

ALKUPERÄISTUTKIMUS

Suom Lääkäril 2023; 78 : e38317 www.laakarilehti.fi/e38317 (Julkaistu 23.11.2023)

Diagnosoidun rahapeliriippuvuuden esiintyvyys vaihtelee alueittain

Lähtökohdat Rahapeliriippuvuudella tarkoitetaan toistuvaa ongelmallista pelikäyttäytymistä, johon liittyy vakavia pitkäaikaisia psykososiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä haittoja. Rahapeliriippuvuutta diagnosoitiin Suomessa vuonna 2021 enemmän kuin vuonna 2011, mutta edelleen vain harvalle asetettiin diagnoosi. Diagnoosien yleisyyden alueellisista eroista ei ole aiempaa tutkimustietoa.

Menetelmät Tarkastelemme rahapeliriippuvuusdiagnoosien esiintyvyyttä sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmän (Hilmo) rekisteritiedoista vuosina 2011–2021 sukupuolittain ja yliopistosairaaloiden erityisvastuualueittain (erva).

Tulokset Diagnoosit yleistyivät vuodesta 2011 vuoteen 2021 naisilla ja miehillä sekä kaikilla erva-alueilla. Kuopion yliopistollisen sairaalan erva-alueella asetettujen diagnoosien määrä lisääntyi eniten. Kasvusta huolimatta esiintyvyys oli vähäistä verrattaessa väestökyselyjen perusteella saatuihin arvioihin.

Päätelmät Rahapeliriippuvuuden varhaiseen tunnistamiseen ja puheeksiottoon tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota.

Tiina Latvala, Miika Vuori, Sari Castrén, Tanja Grönroos, Jonna Levola, Anne H. Salonen



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Rahapeliriippuvuus (ICD-10: F63.0 Pelihimo) diagnosoidaan käytös- ja hillitsemishäiriöiden luokkaan. Uudistuneessa ICD-11-tautiluokituksessa se puolestaan kuuluu riippuvuushäiriöihin (1).

ICD-10:n mukainen pelihimo voi olla käsitteenä hieman harhaanjohtava, sillä se käsittää ainoastaan rahapelaamisen, ei digitaalista pelaamista (digipelaaminen). Digipelaaminen on pelaamista tietokoneen, älypuhelimien tai tabletin kaltaisilla digitaalisilla laitteilla. Tavoitteena ei ole voittaa rahaa, vaan viihtyä, viettää aikaa ja saada myönteisiä kokemuksia. Tämän vuoksi tässä julkaisussa käytetään kansainvälisestikin vakiintunutta termiä rahapeliriippuvuus.

ICD-11-tautiluokituksessa on erilliset diagnoosit ja diagnostiset kriteerit rahapelaamiselle ja digipelaamiselle (2). Rahapeliriippuvuudelle on ominaista rahapelaamisen hallinnan menettäminen. Pelaaminen jatkuu huolimatta sen aiheuttamista kielteisistä seurauksista. Riippuvuuteen liittyy vakavia pitkäaikaisia psykososiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä haittoja.

Väestötutkimuksilla kartoitetaan todennäköistä rahapeliriippuvuutta, mutta kyseessä ei ole kliininen diagnostinen arvio. Väestötutkimuksen perusteella 1,4 prosentilla (miehet 1,9 %; naiset 0,9 %) oli todennäköinen rahapeliriippuvuus vuonna 2019 (3). Hoitoilmoitusrekisteriin (Hilmo) pohjautuvien tietojen perusteella samaisena vuonna rahapeliriippuvuusdiagnooseja oli väestössä vain 0,016 prosentilla (4).

Tulokset ovat linjassa Ruotsissa tehdyn tutkimuksen kanssa, jossa myös havaittiin rahapeliriippuvuuden olevan hyvin alidiagnosoitua (5). Aiempaa rekisteritutkimusta rahapeliriippuvuuteen liittyvistä alueellista eroista ei ole saatavilla, vaikka väestötutkimuksen perusteella ongelmapelaamisessa on nähtävissä alueellisia eroja (3).

Vuonna 2022 julkaistun tiedon mukaan rahapeliriippuvuusdiagnoosi asetettiin Manner-Suomessa 2 617 aikuiselle vuosina 2011–2020 (4). Diagnoosien määrä lisääntyi vuosien 2011 ja 2020 välillä. Miehillä oli enemmän diagnooseja kuin naisilla: noin kolmannes diagnooseista oli naisilla. Myös Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin kasvua diagnoosien määrässä ja vastaavanlaisia sukupuolieroja (5).

Rahapeliriippuvuuden kanssa esiintyy tyypillisesti liitännäissairastavuutta (6,7,8,9). Ruotsalaistutkimuksen mukaan jopa 73 prosentilla oli rahapeliriippuvuuden ohella jokin muu psykiatrinen diagnoosi (5). Rahapeliriippuvuusdiagnoosin saaneilla on 15-kertainen riski tehdä itsemurha verrattuna muuhun väestöön (10).

Rahapeliriippuvuus on merkittävä kansanterveydellinen huolenaihe (11,12). Virallisten diagnoosien määrä on huomattavasti pienempi kuin väestökyselyiden pohjalta tehdyt arviot rahapeliriippuvuuden yleisyydestä, mikä viittaa siihen, että ilmiö on alidiagnosoitu, eikä sitä siis tunnisteta vielä riittävän hyvin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ilmiöstä tarvitaan enemmän tietoa, jotta se voitaisiin tunnistaa varhaisessa vaiheessa.

Tutkimuksessa tarkastellaan ensimmäistä kertaa diagnosoidun rahapeliriippuvuuden esiintyvyyttä sukupuolittain ja erityisvastuualueittain (erva). Vaikka sote-uudistuksessa erva-alueet korvautuivat viidellä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella, myös nämä uudet alueet pohjautuvat erityisvastuualueisiin.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineistona käytettiin THL:n ylläpitämästä valtakunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonkeruu- ja raportointijärjestelmästä (Hilmo) poimittuja rekisteritietoja. Ne koostuivat sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteristä (sosiaali-Hilmo), terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (terveys-Hilmo) ja perusterveydenhuollon avohoidon (ml. työterveyshuolto ja kotihoito) hoitoilmoitusrekisteristä (Avohilmo) (13).

Tarkasteluun otettiin kaikki 18-vuotiaat ja sitä vanhemmat Manner-Suomessa asuvat henkilöt (n = 3 142), joilla oli rahapeliriippuvuus (F63.0) pää-, sivu- tai pitkäaikaisdiagnoosina vuosina 2011–2021. Tarkastelussa oli mukana kaikki erva-alueet (Hyks, Tyks, Tays, Kys ja Oys). Samalle henkilölle oli voitu kirjata useampi diagnoosi useamman hoitokäynnin yhteydessä kunkin vuoden aikana, mutta henkilö laskettiin mukaan vain kerran. Jos henkilölle oli kirjattu diagnoosi eri vuosina, kukin tapaus laskettiin mukaan kerran kalenterivuodessa.

Rahapeliriippuvuuden esiintyvyyttä laskettaessa diagnoosien saaneiden määrää verrattiin kunkin vuoden keskimääräiseen väestömäärään. Esiintyvyys on ilmoitettu 100 000 asukasta kohden. Poiminnan tulokset päivitettiin kesäkuussa 2023, minkä takia henkilömäärät eroavat osittain aiempien vastaavien tulosten kanssa (4).

Tulokset

Rahapeliriippuvuusdiagnoosien määrä kasvoi vuosien 2011 ja 2021 välillä 4,6 tapauksesta 21,4 tapaukseen 100 000 asukasta kohden. Vuonna 2011 määrä naisilla oli 3,0 tapausta 100 000 asukasta kohden, kun miehillä vastaava luku oli 6,2. Vuonna 2021 naisilla rahapeliriippuvuuden esiintyvyys oli 13,0 tapausta 100 000 asukasta kohden ja miehillä 30,2 tapausta 100 000 asukasta kohden (taulukko 1).

TAULUKKO 1.

Rahapeliriippuvuusdiagnoosit 100 000 asukasta kohden vuosina 2011–2021

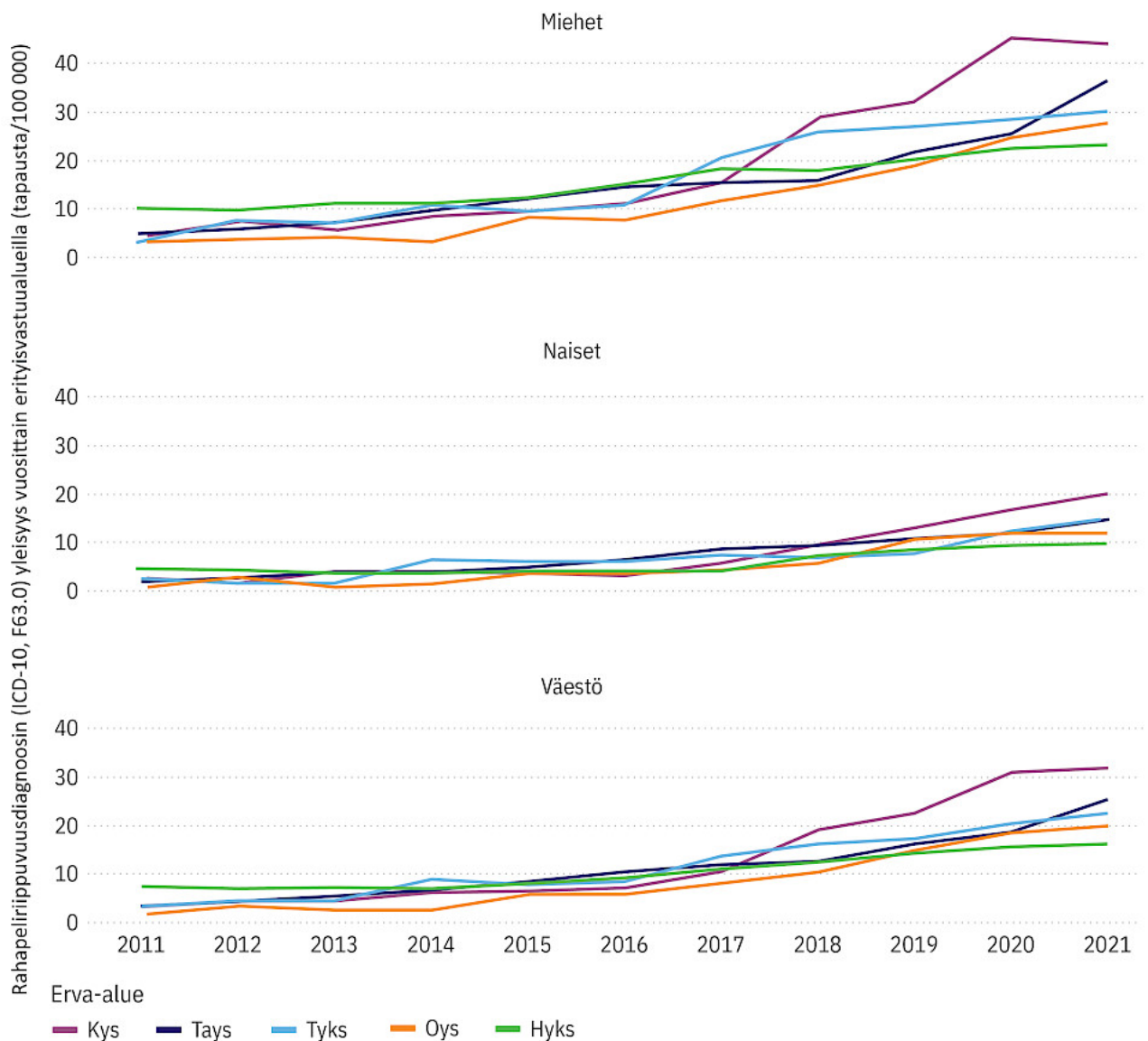
Rahapeliriippuvuusdiagnoosit/

100 000 henkilöä kohden	Miehet	Naiset	Kaikki
2011	6,2	3,0	4,6
2012	7,3	3,2	5,2
2013	8,1	3,2	5,6
2014	9,4	3,9	6,6
2015	10,9	4,5	7,6
2016	12,7	4,7	8,6
2017	16,7	5,9	11,2
2018	20,2	7,7	13,8
2019	23,2	9,7	16,3
2020	27,6	11,6	19,4
2021	30,2	13,0	21,4

Rahapeliriippuvuusdiagnoosit lisääntyivät Suomessa vuodesta 2011 vuoteen 2021 kaikilla erva-alueilla ([kuvio 1](#)). Kasvu oli suurinta Kuopion erva-alueella. Siellä rahapeliriippuvuusdiagnooseja oli väestössä 3,5 tapausta 100 000 asukasta kohden vuonna 2011 ja 31,9 tapausta 100 000 asukasta kohden vuonna 2021. Helsingin erva-alueella kasvu oli maltillisempaa. Vuonna 2011 siellä oli 7,4 tapausta 100 000 asukasta kohden ja vuonna 2021 puolestaan 16,2 tapausta 100 000 asukasta kohden ([kuvio 1](#)).

KUVIO 1.

Diagnosoidun rahapeliriippuvuuden esiintyvyys erityisvastuualueittain vuosina 2011–2021



Vuodesta 2011 vuoteen 2021 rahapeliriippuvuusdiagnoosien lisääntyminen miehillä oli suurinta Kuopion erva-alueella, jossa se kasvoi 4,5 tapauksesta 44,0 tapaukseen 100 000 asukasta kohden. Myös naisilla kasvu oli suurinta Kuopion erva-alueella, jossa tapausten määrä kasvoi 2,6 tapauksesta 20,1 tapaukseen 100 000 asukasta kohden.

Päätelmät

Tutkimuksessa selvitettiin Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) Hilmo-tietojen avulla rahapeliriippuvuusdiagnoosien esiintyvyyttä vuosina 2011–2021 ja mahdollisia alueellisia eroja yliopistosairaaloiden erva-alueittain tarkasteltuna. Tulokset osoittivat, että diagnoosit ovat yleistyneet kaikilla erva-alueilla. Diagnooseja on kuitenkin edelleen varsin vähän, sillä vuonna 2021 rahapeliriippuvuuden esiintyvyys erva-alueittain Manner-Suomessa asetettujen diagnoosien perusteella oli 16,2–31,9 tapausta 100 000 asukasta kohden (0,0162–0,0319 %).

Rahapeliriippuvuusdiagnoosin saaneiden määrissä havaittiin kasvua ja huomattavia alueellisia eroja, etenkin Kuopion ja muiden erva-alueiden välillä. Vuonna 2021 Kuopion erva-alueella tehtiin eniten rahapeliriippuvuusdiagnooseja ja siellä myös diagnoosien määrän kasvu oli suurinta verrattaessa vuoteen 2011. Myös päihdediagnoosien alueellinen tarkastelu osoitti diagnoosien painottuvan Itä- ja Keski-Suomeen (14). Nämä havainnot ovat linjassa THL:n sairastavuusindeksin kanssa, jonka mukaan väestö on sairaampaa Itä- ja Pohjois-Suomessa kuin muualla Suomessa (15).

Itä-Suomen kunnissa on myös huomattavan korkea työttömyysaste, joka voi selittää ilmiötä, sillä rahapeliongelmiin on havaittu olevan yleisempiä työttömillä ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla (16). On kuitenkin syytä huomioida, että alueelliset erot saattavat johtua etenkin siitä, että rahapeliriippuvuuden tunnistaminen ja hoito vaihtelevat alueittain. Alueiden välillä voi myös olla eroja kirjaamiskäytännöissä ja -kattavuudessa. Vuoden 2022 Terve Suomi -väestötutkimuksen mukaan Kuopion erva-alueella itsearvioidun rahapeliongelman esiintyvyys oli lähellä koko maan keskiarvoa (17). Lisätutkimusta tarvitaan, jotta voisimme sanoa, mistä erot Kuopion ja muiden erva-alueiden välillä johtuvat.

Diagnosoidun rahapeliriippuvuuden esiintyvyyden kasvusta huolimatta tapausten määrä oli huomattavan pieni kaikilla erva-alueilla. Koska esitetyt luvut kuvaavat erityisesti rahapeliriippuvuuden tunnistamista ja kirjaamista terveydenhuollossa, on hyvin todennäköistä, että rahapeliriippuvuuden esiintyvyys on todellisuudessa suurempi. Tätä oletusta tukevat aiempien väestötutkimusten tulokset, rahapeliongelmaan erikoistuneiden palveluiden yhteydenotot ja aiemmat tutkimushavainnot siitä, että rahapeliriippuvuus on selkeästi alidiagnosoitua (4,5,18).

Lue lisää: Rahapeliriippuvuuden varhainen tunnistaminen on tärkeää

Rahapeliriippuvuutta hoidetaan Suomessa usein myös sosiaalihuollossa, jossa ICD-10-diagnoosien kirjaaminen on vielä vähäistä. Sosiaalihuollon valtakunnallista tietopohjaa ja kirjaamista kuitenkin kehitetään Toivo-ohjelmassa ja sosiaalihuollon rekisteriuudistuksessa (19).

Alirekisteröinti voi johtua myös yksityissektorin työterveyshuoltokäynneistä, sillä kaikki työterveyshuollon kirjaukset eivät vielä näy Hilmo-rekistereissä.

Tukea ja hoitoa rahapeliongelmaan tarjoavat myös järjestöt ja kolmas sektori, ja rahapeliongelmia kokevia ohjataan myös aktiivisesti juuri näihin palveluihin. Siten on mahdollista, että ilmiötä ei opita tuntemaan ja tunnistamaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Myös tiedon puute riippuvuushäiriöiden tunnistamisesta ja hoidosta sosiaali- ja terveysalalla voi selittää alidiagnosointia.

Rahapeliriippuvuus on myös syytä erottaa digipeliriippuvuudesta, sillä vielä nykyään käytössä oleva termi pelihimo voi olla hieman harhaanjohtava. ICD-11-tautiluokituksessa molemmille toiminnallisille riippuvuuksille on omat erilliset diagnoosinsa ja diagnostiset kriteerinsä (2). Lisäkoulutusta molemmista peliriippuvuuksista tarvitaan haittojen ehkäisemiseksi.

Lue lisää: Tunnistatko digipeliriippuvuuden?

Toisaalta rahapeliriippuvuusdiagnoosien vähäinen määrä voi johtua siitäkin, että vain harva rahapeliongelma kärsivä hakee apua (20). Hoitoon hakeudutaan usein vasta sitten, kun ongelmat ovat monitahoisesti vakavia. Peliklinikan avohoidon asiakkailla peliongelma oli kestänyt keskimäärin 7–9 vuotta ennen hoidon aloittamista (18).

Hoitoon hakeutumisen tyypillisimpiä esteitä ovat halu hoitaa ongelma itse, tiedon puute annettavasta hoidosta, syyllisyys, häpeä ja leimaantumisen pelko (20,21). Tämän lisäksi rahapeliongelmalle on ominaista, ettei se näy ihmisestä millään tavalla ulospäin.

Rahapeliriippuvuuteen kuuluvat tyypillisesti voimakas leimaantumisen pelko (stigma) ja häpeä sekä rahapelaamisen määrän salaaminen läheisiltä ja hoitotaholta, minkä vuoksi ongelma pysyy helposti piilossa pitkiä aikoja tunnistamattomana. Täten ongelmat kehittyvät tyypillisesti – piilossa – erittäin vakaviksi ennen kuin henkilö päätyy hakemaan apua (21). Tämä seikka vaikeuttaa myös ilmiön tunnistamista sosiaali- ja terveydenhuollossa, minkä vuoksi aktiivinen puheeksi ottaminen on erityisen tärkeää.

Rahapeliongelman varhainen tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on ensisijaisen tärkeää. Tästä syystä rahapelaaminen pitäisi ottaa puheeksi ja seuloa erityisesti silloin, kun hoitoon hakeudutaan mielenterveyden häiriöiden tai päihteiden käytön vuoksi (21), mutta myös esimerkiksi koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa.

Vuonna 2023 valmistuva Käypä hoito -suositus rahapeliongelmaan antaa hyvät lähtökohdat yhdenmukaisen hoitopolun rakentamiselle tulevaisuudessa. Tietoa rahapeliriippuvuuteen liittyvistä hoitomahdollisuuksista ja hoidon sisällöstä tulee tarjota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ohella koko väestölle. Valmisteilla oleva kirjaamiskäytäntöjen ja toimenpidekoodien aktiivinen valmistelu parantaa tulevaisuudessa myös tarkemman valtakunnallisen kokonaiskuvan saamista.

Kirjoittajat

Tiina Latvala
TtT, erikoistutkija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointivaikuttajat-osasto

Miika Vuori
VTT, erikoistutkija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointivaikuttajat-osasto
vierailuva tutkija, Turun yliopisto, kansanterveystiede

Sari Castrén
FT, tutkimuspäällikkö
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointivaikuttajat-osasto
psykologi, dosentti, Turun yliopisto, riippuvuushäiriöt ja Helsingin yliopisto, kansanterveystiede

Tanja Grönroos
VTM, tutkija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointivaikuttajat-osasto
väitöskirjatutkija, Helsingin yliopisto, sosiaalipolitiikka

Jonna Levola
LT, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääkäri, päihdelääketieteen dosentti, Helsingin yliopisto,
kliininen opettaja Helsingin yliopisto, Clinicum, psykiatria
apulaisylilääkäri, Hus Aivokeskus, psykiatrian vastuualueryhmä

Anne H. Salonen
TtT, tutkimuspäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointivaikuttajat-osasto
dosentti, Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystiede

Sidonnaisuudet

Tiina Latvala: STM (palkkatyö THL:ssä ja aineiston hankintaan liittyvän tietopyynnön rahoitus).

Miika Vuori: Ei sidonnaisuuksia.

Sari Castrén: Työsuhde (Virkatyö THL:n rahapeliitiimi, tuen ja hoidon kehittäminen ja tutkimus), asiantuntijalausunto (Väitöskirjan esitarkastus Tampereen yliopisto, Svenska Spel -tutkimusrahoitusten arviointi), apurahat (Rikosseuraamusasiakkaiden rahapelaaminen. Keinoja uusintarikollisuuden ehkäisemiseksi ja tuen ja hoidon kehittämiseksi. 29.12.2022, THL), luentopalkkiot (Helsingin yliopisto, päihdelääketiedekoulutus: toiminnalliset riippuvuudet; Lääkäripäivät: toiminnalliset riippuvuudet, Päihdelääketieteen yhdistys: toiminnalliset riippuvuudet; Lundbeck/Terveystalo: toiminnalliset riippuvuudet, Tampereen kaupunki: toiminnalliset riippuvuudet; Kehitysvammaliitto: Päihde- ja toiminnalliset riippuvuudet), korvaus käsikirjoituksen valmistelusta (Duodecim: Peliriippuvuus, 2. painos, kirjoituspalkkio; Myllyhoitoyhdistys; Terveyskirjasto (Duodecim); Lääkärilehti), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Huumeriippuvuus: kirjoituspalkkio; Peliriippuvuus: kirjoituspalkkio), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Mehiläinen: Rahapeliongelman hoito ja tuki), muu (Alavida Health, Canada, alkoholiriippuvuuden hoidon kehittäminen, advisory board member, clinical advisor), sivutoimiluvat (Addiktum Helsinki: riippuvuushäiröiden hoito; Mehiläinen Forum: psykologin vastaanotto; Sari Castrén Consulting Oy).

Tanja Grönroos: STM (palkkatyö THL:ssä ja aineiston hankintaan liittyvän tietopyynnön rahoitus), apurahat (Alkoholitutkimussäätiö).

Jonna Levola: Asiantuntijalausunto (Valvira: pysyvä asiantuntijalääkäri), apurahat (Alkoholitutkimussäätiö), luentopalkkiot (Psykiatriyhdistys, PÄLY ry, Lundbeck/Otsuka, Abbvie, STEP-koulutus, Suomen Kätilöliitto, Suomen Menopausitutkimusseura, HY+), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim: oppikirjat), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (HY+), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Päihdelääketieteen yhdistys ry; Lääkäriliitto), muu (Päihdelääketieteen yhdistys ry, hallituksen puheenjohtaja, Erityispätevyystoimikunnan sihteeri; Duodecim Käypä hoito -työryhmä: rahapeliriippuvuus).

Anne Salonen: STM (palkkatyö THL:ssä ja aineiston hankintaan liittyvän tietopyynnön rahoitus), konsultointi (Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), Lower-Risk Gambling Guidelines Scientific Working Group; Central Queensland University, Australia), muut (University of Bergen: vastaväittäjän palkkio; Åbo Akademi: väitöskirjan esitarkastus; Helsingin yliopisto: väitöskirjan ohjaus).

Faktat

Tämä tiedettiin

- Vuosina 2011–2021 rahapeliriippuvuusdiagnoosi (ICD-10, F63.0) asetettiin 3 142 aikuiselle Manner-Suomessa.
- Diagnoosien määrä lisääntyi vuosien 2011 ja 2021 välillä.
- Miehillä oli enemmän diagnooseja kuin naisilla: noin kolmannes diagnooseista oli naisilla.

Tutkimus opetti

- Rahapeliriippuvuusdiagnoosin saaneiden määrässä havaittiin kasvua ja huomattavia alueellisia eroja, etenkin Kuopion ja muiden erva-alueiden välillä.
- Kuopion yliopistollisen sairaalan erva-alueella asetettujen diagnoosien määrä lisääntyi eniten.
- Diagnoosien määrän kasvusta huolimatta rahapeliriippuvuuden esiintyvyys oli vähäistä verrattaessa väestökyselyjen perusteella saatuihin arvioihin.

Kirjallisuutta

- 1 Castrén S, Raisamo S, Alho H. Rahapeliriippuvuuden varhainen tunnistaminen on tärkeää – uusia suuntaviivoja diagnostiikkaan, tukeen ja hoitoon. *Suom Lääkäril* 2022;77:1259–62.
- 2 Castrén S, Ulfes N, Levola J. Digipelaaminen voi kehittyä riippuvuudeksi: digipeliriippuvuus häiriönä ICD-11-tautiluokituksessa. *Duodecim* 2023;139:1169–76.
- 3 Salonen A, Lind K, Hagfors H, Castrén S, Kontto J. Rahapelaaminen, peliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet vuosina 2007–2019. *Suomalaisten rahapelaaminen 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 18/2020.*
- 4 Salonen AH, Castrén S, Latvala TA, Grönroos T, Levola J, Vuori M. Gender- and age-stratified analyses of gambling disorder in Finland between 2011 and 2020 based on administrative registers. *Nord Stud Alcohol Drugs* 2022;39:623–33.
- 5 Håkansson A, Karlsson A, Widinghoff C. Primary and secondary diagnoses of gambling disorder and psychiatric comorbidity in the Swedish health care system – a nationwide register study. *Front Psychiatry* 2018;9:426.
- 6 Lorains FK, Cowlshaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys: Comorbid disorders in pathological gambling. *Addiction* 2011;106:490–8.
- 7 Dowling NA, Cowlshaw S, Jackson AC, Merkouris SS, Francis KL, Christensen DR. Prevalence of psychiatric comorbidity in treatment-seeking problem gamblers: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49:519–39.
- 8 Ioannidis K, Hook R, Wickham K, Grant JE, Chamberlain SR. Impulsivity in gambling disorder and problem gambling: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology* 2019;44:1354–61.
- 9 Theule J, Hurl KE, Cheung K, Ward M, Henrikson B. Exploring the relationships between problem gambling and ADHD: a meta-analysis. *J Atten Disord* 2019;23:1427–37.
- 10 Karlsson A, Håkansson A. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: a longitudinal nationwide register study. *J Behav Addict* 2018;7:1091–9.
- 11 Abbott MW. The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. *Public Health* 2020;184:41–5.
- 12 Gambling: a neglected public health issue. *Lancet Public Health* 2021;6:e1.
- 13 Häkkinen P, Mölläri K, Saukkonen SM, Väyrynen R, Mielikäinen L, Järvelin. Hilmo – Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2020: Määrittelyt ja ohjeistus: Voimassa 1.1.2020 alkaen. Ohjaus 7/2019.
- 14 Rautiainen E, Leminen A, Linna M ym. Päihdediagnoosien alueellisen esiintyvyyden erot ja hoidon kustannukset. *Suom Lääkäril* 2022;78:e324.
- 15 THL. Sairastavuusindeksi: Hyvinvointialueiden väliset erot ovat selkeät, mutta koko maassa sairastavuus on vähentynyt (2022). thl.fi/fi/-/sairastavuusindeksi-hyvinvointialueiden-valiset-erot-ovat-selkeat-mutta-koko-maassa-sairastavuus-on-vahentynyt
- 16 Latvala T.A, Lintonen TP, Browne M, Rockloff M, Salonen AH. Social disadvantage and gambling severity: a population-based study with register-linkage. *Eur J Public Health* 2021;31:1217–23. doi.org/10.1093/eurpub/ckab162
- 17 [Sotkanet.fi](https://sotkanet.fi), Tilasto- ja indikaattoripankki, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2023. sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku?g=233
- 18 Palomäki J, Björkenheim J, Silvennoinen I, Auma-Aho P, Kämppi J, Nuutinen S. Peliklinikan palveluiden vuosien 2020 ja 2021 tilastoraportti. Helsinki: Peliklinikka 2022.
- 19 Heiskanen M. Tarvitsemme monipuolista tutkimusta palveluista rahapeliongelmiaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 2021;86:471–6.
- 20 Bijker R, Booth N, Merkouris SS, Dowling NA, Rodda SN. Global prevalence of help-seeking for problem gambling: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2022;117:2972–85.

21 Quigley L. Gambling disorder and stigma: Opportunities for treatment and prevention. *Curr Addict Rep* 2022;9:410–9.

English summary

Prevalence of diagnosed gambling disorder varies between areas

Introduction Gambling disorder (ICD-10: F63.0, pathological gambling) refers to repeated problematic gambling behaviour with serious long-term psychosocial, financial and health consequences. The prevalence of gambling disorder increased between 2011 and 2021 in Finland, but still only few people were diagnosed. There is no previous research on regional differences of the prevalence of gambling disorder.

Methods The study examines the administrative prevalence of diagnosed gambling disorder based on the national health register data (Hilmo) between the years 2011–2021 by sex and by specific catchment area of university hospitals (erva).

Results Diagnosed gambling disorder became more common from 2011 to 2021 in both men and women and in all regions. The number of diagnoses made in the erva area of Kuopio University Hospital increased the most. Despite the increase, the prevalence was low compared to estimates obtained from population surveys.

Conclusions More attention needs to be paid to early detection and intervention of gambling disorder.

Tiina Latvala, Miika Vuori, Sari Castrén, Tanja Grönroos, Jonna Levola, Anne Salonen

Copyright Lääkärilehti