte är problemspelare [27].

Problem and Pathological Gambling Measure (PPGM) består av 14 frågor och mäter graden av spelproblem utifrån kategorierna patologiskt spelare, problemspelare och riskspelare under det senaste året. PPGM har använts i befolkningsstudier och har visat hög precision i att både identifiera personer med spelproblem och att utesluta personer utan spelproblem [28].

Problem Gambling Severity Index (PGSI) består av nio frågor och mäter förekomsten av spelproblem utifrån kategorierna spelproblem, förhöjd risk för spelproblem och viss risk för spelproblem under det senaste året [29]. PGSI har använts i befolkningsstudien Swelogs som Folkhälsomyndigheten ansvarar för.

Addiction Severity Index (ASI) används vid kartläggning och bedömning av substansmissbruk och substansberoende. Till ASI finns ett särskilt formulär, ASI Spel, för kartläggning och bedömning av spelproblem.² Frågorna i ASI Spel omfattar spelandets historik och dess konsekvenser, samt graden av hjälpbehov. ASI Spel i kombination med ASI Grund kan användas när det finns ett spelmissbruk eller spelberoende och samtidigt substansmissbruk eller beroende. Vid enbart spelmissbruk eller spelberoende kan något av bedömningsinstrumenten för spel kombineras med ASI Spel för att ta reda på vilka spel som förekommer och hur länge problemet har funnits. Uppföljning av insatser och fortsatta hjälpbehov kan ske med formuläret ASI Spel Uppföljning.

Bedömningsinstrument - en del i en utredning

Enbart bedömningsinstrument kan inte utgöra underlag för hälso- och sjukvårdens diagnostisering av spelberoende utan behöver kompletteras med vidare utredning. Likaså behöver bedömningsinstrument kombineras med social utredning för att kunna utgöra underlag för socialtjänstens bedömning och beslut om insatser.

Bedömningsinstrument utgör ett viktigt underlag i kontakten med patienten eller klienten i samband med utredning och i den tidiga behandlingsplaneringen. De kan användas för att välja åtgärder på rätt nivå, men också för att följa upp utfallet av de åtgärder som klienten eller patienten har fått.

Eftersom samsjukligheten är hög bland personer med spelmissbruk eller spelberoende kan det vara viktigt att i samband med att det ställs frågor om spelproblem även ställs frågor om användningen av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel. Likaså att det ställs frågor om psykisk ohälsa inklusive suicidala tankar eller frågor om andra livsomständigheter som kan relateras till spelandet. Verksamheter som arbetar med att identifiera och kartlägga andra missbruks- och psykosociala problem kan lägga till korta frågor om spelvanor till andra befintliga bedömningsinstrument.

Återkoppla resultaten från frågeformulären och bedömningsinstrumenten

Det är viktigt att resultaten eller bedömningen av om en person har spelproblem återkopplas till honom eller henne på ett respektfullt, icke-dömande och icke-konfrontativt sätt. För vissa personer kan det vara första gången de pratar om sitt spelande och sina spelproblem och för andra kan tidigare samtal om spel och spelproblem ha varit präglade av konflikt och förnekanden. Det har därför betydelse att resultatet presenteras på ett neutralt sätt och att personen får möjlighet att uttrycka sina egna tankar om resultatet.

² Grundfrågorna i ASI-spel är utformade efter en amerikansk förlaga (ASI-G), som är validerad för att mäta allvarlighetsgraden av spelproblem i grupperna frekventa spelare, spelberoende i öppenvård, spelberoende i behandlingsstudie samt spelberoende vid samtidigt substansberoende. ASI-spel har utvecklats av Håkansson, A. & Widinghoff, C. Lunds Universitet och Beroendecentrum Malmö (2017).

Speldagbok för att få information om spelmönster

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- använda speldagbok för att få information om spelmönster hos personer med missbruk eller beroende av spel om pengar.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda speldagbok för att uppmärksamma och medvetandegöra personens spelmönster (frekvens och duration). Åtgärden att använda speldagbok i utredning eller i behandling kan bidra till att personen blir medveten om sitt spelbeteende och kan fatta välgrundade beslut om sitt tillstånd. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bedöms medföra övervägande positiva konsekvenser för personen.

Rekommendationen om att använda speldagbok baseras på konsensuspanelens bedömning av nyttan med åtgärden. En majoritet av konsensuspanelens deltagare instämmer i patient- eller klientnyttan av att använda speldagbok i utredning och behandling.

Att använda speldagbok

En speldagbok är i allmänhet en kalender där patienten eller klienten får fylla i vilka dagar och hur mycket han eller hon har spelat för [30]. Speldagbok är en form av självmonitorering som ger överblick över själva spelet. Den kan användas både i form av time-line-follow-back som omfattar spelande senaste månaden och för att dokumentera spelande under en period framåt. Speldagbok ger information till underlag för bedömning och behandlingsplanering samt vid beteendeanalys. Patientens eller klientens beskrivning av spelmönster kan få betydelse för den fortsatta behandlingen eller hanteringen av exempelvis ett återfall.

Behandling vid spelmissbruk och spelberoende

Psykologisk och psykosocial behandling

Vid missbruk och beroende av spel om pengar har både den psykologiska och den psykosociala behandlingen ett psykosocialt synsätt och samtalsbehandlingen utgör basen för behandlingen. Psykologisk behandling fokuserar dock mer på intrapsykologiska processer, medan psykosocial behandling fokuserar mer på den sociala situationen och sammanhanget. Psykosocial behandling kan också innefatta åtgärder som exempelvis information, rådgivning, hänvisning och kontakter med närstående [9].

Rekommendationerna i detta avsnitt handlar om att personer med spelmissbruk eller spelberoende erbjuds psykologisk och psykosocial behandling i form av KBT med inriktning spel om pengar och kombinationen KBT med

inriktning spel om pengar och MI. Anledningen till att inte fler behandlingsalternativ inkluderats som till exempel tolvstegsbehandling eller självhjälpsgrupper är att det inte finns vetenskapliga studier gjorda på området.

Behandlingsåtgärderna som rekommenderas syftar till att spelmissbruket eller spelberoendet ska minska eller upphöra. Syftet är även att minska onödigt lidande bland personer med missbruk eller beroende av spel om pengar, deras närståendes lidande samt att de kan bidra till att minska de negativa konsekvenserna som missbruket eller beroendet kan medföra.

Kognitiv beteendeterapi

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda KBT med inriktning spel om pengar till personer med missbruk eller beroende av spel om pengar.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda KBT med inriktning spel om pengar vid behandling eftersom det finns ett visst vetenskapligt stöd för att åtgärden kan minska spelproblemets allvarlighetsgrad och därmed bidra till ökad livskvalitet för personer med spelmissbruk och spelberoende. Behandlare beskriver också åtgärdens positiva konsekvenser utifrån sin erfarenhetsbaserade kunskap. Avgörande för rekommendationen är att den bedöms medföra övervägande positiva konsekvenser för personen.

Rekommendationen om att erbjuda KBT baseras på resultatet av SBU:s systematiska litteraturöversikt. En majoritet av konsensuspanelens deltagare instämmer i patient- eller klientnyttan av att använda KBT.

Att erbjuda KBT

Åtgärden behöver utformas till en behandling som kombinerar kunskap om spelmissbruk och spelberoende med kunskap om KBT som behandlingsform. KBT med inriktning mot spelmissbruk och spelberoende av spel om pengar syftar till att kartlägga och förändra tankar och beteenden som vidmakthåller missbruket eller beroendet.

Det vetenskapliga underlaget bedöms som begränsat och visar att KBT möjligen kan minska svårighetsgraden av spelproblem, oavsett förmedlingsätt; individuell, grupp, webbaserad eller med telefonstöd [7].

KBT syftar generellt till att underlätta för personer att förstå och hantera problematiska tankar, känslor och beteenden samt att skapa realistiska och funktionella sådana. När KBT används inom missbruks- och beroendevården ingår vanligtvis återfallspreventiva inslag med fokus på missbruket eller beroendet. Tillsammans med behandlaren formulerar personen mål för vad han eller hon vill uppnå i behandlingen och arbetar sedan enligt en fastlagd struktur för att nå dessa mål. I behandlingen ingår metoder såsom kartläggning av tankar, känslor, reaktioner och beteenden. Hemuppgifter är en viktig del i behandlingen, där nya förhållningssätt testas och följs upp. Behandlingen kan

ske individuellt eller i grupp och omfattar vanligtvis mellan åtta och tolv sessioner [2, 31].

Kognitiv beteendeterapi i kombination med motiverande samtal

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda kombinationen KBT med inriktning spel om pengar och MI till personer med missbruk eller beroende av spel om pengar, som har särskilt behov av motivationshöjande insats.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda KBT med inriktning spel om pengar i kombination med MI när personen har särskilt behov av motivationshöjande insats. Detta eftersom det finns ett visst vetenskapligt stöd för att åtgärden kan minska spelproblemets allvarlighetsgrad och därmed bidra till ökad livskvalitet för personer med spelmissbruk och spelberoende. Behandlare beskriver också åtgärdens positiva konsekvenser utifrån sin erfarenhetsbaserade kunskap.

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bedöms medföra övervägande positiva konsekvenser för personer med spelmissbruk eller spelberoende.

Rekommendationen om att erbjuda kombinationen KBT och MI baseras på SBU:s systematiska litteraturöversikt. En majoritet av konsensuspanelens deltagare instämmer i patient- eller klientnyttan av att använda behandlingskombinationen KBT och MI.

Att erbjuda kombinationen KBT och MI

I detta behandlingsstöd används MI som ett tillägg eller en kombination till KBT-behandling med inriktning spel om pengar, eftersom kombinationen i åtgärden kan minska risken för behandlingsbortfall eller återfall. Behovet av åtgärden kan aktualiseras om och när personen tar ett återfall. KBT som behandlingsåtgärd har tidigare beskrivits i rekommendationen om enbart KBT vid spelmissbruk och spelberoende. Därför fokuserar detta avsnitt på MI.

MI är en samtalsmetodik som ursprungligen utvecklades för alkoholproblem, men som används även i annat förändringsarbete. Den innebär samtal som leds av professionella utbildade i metoden och med kunskap om motivation och förändringsbeteende samt utgår från ett icke-konfrontivt arbetsätt. MI kan användas som samtalsmetodik vid kort intervention och som tillägg till psykosocial eller psykologisk behandling [9].

MI syftar till att öka personens egen motivation till beteendeförändring. Genom samtalen görs personen medveten om den bild som han eller hon har av sig själv och sina problem, hur väl den bilden stämmer överens med verkligheten och vilka vägar som finns till förändring [9].

Behandling vid samsjuklighet

Psykologisk och psykosocial behandling

Spelmissbruk eller spelberoende är ofta sammankopplat med andra former av missbruk och beroenden eller annan psykiatrisk diagnos och det finns behov av vägledning om lämplig behandling. Trots att samsjuklighet är vanligt förekommande hos personer med spelmissbruk eller spelberoende är det vetenskapliga underlaget begränsat.

Rekommendationen i detta avsnitt handlar om att erbjuda psykologisk och psykosocial behandling till personer med spelmissbruk eller spelberoende och samsjuklighet. Behandlingsåtgärden som rekommendationen belyser är KBT med inriktning spel om pengar. Åtgärden syftar till att spelmissbruket eller spelberoendet ska minska eller upphöra även vid ett samtidigt annat missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel eller annan psykiatrisk diagnos som exempelvis depression eller ångest. Syftet är även att minska onödigt lidande bland personer med spelmissbruk eller spelberoende om pengar med samtidig samsjuklighet och därmed bidra till att minska de negativa konsekvenserna som spelmissbruket eller spelberoendet kan medföra.

Vid spelmissbruk eller spelberoende och samtidigt substansmissbruk eller substansberoende och/eller annan psykiatrisk diagnos, behöver hälso- och sjukvården och socialtjänsten göra en sedvanlig bedömning och uppmärksamma personens sammanvägda behov. När personen även har suicidala tankar kan den specialiserade psykiatriska vården snabbt behöva involveras.

KBT vid samsjuklighet med annat missbruk eller beroende eller annan psykiatrisk diagnos

Rekommendation

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda KBT med inriktning spel om pengar till personer med missbruk eller beroende av spel om pengar och samtidigt missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel.
- erbjuda KBT med inriktning spel om pengar till personer med missbruk eller beroende av spel om pengar och en samtidig annan psykiatrisk diagnos.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda KBT med inriktning spel om pengar till personen med spelmissbruk eller spelberoende och ett samtidigt missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel eller annan psykiatrisk diagnos. Det finns viss erfarenhet hos behandlare av åtgärdens positiva konsekvenser. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden bedöms medföra övervägande positiva konsekvenser för personer med spelmissbruk eller spelberoende och samsjuklighet.

Rekommendationen om att erbjuda KBT med inriktning spel om pengar vid spelmissbruk eller spelberoende och samtidigt substansmissbruk eller substansberoende och/eller annan psykiatrisk diagnos baseras på konsensuspanelens bedömning av patient- eller klientnyttan med åtgärden.

Att erbjuda KBT vid spelmissbruk eller spelberoende och samjuklighet

Åtgärden att behandla med KBT med inriktning spel om pengar syftar till att ge personer kunskap, verktyg och stöd för att minska spelandet eller för att sluta spela. Behandlare behöver vara lyhörda för personens önskemål och förutsättningar att delta i åtgärden utifrån den särskilda problematik som samsjukligheten medför. Det finns inget stöd för att behandling företrädesvis bör ske individuellt eller i grupp, utan behandlaren tillsammans med personen bedömer vilken form som är lämpligast.

KBT syftar generellt till att underlätta för personer att förstå och hantera problematiska tankar, känslor och beteenden samt att skapa realistiska och funktionella sådana. När KBT används inom missbruks- och beroendevård ingår vanligtvis återfallspreventiva inslag med fokus på missbruket eller beroendet. Tillsammans med behandlaren formulerar personen mål för vad han eller hon vill uppnå i behandlingen och arbetar sedan enligt en fastlagd struktur för att nå dessa mål. I behandlingen ingår metoder såsom kartläggning av tankar, känslor, reaktioner och beteenden samt exponering. Hemuppgifter är en viktig del i behandlingen, där nya förhållningssätt testas och följs upp [31].

Förväntade konsekvenser av rekommendationerna

Socialstyrelsen bedömer att den förändrade lagstiftningen och de nya rekommendationerna kommer medföra att fler personer med spelmissbruk eller spelberoende söker kontakt med socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och att fler personer med identifierat spelmissbruk eller spelberoende kommer att erbjudas stöd och behandling.

Socialstyrelsen bedömer också att det kommer att finnas behov av utbildningsinsatser och ökad kompetens hos personal inom såväl kommun som landsting. Även om spelberoende redan tidigare har legat inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde har endast ett fåtal landsting erbjudit specifik behandling för spelberoende. Det ställs nu också lagreglerade krav på överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting i frågor som rör personer med spelmissbruk.

Sammantaget gör Socialstyrelsen bedömningen att den nya lagstiftningen och rekommendationerna initialt kommer att medföra ökade kostnader för vård och behandling i kommuner och landsting, men att ett mer effektivt utbud av stöd och behandling på sikt kan innebära sänkta kostnader, tack vare färre återfall och färre eller lindrigare komplikationer. Ett effektivt utbud av stöd och behandling kommer sannolikt också att innebära att kostnader för olika fysiska, psykiska och sociala konsekvenser av missbruk och beroende minskar även inom andra delar av samhället (se Bilaga 3, avsnitt *Ekonomiska konsekvenser av spelmissbruk och spelberoende*).

Kunskapsstöd utan rekommendationer

Socialstyrelsen har i kunskapsstödet utgått från bästa tillgängliga kunskap. Då både det vetenskapliga underlaget för behandling vid spelmissbruk och spelberoende och erfarenheten hos behandlare är begränsad har myndigheten inte kunnat ta fram rekommendationer för de områden som beskrivs i följande kapitel. I takt med att forskningsfältet och behandlares erfarenheter ökar kommer kunskapen inom området att utvecklas, vilket kan komma att påverka innehållet i kunskapsstödet.

Följande områden bedöms dock vara relevanta för personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten att ha kunskap om för att kunna ge stöd, vård och behandling till personer med spelmissbruk eller spelberoende.

Kapitlet avslutas med ett avsnitt där personer med tidigare spelproblem och närstående fått beskriva sina erfarenheter och synpunkter på hur det är att få stöd och behandling vid spelmissbruk och spelberoende.

Motiverande samtal i behandlingen

MI är en samtalsmetodik som ursprungligen utvecklades för alkoholproblem, men som används även för spelmissbruk och spelberoende. Den innebär samtal som leds av professionella utbildade i metoden och med kunskap om motivation och förändringsbeteende samt utgår från ett icke-konfrontivt arbetsätt.

MI syftar till att öka personens egen motivation till beteendeförändring. Genom samtalen görs personen medveten om den bild som han eller hon har av sig själv och sina problem, hur väl den bilden stämmer överens med verkligheten och vilka vägar som finns till förändring [9]. MI kan användas som samtalsmetodik vid kort intervention och som tillägg till psykologisk och psykosocial behandling. Behandlarens roll är att hjälpa patienten eller klienten att formulera en egen förståelse av sitt spelproblem, formulera egna argument för förändring, och att stärka dennes beslut och åtagande att genomföra förändringen.

Den systematiska litteraturöversikten av SBU för utvärdering av effekt av att behandla beroende av spel om pengar med MI visade att behandlingen troligen inte har någon klinisk relevant effekt (på antal speldagar, satsade belopp eller skattad svårighetsgrad av spelproblemet) i jämförelse med kontrollgrupp. Däremot visade kombinationen KBT och MI i samma utvärdering att det finns visst vetenskapligt stöd för att åtgärden kan minska spelproblemets allvarlighetsgrad och därmed bidra till ökad livskvalitet för personer med spelmissbruk och spelberoende [7].

Läkemedelsbehandling

Det finns i dag inget läkemedel som är framtaget för spelberoende och indikation för läkemedelsbehandling saknas. De farmakologiska studier som undersökt behandlingseffekt på spelberoende är både till antalet begränsade och deras vetenskapliga underlag likaså, vilket gör att underlaget för att bedöma behandlingseffekt är otillräckligt.

Kliniska erfarenheter hos behandlare av nyttan med läkemedelsbehandling vid spelberoende är också begränsad, varför rekommendationer inom området inte i dagsläget är möjliga att ta fram. Både SBU:s systematiska litteraturoversikt om behandling vid spel om pengar [7] och klinisk och praktiskt verksamma behandlare beskriver behovet av mer studier och forskning inom området.

Även om det vetenskapliga stödet för läkemedelsbehandling är begränsat kan det finnas behov av kunskap inom området hos personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Syftet med att beskriva läkemedelsbehandling vid spelmissbruk eller spelberoende i behandlingsstödet trots beskrivna begränsningar, är att visa på den möjliga åtgärden som finns hos förskrivande profession (läkare) inom ramen för deras fria förskrivningsrätt, men även tydliggöra för behandlare att ett oönskat spelbeteende eller spelmissbruk kan vara relaterat till läkemedelsbehandling.

Behandling med opioidreceptorantagonister

Läkemedelsbehandling med opioidreceptorantagonister såsom nalmefen och naltrexon, som används vid alkoholberoende har visat på effekt även hos personer med ett spelberoende, men studierna har varit små och resultaten som visat på behandlingseffekt har varit motstridiga och fler och större studier behövs inom området [7].

Annan läkemedelsbehandling

Det vetenskapliga stödet för läkemedelsbehandling med antidepressiva eller neuroleptika är också starkt begränsat och otillräckligt varför de inte heller kan visa på någon effekt på spelberoende [7].

Justering av läkemedel

Felaktig läkemedelsdos eller biverkningar av mediciner kan också vara bidragande orsaker till spelmissbruk eller spelberoende av spel om pengar. Därför belyser Socialstyrelsen vikten av att personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten i samband med att spelmissbruk eller spelberoende uppmärksammas också utesluter att spelproblemen kan kopplas till något läkemedel som visat sig kunna ge biverkan i form av ett överdrivet spelande. Om misstanke finns att spelandet kan relateras till ett läkemedel är det av vikt att behandlaren förmedlar kontakt till förskrivande läkare för en uppföljning och läkemedelsgenomgång. Detta gäller för personer som behandlas med läkemedel för Parkinsons sjukdom eller restless legs [32, 33].

Involvera närstående i behandlingsåtgärderna

Att ha närstående kan vara avgörande för att en person med spelmissbruk eller spelberoende ska söka kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Att därefter involvera närstående i interventionerna i behandlingen är en åtgärd som förutsätter att personen med spelmissbruk eller spelberoende samtycker till det. Andra frågor att beakta är sekretess och tystnadsplikt vid genomförandet. Att involvera närstående i spelbehandlingen som exempelvis KBT-baserade interventioner syftar till att stödja ett bättre behandlingsutfall för personen med missbruk eller beroende av spel om pengar och att främja positiva interaktioner och konstruktiv kommunikation mellan honom eller henne och den närstående. Behandlare behöver dock vara lyhörda för personens och dennes närståendes önskemål och förutsättningar att delta i behandlingssessioner.

Involvering av närstående kan även medföra en mer individanpassad vård och omsorg och underlättar en helhetssyn på personen med spelmissbruk eller spelberoende och deras närståendes situation.

När det gäller hälso- och sjukvård finns särskilda regler angående hur och när närstående ska involveras. Patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta (se 5 kap. 3 § patientlagen (2014:821)).

Närstående ska också ges möjlighet att delta i arbetet med en individuell plan, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. En individuell plan ska upprättas när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Planen upprättas av kommun och landsting tillsammans (se 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL).

Närstående till personer med spelproblem

Enligt beräkningar från Folkhälsomyndigheten ser sig 18 procent av Sveriges befolkning som närstående till en person som har spelproblem [4]. De kan i olika grad drabbas av de negativa konsekvenserna av personens spelande såsom ekonomiska problem, relationsproblem och hälsoproblem.

Många närstående har en begränsad kännedom om och förståelse för spelandets omfattning och vad spelproblem innebär. Det kan i vissa fall leda till att de omedvetet bidrar till att vidmakthålla spelproblemen, genom att till exempel låna ut pengar eller ta över hushållssysslor. För många av dem är mekanismerna bakom spelproblem och beroendeproblematik dessutom relativt okända, vilket kan leda till en oförståelse inför spelarens situation [34].

Att ha en närstående ökar sannolikheten för att personer med spelproblem söker behandling och omtanken om dessa brukar anges som en av de viktigaste anledningarna att söka behandling [35]. Att sakna betydande socialt stöd eller att spelarens omgivning har en positiv inställning till spel har istället visat sig vara prediktorer för återfall i spelproblem efter avslutad behandling [36, 37].

Studier visar att sannolikheten att behandlingen blir framgångsrik ökar om närstående involveras, framförallt en partner. Personer som involverar närstående stannar dessutom kvar längre i behandlingen och avbryter behandlingen i lägre omfattning än de som inte involverar närstående [35, 38, 39].

I svensk praktisk och klinisk verksamhet är det relativt vanligt att närstående involveras och deltar i delar av behandlingen och behandlares erfarenheter av detta är positiva.

Närståendes behov

Närstående till personer med spelproblem mår generellt sett sämre, dricker mer alkohol, har sämre ekonomi och har fler gräl med närstående än personer som inte är närstående till personer med spelproblem [40-42].

Närstående kan drabbas hårt av spelarens agerande och de sociala och ekonomiska konsekvenserna kan vara svåra för dem. Det är vanligt att närstående lånar ut pengar, betalar skulder, eller blir bestulna på pengar som en konsekvens av spelandet. Närstående som har gemensam ekonomi med en person med spelproblem kan drabbas synnerligen hårt om spelaren finansierar sitt spelande med gemensamma tillgångar.

Närstående har ofta behov av stöd för egen del samtidigt som de är betydelsefulla när det gäller att förmå spelaren att söka stöd och behandling. Det är ofta de som tar initiativ till att söka hjälp. Stöd till närstående kan ges till exempel i form av anhörigrupper eller individuella stödsamtal.

Våld i nära relationer

En metaanalys visar att det finns ett samband mellan spelproblem och våld i nära relationer. Mer än en tredjedel av problemspelare rapporterar att de antingen utsätts för våld (38,1 procent) eller utsätter andra för våld i nära relationer (36,5 procent). Drygt 11 procent av dem som utsätter andra för våld i nära relationer har spelproblem [43].

Barn som anhöriga

Barn som växer upp i en familj där en förälder har spelproblem kan påverkas negativt av familjens ekonomiska svårigheter, vuxnas relationsproblem till följd av spelandet eller försummelse till följd av en förälders upptagenhet med spelande [44]. Risken är stor att allvarliga svårigheter hos föräldrarna kan ge allvarliga konsekvenser för barnen.

Detta bekräftar internationella studier som visar att barn i familjer där det förekommer spelproblem är mer utsatta för våld och vanvård än andra barn. De löper också en större risk för att själva få spelproblem i framtiden [46]. Därför är det viktigt att uppmärksamma barn som anhöriga i familjer där någon vuxen har spelproblem och erbjuda stöd och hjälp till såväl barn, föräldrar som hela familjen.

Stöd till barn

I varje barns grundläggande rättigheter ingår att få omvårdnad, att få växa upp under trygga förhållanden med närvarande vuxna och att få utvecklas i sin egen takt utifrån sina egna förutsättningar.³ Om en förälder eller annan

³ Prop. 2012/13:10 s. 23

närstående har allvarliga svårigheter påverkar det hela familjen, familjeklimatet, förutsättningarna för föräldraskap, vardagen och hur barnen mår. När socialtjänsten och hälso- och sjukvården möter vuxna med spelmissbruk eller beroende som är föräldrar eller lever med barn, behöver de så tidigt som möjligt uppmärksamma barnens situation och behov av stöd, hjälp och i vissa fall skydd. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har även skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.

Hälso- och sjukvården har, enligt 5 kap. 7 § HSLsärskilda skyldigheter i fråga om barn vars förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med missbrukar spel om pengar. Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta dessa barns behov av råd, stöd och information. Socialnämnden har ett särskilt ansvar för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och det stöd som de behöver (5 kap 1 § 8 SoL) och kan därför behöva utreda vilka behov barn har som växer upp i familjer där någon vuxen har spelmissbruk eller beroende. Dessutom finns möjligheter att inkludera barnen i den bestämmelse i socialtjänstlagen (5 kap. 10 § SoL) som tydliggör kommunens ansvar för stöd till anhöriga. Även om bestämmelsen är formulerad på ett sådant sätt att den inte uttryckligen inkluderar barn som anhöriga [45].

Erfarenheter från personer med tidigare spelproblem

Socialstyrelsen har genomfört en gruppintervju med sju personer som är aktiva i en spelberoendeförening, både personer med egen erfarenhet av spelproblem och närstående. Syftet med intervjun var att fånga deras erfarenheter av stöd och behandling och vad som kan vara viktigt för vården och omsorgen att känna till utifrån deras perspektiv.

I texten nedan beskriver deltagarna i gruppen sina erfarenheter och framför sina synpunkter. Dessa erfarenheter och synpunkter är deras personliga och gör inte anspråk på att gälla generellt för personer med tidigare spelproblem.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten möter personer med spelproblem, spelmissbruk eller spelberoende i olika situationer och sammanhang, från att problemet uppmärksammas till rådgivning, behandling och eventuella återfall. Utöver de professionellas kunskap och beprövad erfarenhet om missbruk eller beroende av spel om pengar och behandlingsinsatser är erfarenheter från personer som fått stöd, vård och behandling betydelsefulla för att ge en mer heltäckande bild av vad som är viktigt i behandlingen.

Patient-, brukar- och anhörigorganisationer är en viktig resurs och kan vara de verksamheter som ger det första och direkta stödet till personer med spelproblem, spelmissbruk eller beroende och deras närstående. De kan ha en central roll när det gäller att motivera spelare att söka behandling och ge stöd för att upprätthålla spelfrihet. Även stödet till närstående är centralt för organisationerna.

Första kontakten med vården, omsorgen och ideella föreningen

Gruppdeltagarna hade olika erfarenheter av den första kontakten med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Alla hade sin unika situation och orsak till varför kontakt inleddes med den ena eller andra verksamheten. Även om kontakten med vården generellt upplevdes som positiv, fanns det specifika erfarenheter av att verksamheterna gav oklara besked, till exempel om när möte med behandlare kunde ges och när behandling kunde starta. Det fanns också erfarenhet av långa väntetider till behandling. Otydlig ansvarsfördelning eller oklarheter om vem (till exempel kommunen eller arbetsgivaren) som skulle stå för behandlingskostnaderna upplevdes som svåra att förstå. Dessa oklarheter och väntetider är besvärliga att hantera när en person befinner sig i kris, både mentalt, fysiskt och ekonomiskt, framhöll gruppen.

En av deltagarna som beskrev sig som tidigare blandmissbrukare beskrev hur den första vårdkontakten som gällde spelberoendet resulterade i en behandlingsinsats som främst innebar förskrivning av läkemedel och ett möte som enligt deltagaren hade kunnat bli bättre om behandlaren haft mer kunskap om och erfarenhet av att behandla spelberoende.

Några av deltagarna hade inledningsvis kontaktat Stödlinjen⁴ och upplevde den kontakten som mycket positiv, eftersom de först fått prata av sig och sedan fått information om vart de kunde vända sig för vidare stöd och hjälp. Att snabbt få kontakt och möjlighet att prata med någon när personen väl bestämt sig för att göra det, beskrevs som mycket viktigt.

...eftersom man laddat inför att ta kontakt. När man kontaktar vården kan man vara på bristningsgränsen och ha självmordstankar eller självmordsplaner och då är det jätteviktigt att få ett första samtal och inte bli hänvisad vidare.

Erfarenheten av att få komma på besök hos en KBT-terapeut dagen efter första telefonkontakt, även om behandlingen inte startade då, kändes bra och det beskrevs som skönt att vara ”inne i systemet”, påpekade en av deltagarna.

Första kontakten med spelberoendeföreningen beskrevs som en avgörande faktor för att ta tag i missbruket. En deltagare hade besökt webbplatsen Spelkoll.nu och via chatten fått tips om att vända sig till föreningen. Erfarenheten var att personen kände sig välkommen till föreningen och att kontakten resulterade i besök och samtal redan dagen efter första samtalet. Stödet från föreningen beskrevs av en deltagare som en verbal omfamning och ett första tecken på att hjälp finns att få.

I samband med behandlingen

Behandlingen beskrevs ge en vändning på missbruket eller beroendet, en livsviktig åtgärd som någon uttryckte det. Gruppen var överens om att behandlarens kompetens är viktig för att innehållet i behandlingen ska upplevas

⁴ Stödlinjen är en nationell stödsinsats för personer som spelar om pengar och deras anhöriga. Den som kontaktar Stödlinjen via telefon, chatt eller webbformulär är helt anonym. Stödlinjen erbjuder hjälp genom motiverande samtal (MI). Verksamheten drivs av Centrum för psykiatriforskning, Stockholms läns landsting/Karolinska Institutet, på uppdrag av Socialdepartementet

relevant och att innehållet och upplägget på behandlingen ska kunna motsvara allas olika behov. De ansåg att behandlaren i utredningsfasen behöver ta reda på de individuella behoven, eftersom det är stor skillnad om man är ung och nyligen fått spelproblem eller om man spelat i många år eller har ett blandmissbruk.

Några som fått KBT-behandling hade erfarenheter av individuella mål, oavsett om de deltagit i gruppbehandling eller i individuell behandling. Enligt deltagarna fungerade målen under behandlingstiden, men efter att behandlingen hade avslutats var det svårare att arbeta vidare mot dem. Ingen hade erfarenhet av någon form av eftervård eller boostersessioner efter avslutad behandling.

På frågan om hur innehållet i de psykologiska och psykosociala behandlingsmetoderna upplevdes var gruppen övervägande positiv. Ett område som lyftes fram var att behandlare kanske kunde tona ner att det går att spela *lagom*, att ha det som behandlingsmål är svårt. Gruppens erfarenhet var att det kan fungera för vissa personer, men inte om man sitter fast i missbruk eller beroende.

Söker man professionell hjälp för sitt missbruk eller beroende av spel om pengar, är det för att man behöver ta sig ur det, inte vidmakthålla det.

...spela lagom-snack fungerar inte då, för har man ett beroende så har man det. Går inte att spela lagom. Bara att gå på Grönan med barnen, som vill spela på lyckohjul med chokladvinst ger ångest, fattar man inte det som behandlare?

Gruppen beskrev några ytterligare svårigheter med innehållet i KBT-baserade sessioner. De framförde att det särskilt tidigt i behandlingen kan vara svårt när det ges dubbla budskap, som att det är ok och normalt med återfall eller att det är ok att spela utan pengar eller att börja spela när man känner sig starkare. Gruppens erfarenhet var att det är svårt att förhålla sig till detta som uppfattas som dubbla budskap.

...för om man har ett missbruk eller beroende att det inte är möjligt, varken senare i veckan eller om 10 år att börja spela.

Om det är det några som är bra på att ljuga och manipulera så är det personer med spelmissbruk, ansåg deltagarna, och att bjuda in till det under behandlingen avrådde de behandlare från att göra.

Några deltagare menade dock att det är bra att behandlare tar upp återfall, men inte att det uttrycks i termer som att det är vanligt, naturligt eller ok. Vad som däremot ansågs viktigt var att återfall accepteras av behandlaren, eftersom erfarenheten var att närstående dömer hårt vid ett återfall, och att det då är betydelsefullt och skönt att behandlaren inte också är fördömande.

Flera i gruppen hade erfarenhet av familjeterapi. När även närstående befann sig i kris, medförde detta att parterna började prata med varandra. En deltagare hade erfarenhet av 12-stegsbehandling där det fanns möjlighet för partnern att inkluderas i behandlingen, samtidigt som personen med spelmissbruk själv fick stöd. I gruppen fanns även positiva erfarenheter av att gå

i parterapi där spelproblemet var i fokus. Genom terapin kunde paret komma ur krisen tillsammans, terapeuterna banade vägen framåt, ältande inte bara bakåt. Parterapien beskrevs som att den ingav hopp i en krisande och tuff familjesituation.

Det fanns också erfarenhet av att involvera föräldrar i behandlingen. Resultatet blev i det specifika fallet inte som förväntat, utan beskrevs som att relationen hade kunnat bli bättre mellan familjemedlemmarna om behandlaren tagit reda på hur villiga de närstående var att ingå i behandlingen. Erfarenheten var att det blir känsligare när närstående involveras.

När en behandlare modererar samtalet kan det bli hårdare och då är det viktigt att alla inblandade är beredda på att göra en behandlingsresa.

Gruppen framhöll betydelsen av att snabbt kunna få ett första samtal. De beskrev att kommunens och landstingets väntetider till kontakt, utredning och behandling var långa. Flera av deltagarna hade erfarenhet av att få vänta länge på att få behandling (från veckor upp till åtta månader). I väntan på behandlingsstart beskrevs de ideella kamratstödande föreningarnas verksamhet som viktiga, för utan dem fanns inget direkt eller snabbt stöd att få.

Behandlingen beskrevs som en livräddande åtgärd av flera, men att gå till den ideella föreningen, inte bara under väntetiden, gav styrka och livskvalitet och var viktigt även efter avslutad behandling. Föreningens stöd framhölls som betydelsefullt för närstående, eftersom även familjen lider medan de väntar på att behandlingen ska starta, påpekade deltagarna.

Föreningen var allt för mig! Vet inte vad som hänt om inte hjälpen hos föreningen funnits, för här blir man sedd och hörd.

Inledningsvis kan det vara bra att få information från behandlaren om att livet inte behöver handla om pengar, det finns mycket mer och att man får ta en dag i taget, ansåg gruppen. Trots det behöver ekonomin tas upp i behandlingen, eftersom spelaren och familjen (om personen har en sådan), befinner sig i en djup ekonomisk kris. De menade att det exempelvis är viktigt med kunskap om vad det innebär att finnas i Kronofogdens register. En första åtgärd som spelaren behöver göra är att lämna över ekonomin till en närstående och det är bra om behandlaren informerar om det. Gruppen beskrev också betydelsen av att få information om hur kommunen kan hjälpa till med ekonomiskt stöd eller budget och skuldrådgivning.

En annan faktor som behandlare behöver känna till enligt gruppen är hur stor spelarens skulder är, då det är det unika för spelmissbruk eller spelberoende. Enligt gruppen ska dock skulderna inte vara i fokus i behandlingen utan behandlaren ska fokusera på det positiva och på framtiden. Information om skuldens storlek är dock central för att behandlaren ska förstå stressen och ångesten hos spelaren. Stressen över att ha skulder leder ibland till återfall och skulderna kommer alltid att finnas där, under behandlingen och även efteråt. Att vara spelfri innebär inte att vara skuldfri som någon uttryckte det.

Råd från personer med tidigare spelproblem till personal som ska börja ge behandling

- Besök spelberoendeföreningar eller skaffa information på annat sätt från oss som genomgått behandling. De personer som har tagit sig igenom spelmissbruk eller spelberoende och behandling vet vad de pratar om och kan beskriva hur illa de kan må. Det är svårt att förstå om man inte själv varit där. Kontakta en spelförening i närheten för mer information eller studiebesök.
- Skaffa kunskap om mekanismerna bakom spel om pengar som fenomen och hur en spelmissbrukare fungerar, får han eller hon en jättevinst försvinner inte missbruket, utan det blir bara värre!
- Fokusera inte bara på hur hjärnan beter sig vid ett missbruk eller beroende utan försök att fokusera mer på personens mående, lär känna människan snarare än dess specifika beroende.
- Tänk på att ”masken” inte blir sliten vid spelmissbruk på samma sätt som vid substansmissbruk. Spelmissbruk syns inte utanpå och ”vi är experter på att ljuga”.
- Detta är ett livslångt missbruk eller beroende. Spelsuget måste hanteras och att spela lagom finns inte! ”Se oss som nyktra spelmissbrukare”.

Huvudmännens ansvar för behandling och stödinsatser

Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla stöd och behandling till personer med spelmissbruk eller spelberoende om pengar utifrån sina respektive ansvarsområden.⁵ Detta innebär samma ansvar som för substansmissbruk eller beroende.

När det gäller behandling av missbruk och beroende har regeringen framhållit att både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter som ska värderas likvärdigt och samordnas i ett välfungerande vård- och stödssystem som utgår från individernas olika behov och önskemål.⁶

Problematiken är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. Missbruks- och beroendevården omfattar ett brett spektrum av vård- och stödinsatser, vilka faller inom både det sociala och medicinska området.⁷ Kommuner och landsting har olika formella möjligheter att erbjuda behandling. Båda huvudmännen kan enligt lagstiftningen erbjuda psykosocial behandling. Denna behandlingsform kan ingå i båda huvudmännens ”verktyglåda” även om det främst är socialtjänsten som tillhandahåller denna typ av behandling.⁸ Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen förtydligas dock i lagstiftningen när det gäller vissa uppgifter.

Hälso- och sjukvårdens särskilda ansvar

Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget (8 kap.1 § HSL). Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 § HSL). De insatser som räknas som hälso- och sjukvård och är sjukvårdshuvudmannens ansvar är t.ex. kostnader för psykoterapi, alternativ medicinsk behandling och sjukvårdande insatser.⁹ När det gäller spelberoende har hälso- och sjukvården ett ansvar för att behandla spelberoende, precis som vid andra psykiatriska sjukdomstillstånd som ingår i klassifikationssystemet ICD-10 och den psykiatriska diagnosmanualen DSM-5.¹⁰

Hälso- och sjukvårdens ska särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor med har ett missbruk av spel om pengar (se 5 kap. 7 § HSL).

När en person med missbruksproblematik har kontakt med hälso- och sjukvården ska hälso- och sjukvården särskilt rikta uppmärksamheten på berörda barns förhållanden och behov. Information, råd och stöd ska anpassas efter barnets ålder och mognad. Principen om barnets bästa kan ibland innebära att

⁵ Proposition 2016/17:85 Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk s. 35.

⁶ Proposition 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården s. 8 och prop. 2016/17:85 s. 32.

⁷ Proposition 2012/13:77 s. 15

⁸ Proposition 2012/13:77 s. 13.

⁹ Jämför prop. 2016/17:85 s. 23

¹⁰ Prop. 2016/17:85 s. 30.

någon information inte alls ska lämnas eller lämnas först efter en viss tid.¹¹ Uppgifter om den vuxnes spelmissbruk och andra medicinska omständigheter kan omfattas av sekretess eller tystnadsplikt och kan i så fall inte diskuteras med barnet utan att den vuxne gett sitt samtycke.

Socialtjänstens särskilda ansvar

Från och med den 1 januari 2018 har socialtjänstens ansvar för att förebygga och motverka missbruk utökats till att även omfatta missbruk av spel om pengar (3 kap. 7 § SoL). I likhet med vad som gäller för missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (substansmissbruk) ska socialnämnden bistå med insatser eller försöka motivera personer som missbrukar spel om pengar som behöver stöd, vård och behandlingsinsatser att söka hjälp för att komma till rätta med sina problem.¹² Exempel på åtgärder kan vara allt från generella insatser riktade till kommunens invånare till individuellt anpassade insatser som syftar till återfallsprevention, motivation och strukturerade program.¹³ Socialnämnden har också ett ansvar för att aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar bland barn och unga (5 kap. 1 § 5 SoL).

De regler och krav på handläggning och myndighetsutövning enligt SoL som gäller vid substansmissbruk gäller även vid spelmissbruk. Däremot är tvångsvård i enlighet med lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, inte tillämplig när det gäller spelmissbruk.¹⁴ Av 11 kap. 1 § SoL framgår att socialnämnden utan dröjsmål ska inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden.

Socialnämnden har också ett visst generellt ansvar för stödinsatser. I 4 kap. 1 § SoL anges att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Behovsprövade behandlingsinsatser för spelmissbruk ges som bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.

Budget- och skuldrådgivning

Spelmissbruk och beroende är ofta sammankopplade med allvarliga ekonomiska problem. Budget- och skuldrådgivning kan därför vara ett viktigt komplement till behandling för spelmissbruk eller beroende.

Kommunen ska lämna budget- och skuldrådgivning till skuldsatta personer. Skyldigheten gäller även under ett skuldsaneringsförfarande och till dess att en beviljad skuldsanering eller skuldsanering för företagare (F-skuldsanering) är helt avslutad. (Se 5 kap. 12 § första stycket SoL)

Syftet med budget- och skuldrådgivningen är att genom olika former av ekonomisk rådgivning bidra till att förebygga skuldproblem och hjälpa skuldsatta personer att finna en lösning på sin situation. Det kan handla om att aktivt medverka till en skuldsanering eller att hjälpa till att försöka uppnå frivilliga överenskommelser med fordringsägarna [46].

¹¹ Prop. 2016/17:85 s. 34.

¹² Prop. 2016/17:85 s. 28.

¹³ Prop. 2016/17:85 s. 29.

¹⁴ Prop. 2016/17:85 s. 30 f.

Samverkan mellan kommuner och landsting

Överenskommelse om samverkan mellan kommuner och landsting

Det finns ett behov av samarbete och samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård när det gäller personer med spelmissbruk och spelberoende på samma sätt som vid andra former av missbruk och beroende.

Kommun och landsting ska ingå en överenskommelse om samarbete i fråga om personer som missbrukar spel om pengar (Se 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap 3 § HSL).

Samordnad individuell plan

När en person har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen och landstinget tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Detta regleras i 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL. I den planeringen tydliggörs vilken huvudman som ansvarar för vilka insatser till den enskilde. En SIP kan även involvera andra berörda parter, t.ex. Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan.¹⁵

Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

Av planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Om det redan finns en plan som omfattar det som ska ingå i en SIP, behövs ingen ny plan.¹⁶

Anmälningsskyldigheten vid misstanke om att barn far illa

Myndigheter inom bland annat hälso- och sjukvården och socialtjänsten och de som är anställda där är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa, oberoende av om deras verksamhet riktar sig till barn eller inte. Det följer av 14 kap. 1 § första stycket SoL. Hänvisningar till anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL finns bland annat i 5 kap 8 § HSL, 3 § tandvårdslagen (1985:125) och 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Även verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som uteslutande riktar sig till vuxna är alltså anmälningsskyldiga. Exempel på sådana verksamheter är vuxenpsykiatriska kliniker och beroendemottagningar. Anmälningsskyldigheten gäller

¹⁵ Proposition 2008/2009:193 Vissa psykiatrifrågor m.m. s.22

¹⁶ Se prop. 2008/2009:193 s.26

också personal som arbetar med barn och unga i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet eller i annan sådan verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller socialtjänstens område.

Individanpassad och tillgänglig vård

Enligt 5 kap. 1 § PL och 6 kap. 1 § PSL, ska hälso- och sjukvård så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet (1 kap. 1 § SoL). Socialnämndens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 § SoL). Att patienter och klienter involveras i utformandet och genomförandet av behandlingen kan innebära att vården blir säkrare, att följsamheten till behandlingen ökar och att resultatet förbättras [9].

Information ger förutsättningar för delaktighet

Patienten eller klienten behöver information för att kunna vara delaktig. När hälso- och sjukvården informerar en patient ska informationen anpassas till hans eller hennes ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § PL). Situationer när personer till exempel är påverkade av alkohol eller narkotika eller har en nedsatt kognitiv förmåga ställer extra stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ kompetens hos personalen.

Ett gott bemötande förbättrar samarbetet

Både att använda metoder baserade på bästa tillgängliga kunskap och att utveckla ett gott samarbete med patienten eller klienten ger förutsättningar för en god vård och omsorg. Ett bra samarbete mellan personalen och patienten eller klienten är viktigt i all behandling, men kanske särskilt när det handlar om att förändra beteenden.

För att vården ska ge goda resultat är det viktigt att den vårdsökande upplever bemötandet som respektfullt, kompetent och empatiskt. Ett bra bemötande är viktigt för att personer som behöver hjälp över huvud taget ska söka sig till vården. Det bidrar också till att skapa ett gott samarbete mellan personalen och patienten eller klienten samt till att den enskilde deltar i att planera och genomföra behandlingen. Hur bemötandet upplevs påverkas bland annat av personalens kunskap, attityder och beteende [47].

En tillgänglig missbruks- och beroendevård

Enligt 11 kap. 1 § SoL ska socialnämnden utan dröjsmål inleda en utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden.

I patientlagen står att patienter som vänder sig till hälso- och sjukvården snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, om det inte är uppenbart att det inte behövs. I HSL finns bestämmelser om vårdgaranti (9 kap. 1 § HSL), och de gäller vid beroende på samma sätt som vid andra tillstånd.

För personer med missbruk och beroende är det viktigt med snabb tillgång till vård. Motivationen tenderar att vara som starkast när den enskilde söker

hjälp. För att vård och behandling ska vara framgångsrik är det därför viktigt att snabbt erbjuda hjälp när en person med missbruk eller beroende söker kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, både vid förstagångskontakter och senare i samband med återfall.

Uppföljning

Systematisk uppföljning handlar både om att dokumentera arbetet med enskilda klienter eller patienter för att följa upp hur det går för dem och om att sammanställa informationen i syfte att utveckla och förbättra verksamheten [48]. Ett viktigt argument för att använda systematisk uppföljning är att den ger transparens av verksamheten och i förlängningen medför nytta för klienter och patienter.

Nytan och användningen av systematisk uppföljning kan delas in i tre olika nivåer:

- individuell uppföljning - i det direkta arbetet med klienter eller patienter
- på verksamhetsnivå för att utveckla verksamheten med verksamhetsuppföljning
- på nationell nivå - i form av exempelvis öppna jämförelser för nationell uppföljning.

Systematisk uppföljning bidrar till att verksamheten kan:

- uppfylla kvalitetsparagraferna i exempelvis SoL och HSL
- handlägga, dokumentera och säkra verksamhetens kvalitet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9, Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, SOSFS 2014:5 och Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården HSLF-FS 2016:40
- skapa och anpassa dokumentation till nationella kvalitetsregister och andra nationella register som används för att jämföra kvalitet, till exempel öppna jämförelser
- ge goda underlag till ledning och nämnder för beslut om resurser och insatser
- skapa beprövad erfarenhet som utgångspunkt för värdering av nya metoder och bedömningsmetoder, baserade på det egna arbetet och dess resultat.

Bedömningsinstrument för uppföljning

Bedömningsinstrument, till exempel NODS, kan användas både för kartläggning och bedömning av behovet av åtgärd och för uppföljning efter genomförda åtgärder. Även ASI Spel som innehåller både en grundintervju för kartläggning och bedömning av vårdbehov och en uppföljningsintervju kan användas för uppföljning av insatser.

Bilaga 1. Projektorganisation

Projektgrupp

Anne Berman	Docent, leg. psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi. Centrum för psykiatrforskning, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet
Malin Bruce	Projektledare (från mars 2017), utredare, Socialstyrelsen
Anders Håkansson	Professor, Lunds universitet, läkare, Beroendecentrum Malmö
Christina Höglblom	Projektmedarbetare, utredare, Socialstyrelsen
Patrik Midlöv	Professor, allmänläkare, Lunds universitet
Anders Nilsson	Leg. psykolog, doktorand, Centrum för psykiatrforskning, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet
Kerstin Nordstrand	Projektledare (till mars 2017), deltog tom juni 2017, Socialstyrelsen
Kristina Wennerstrand	Leg. psykolog, Göteborgs stad

Rekommendationsgrupp

Stefan Borg	Ordförande, docent, specialist i psykiatri
Gunilla Zackariasson	Leg. sjuksköterska, spelberoendebehandlare, Beroendecentrum, Stockholm Stockholms läns landsting
Eva Samuelsson	Forskare, socionom, SoRAD, Stockholms universitet
Frida Fröberg	Utredare, leg. psykolog, Med dr, Folkhälsomyndigheten
Jörgen Bergström	Verksamhetschef, Region Östergötland
Saber Mehdizadeh	Behandlare, beteendevetare, Mag. i psykologi, Botkyrka kommun
Erik Ström	Enhetschef, leg. psykolog, Beroendecentrum Örebro, Region Örebro

Andra medverkande från Socialstyrelsen

Natalia Berg	Informationsspecialist
Anders Fejer	Enhetschef
Beatrice Hopstadius	Enhetschef
Hanna Jarvad	Jurist
Sara Johansson	T.f. enhetschef från februari 2018 till november 2018
Lars-Torsten Larsson	Avdelningschef
Emma Lund	Hälsoekonom
Jenny Rehnman	Avdelningschef

Bilaga 2. Kompletterande kunskapsstöd

Här lyfter Socialstyrelsen fram ett urval av kunskapsstöd som kan vara värdefulla att känna till för verksamhetschefer, behandlare eller annan personal som möter, ger stöd och behandlar personer med spelmissbruk eller spelberoende.

Brukar- och patientinflytande och deras erfarenheter

Begreppen brukar- och patientinflytande, -medverkan och delaktighet används för att beskriva att individer på något sätt kan ta del av eller påverka beslut som rör dem. Eller när de kan påverka utformningen och styrningen av de verksamheter som ger insatserna. De personer som får insatserna ska få mandat och möjlighet att påverka beslut som får stora konsekvenser för deras liv och vardag.

Läs vidare:

Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen 2013.

Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen, 2015.

Familje- och närståendeperspektiv samt stöd till barn

Missbruk och beroende är inte enbart ett individuellt problem utan påverkar närstående, framförallt den närmaste familjen och barnen. Socialstyrelsen har tagit fram flera vägledningar som vänder sig till socialtjänsten och/ eller hälso- och sjukvården och andra aktörer som möter närstående och specifikt barn och unga i familjer med missbruk. Socialstyrelsen har också tagit fram en handbok för utredning av barn och unga enligt SoL och en vägledning om skyldigheten för hälso- och sjukvården och tandvården att anmäla oro för barn som far illa.

Läs vidare:

Barn och unga i familjer med missbruk, Socialstyrelsen 2009.

Föräldraskap och missbruk, Socialstyrelsen, 2012.

Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider. Socialstyrelsen 2013.

Att samtala med barn – Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Socialstyrelsen 2018.

Stöd till anhöriga. Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. Socialstyrelsen 2016.

Utreda barn och unga – handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen. Socialstyrelsen 2015.

Barn som far illa eller riskerar att fara illa – en vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar. Socialstyrelsen 2013.

Förebyggande arbete och mer om spelproblem

Material om det förebyggande arbetet mot problem vid spel om pengar finns på Folkhälsomyndighetens webbplats, [Spelprevention.se](http://spelprevention.se). Där går det bland annat att läsa om risk- och skyddsfaktorer vid spelproblem, spelreklam och spelproblem på arbetsplatsen. Material finns även på den myndighetsgemensamma webbplatsen [Kunskapsguiden.se](http://kunskapsguiden.se). Där går det bland annat att läsa om spel om pengar bland barn och unga under 18 år.

Även Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor innehåller rekommendationer om metoder för att stödja patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor, det vill säga riskbruk av alkohol, tobaksbruk, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Läs vidare om det förebyggande arbetet på Folkhälsomyndighetens webbplats <https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/>.

Läs mer om spelproblem på <http://www.kunskapsguiden.se/missbruk/teman/spelproblem/Sidor/Default.aspx>

Läs mer om prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor på Socialstyrelsens webbplats <http://www.socialstyrelsen.se/nationella-riktlinjerpreventionochbehandlingvidohalsosamma-levnadsvanor/stodiarbetetmedlevnadsvanor>

Systematisk uppföljning

Socialstyrelsen har tagit fram ett stöd- och utbildningsmaterial om systematisk uppföljning som riktar sig till socialtjänsten.

Läs vidare:

Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel. Socialstyrelsen 2014

Information om webbaserat utbildningsmaterial finns på socialstyrelsens webbplats <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/systematiskuppfoljning> med länk till på socialstyrelsens utbildningsportal.

Läs mer om Evidensbaserad praktik (EBP) och systematisk uppföljning på

<http://www.kunskapsguiden.se/ebp/Sidor/default.aspx>

Bilaga 3. Kunskapsunderlag med metodbeskrivning

Publicerad i separat dokument på Socialstyrelsens webbplats, *Kunskapsunderlag med metodbeskrivning*.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten [The Public Health Agency of Sweden]. Swelogs prevalensstudie 2015 [Swelogs prevalence study 2015]. 2016. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/spel/swelogs-prevalensstudie-2015/>
2. Statens Folkhälsoinstitut. Spel om pengar och spelproblem i Sverige 2008/2009. Huvudresultat från Swelogs befolkningsstudie. Östersund; 2010.
3. Statens Folkhälsoinstitut. Överdrivet spelande och hälsa. En systematisk litteraturöversikt. 2012.
4. Svensson, J, Romild, U, Shepherdson, E. The concerned significant others of people with gambling problems in a national representative sample in Sweden—a 1 year follow-up study. *BMC Public Health*. 2013; 13(1):1.
5. Grant, JE, Odlaug, B.L., & Mooney, M.E. Telescoping phenomenon in pathological gambling: association with gender and comorbidities. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2012; 200 (11):996-8.
6. Diez, D, Aragay, N., Soms, M., Prat, G., & Casas, M. . Male and female pathological gamblers: bet in a different way and show different mental disorders. . e-pub ahead of print. 2014.
7. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, S. Spel om pengar - behandling med psykologiska metoder eller läkemedel vid beroende eller problemspelande; 2016.
8. Sweden], FTPHAo. Kunskapsstöd för att förebygga spelproblem. Spel om pengar är en folkhälsofråga.; 2017.
9. Socialstyrelsen. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Nationella riktlinjer.; 2015.
10. Kessler, RC, Hwang, I, LaBrie, R, Petukhova, M, Sampson, N, Winters, K, et al. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*. 2008; 38(9):1351-60.
11. Petry, NM, Stinson, FS, Grant, BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 2005; 66(5):564-74.
12. Lawrence, AJ, Luty, J, Bogdan, NA, Sahakian, BJ, Clark, L. Impulsivity and response inhibition in alcohol dependence and problem gambling. *Psychopharmacology*. 2009; 207(1):163-72.
13. Fuentes, D, Tavares, H, Artes, R, Gorenstein, C. Self-reported and neuropsychological measures of impulsivity in pathological gambling. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2006; 12(06):907-12.
14. Theule, J, Hurl, KE, Cheung, K, Ward, M, Henrikson, B. Exploring the Relationships Between Problem Gambling and ADHD A Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*. 2016:1087054715626512.

15. Slutske, WS, Eisen, S, Xian, H, True, WR, Lyons, MJ, Goldberg, J, et al. A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder. *Journal of abnormal psychology*. 2001; 110(2):297.
16. Frost, RO, Meagher, BM, Riskind, JH. Obsessive-compulsive features in pathological lottery and scratch-ticket gamblers. *Journal of Gambling Studies*. 2001; 17(1):5-19.
17. Meltzer, H, Bebbington, P, Brugha, T, Jenkins, R, McManus, S, Dennis, MS. Personal debt and suicidal ideation. *Psychol Med*. 2011; 41(4):771-8.
18. Park, S, Cho, MJ, Jeon, HJ, Lee, HW, Bae, JN, Park, JI, et al. Prevalence, clinical correlations, comorbidities, and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: results from the Korean Epidemiologic Catchment Area Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010; 45(6):621-9.
19. Gill, T, Dal Grande, E, Taylor, AW. Factors associated with gamblers: a population-based cross-sectional study of South Australian adults. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 2006; 22(2):143-64.
20. Moghaddam, JF, Yoon, G, Dickerson, DL, Kim, SW, Westermeyer, J. Suicidal ideation and suicide attempts in five groups with different severities of gambling: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The American Journal on Addictions*. 2015; 24(4):292-8.
21. Binde, P. ”Spelberoende” och relaterade begrepp: Vad betyder de egentligen? *Lotteriinspektionens skriftserie*. 2013.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
23. Nehlin C, NF, Jess K. Brief Intervention Within Primary Care for At-Risk Gambling: A Pilot Study. *Journal of Gambling Studies* 2016; (2016:1-9).
24. Dahlberg M, AM. Att upptäcka spelproblem—ett pilotprojekt vid ett socialkontor. *Socialmedicinsk tidskrift* 2015; 92(4):505-18.
25. Toce-Gerstein, M, Gerstein, DR, Volberg, RA. The NODS-CLiP: a rapid screen for adult pathological and problem gambling. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 2009; 25(4):541-55.
26. Johnson, EE, Hamer, R, Nora, RM, Tan, B, Eisenstein, N, Engelhart, C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological reports*. 1997; 80(1):83-8.
27. Wickwire, EM, Jr., Burke, RS, Brown, SA, Parker, JD, May, RK. Psychometric evaluation of the National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS). *Am J Addict*. 2008; 17(5):392-5.
28. Williams, R. *Best practices in the population assessment of problem gambling*. Ontario, Canada: Ontario Problem Gambling Research Centre; 2010.

29. Ferris, J, Wynne, H. The Canadian problem gambling index. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse 2001.
30. Weinstock J, WJ, Meyers AW: . , . Behavioral assessment of gambling: an application of the timeline followback method. *Psychological Assessment*. 2004; 16((1)).
31. Ortiz, L. Till spelfriheten! kognitiv beteendeterapi vid spelberoende - manual för behandling individuellt eller i grupp: Stockholm: Type and Tell; 2018.
32. Weintraub, D, David, AS, Evans, AH, Grant, JE, Stacy, M. Clinical spectrum of impulse control disorders in Parkinson's disease. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*. 2015; 30(2):121-7.
33. Etminan, M, Sodhi, M, Samii, A, Procyshyn, RM, Guo, M, Carleton, BC. Risk of Gambling Disorder and Impulse Control Disorder With Aripiprazole, Pramipexole, and Ropinirole: A Pharmacoepidemiologic Study. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2017; 37(1):102-4.
34. Patford, J. For worse, for poorer and in ill health: how women experience, understand and respond to a partner's gambling problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2009; 7(1):177-89.
35. Ingle, PJ, Marotta, J, McMillan, G, Wisdom, JP. Significant others and gambling treatment outcomes. *Journal of Gambling Studies*. 2008; 24(3):381-92.
36. Petry, N, Weiss, L. Social support is associated with gambling treatment outcomes in pathological gamblers. *American Journal on Addictions*. 2009; 18(5):402-8.
37. Ledgerwood, DM, Petry, NM. What do we know about relapse in pathological gambling? *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(2):216-28.
38. Jimenez-Murcia, S, Tremblay, J, Stinchfield, R, Granero, R, Fernandez-Aranda, F, Mestre-Bach, G, et al. The Involvement of a Concerned Significant Other in Gambling Disorder Treatment Outcome. *Journal of gambling studies / co-sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming*. 2016.
39. Grant, JE, Kim, SW, Kuskowski, M. Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Comprehensive psychiatry*. 2004; 45(2):83-7.
40. Dowling, NA, Rodda, SN, Lubman, DI, Jackson, AC. The impacts of problem gambling on concerned significant others accessing web-based counselling. *Addictive behaviors*. 2014; 39(8):1253-7.
41. Shaw, M, Forbush, K, Schlinder, J, Rosenman, E, Black, D. The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrums*. 2007; 12(8):615.
42. Kalischuk, RG, Nowatzki, N, Cardwell, K, Klein, K, Solowoniuk, J. Problem gambling and its impact on families: a literature review. *International Gambling Studies*. 2006; 6(1):31-60.
43. Dowling, Nea. Problem Gambling and Intimate Partner Violence. A systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2014; 17(1):43-61.

44. Darbyshire, P, Oster, C, Carrig, H. Children of parent (s) who have a gambling problem: a review of the literature and commentary on research approaches. Health & social care in the community. 2001; 9(4):185-93.
45. Socialstyrelsen. Stöd till anhöriga Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen; 2016.
46. Konsumentverket. Rekommendationer för den kommunala budget- och skuldrådgivningen.; 2016.
47. Lindqvists nia : nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder : slutbetänkande. Fakta info direkt; 1999.
48. Socialstyrelsen. Systematisk uppföljning Beskrivning och exempel. Stockholm; 2014.