

Rahapeliongelmat päihde-ehtoisten asiointien yhteydessä: tuloksia vuoden 2011 päihdetapauslaskennasta

TUULI LAHTI

FT, dosentti, erikoistutkija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto
Turun yliopisto
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Psykologian oppiaine

ANNE H. SALONEN

TtT, erikoistutkija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto

KRISTIINA KUUSSAARI

VTT, erikoistutkija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto

TIIVISTELMÄ

Palvelujärjestelmän näkökulmasta tietoa siitä, kuinka paljon rahapeliongelmiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa kohdataan, on toistaiseksi ollut niukasti saatavilla. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, kuinka paljon rahapeliongelmiä kohdataan sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvien päihde-ehtoisten asiointien yhteydessä sekä tarkastella asiakkaan rahapeliongelmiä selittäviä tekijöitä ja rahapeliongelmiin liittyvän tiedon olemassaoloa. Tutkimusaineistona on vuoden 2011 päihdetapauslaskenta, jossa saatiin tietoja 11 738 päihde-ehdoisesta asioinnista. Tutkimustulosten analysointiin käytettiin khiin neliolestiä, Fisherin tarkkaa testiä sekä binääristä logistista regressioanalyysiä. Rahapeliongelmiä kohdattiin 465 asiointin yhteydessä eli 4 %:ssa asiointeista. Asiakkaan rahapeliongelmiä parhaiten selittävät tekijät olivat miessukupuoli, naimattomuus, eläkkeellä olo, masennus ja muut mielenterveyden häiriöt. Rahapeliongelmiin liittyvän tiedon olemassaoloa parhaiten selittävät tekijät olivat naissukupuoli, eläkkeellä olo, masennus ja muut mielenterveyden häiriöt sekä avun hakeminen selvin päin. Tieto rahapeliongelmistä löytyi todennäköisemmin myös silloin, jos tiedot oli täytetty palvelutilanteessa tai heti sen jälkeen ja jos asiointi oli

ABSTRACT

Intoxicant-related visits at the Finnish social welfare and health care system and gambling problems

Tuuli Lahti, Ph.D., Adjunct Professor, Senior Researcher

Anne H. Salonen, Ph.D., Senior Researcher
Kristiina Kuussaari, D.Soc.Sc., Senior Researcher

The purpose of this study was to describe gambling problems in intoxicant-related visits to the Finnish social welfare and health care system and to study which factors explain the availability of the recorded gambling-related information. This article also describes the factors explaining the gambling problems of the clients. The data used in this study is based on the Survey on Intoxicant-related Cases gathered in 2011 in all social welfare and health care service units, with the exception of children's daycare centers (altogether 11 738 visits). The results were analyzed using Chi-Square Test, Fisher's Exact Test and Binary Logistic Regression Analysis. Gambling problems were recorded in 465 visits (4%), which is a high number when compared to the past-year prevalence of gambling problems in Finland (2,7%). The best explanatory factors for the clients gambling problems were male gender, unmarried marital status, retirement, depression and other mental health problems. The best explanatory factors for the availability of gambling-related information were

tapahtunut avo-, asumis- tai päihdehuollon erityispalveluissa. Rahapeliongelmiä tunnistamisen tehostamiseksi olisi kaikilta päihde- ja mielenterveyshäiriöiden vuoksi hoitoon hakeutuvilta asiakkailta syytä kysyä myös asiakkaan mahdollisesta rahapeliongelma.

Avainsanat: asiakkaat, mielenterveystyö, palvelutapahtuma, päihdehoitotyö, rahapelaaminen

female gender, retirement, depression or other mental health problems, and seeking help while sober. The availability of gambling-related information was also better available if the information was recorded during or immediately after clients' visit, or if the visit took place as a part of outpatient, housing or substance abuse-related social welfare and health care services. The results of this study are only tentative as Survey on Intoxicant-related Cases is not a direct sample survey method.

Key words: Addiction care, Clients, Episode of care, Gambling, Mental health nursing

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Rahapeliongelmiin liittyviä asiointeja tapahtuu sekä terveydenhuollossa että muissa palveluissa, kuten sosiaalitoimessa, velkaneuvonnassa, kriisikeskuksissa ja koulutoimessa.
- Rahapeliongelmat aiheuttavat kielteisiä pelaajaan, pelaajan läheisiin ja yhteiskuntaan kohdistuvia seurauksia.
- Hoitoon hakeutumisen kynnyks on rahapeliongelmissa korkea ja rahapeliongelmiä hoitoon liittyy alueellista epätasa-arvoisuutta ja palvelujen hajanaisuutta.

Mitä uutta käsikirjoitus tuo?

- Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että rahapeliongelmat tunnistetaan osassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja jo melko hyvin, mutta osaamisen kehittämiseksi on monin paikoin tarvetta.
- Mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi hoitoon hakeutuvilta asiakkailta olisi syytä kysyä aina myös rahapeliongelma ja päinvastoin.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja/tai johtamiselle?

- Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä rahapeliongelmiä tunnistamista, hoitoon liittyviä menetelmiä ja palveluja sekä niiden ohjausta ja arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelijoille ja ammattilaisille tulisi tarjota systemaattista koulutusta rahapeliongelmiin liittyvistä tekijöistä, sekä rahapeliongelmiä tunnistamisesta ja hoidosta.

Tutkimuksen lähtökohdat

Rahapeliongelma käsitteenä kuvaa ongelman eri vaikeusasteita aina lievistä rahapeliongelmaista lääketieteellisin perustein määriteltävään rahapeli-riippuvuuteen (Castrén 2013). Eriasteisista rahapeliongelmaista kärsii yli 100 000 suomalaista (Turja ym. 2012) ja lähes viidenneksellä suomalaisista on vä-

hintään yksi läheinen, jolla on ollut rahapeliongelma (Salonen ym. 2014a). Rahapeliongelma aiheuttaa kielteisiä pelaajaan, pelaajan läheisiin tai muuhun sosiaaliseen ympäristöön kohdistuvia seurauksia, kuten talous- ja terveysongelmia. Lisäksi samanaikaissairastavuus, kuten masennus, ahdistus, alkoholi- ja nikotiiniriippuvuus, on rahapeliongelmissa suhteellisen yleistä (Petty

2005, Lorains ym. 2011). Rahapeliongelmiin kehittämiseen yhdistettyjä riskitekijöitä ovat messukupuoli, nuori ikä, alhainen sosioekonominen asema, naimattomuus, asumusero ja avioero (Petry 2005).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tutkii rahapeliongelmiin esiintyvyyttä sekä kehittää rahapeliongelmiin ehkäisyä ja hoitoa sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta arpajaislain (1047/2001) edellyttämällä tavalla. Rahapeliongelmiin liittyvän palvelujärjestelmän kehittämistyössä on huomioitava paitsi arpajaislain, myös terveyden- (1326/2010) ja sosiaalihuoltolain asettamat velvoitteet (710/1982). Terveyden- ja sosiaalihuoltolain mukaisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on kunnilla. Lisäksi mielenterveys- (1116/1990) ja päihdehuoltolait (41/1986) raamittavat mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä. Mielenterveyslain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että kunnan järjestämien mielenterveyspalvelujen sisältö ja laajuus vastaavat kunnan tai kuntaliiton alueella esiintyvään palveluntarpeeseen. Päihdehuoltolaissa on vastaavasti säädetty kunnan roolista päihdepalvelujen järjestämisessä. Päihdehuoltolain linjaukset on syytä huomioida kehitettäessä palvelujärjestelmää rahapeliongelmiin osalta: päihdehuoltolain edellyttämällä tavalla päihdehuollon palveluja tulisi järjestää ensisijaisesti kehittämällä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Lakien asettamista velvoitteista huolimatta rahapeliongelmat on usein huomioitu heikosti kuntien palvelujärjestelmässä ja palvelujen saatavuudessa on tällä hetkellä suuria alueellisia eroja (Jaakkola 2008).

Rahapeliongelmiin liittyvien palvelujen hajanaisuudesta johtuen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on ollut epätoivoisuutta siitä, mihin palveluihin rahapeliongelmiä kärsivät asiakkaat tulisi ensisijaisesti ohjata. Keskeiseksi haasteeksi on nähty myös rahapeliongelmiin tunnistaminen palvelujärjestelmässä (Salonen ym. 2014). Rahapeliongelmiin tunnistaminen palvelujärjestelmässä on haastavaa, sillä asiakkaat ottavat ongelmaansa harvoin oma-aloitteisesti puheeksi (Jaakkola 2008).

Avunhakemisen kynnyksestä rahapeliongelmissä nostavat sekä sisäiset (kuten häpeä ja leimautumisen pelko) että ulkoiset (kuten pitkät hoitojonot ja tietämättömyys hoitovaihtoehtoista) tekijät (Tavares ym. 2002). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta vaaditaan taitoa tunnistaa ja ottaa oikealla tavalla puheeksi asiakkaan rahapeliongelma, jotta ongelmaan voidaan puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Itäpuisto ym. 2011, Lahti ym. 2012, Castrén ym. 2014).

Varhaisen tunnistamisen avulla asiakas voidaan ohjata avun piiriin nopeasti vähentäen rahapeliongelman aiheuttamaa inhimillistä kärsimystä ja ennaltaehkäisten rahapelaamiseen liittyvien ongelmien kasautumista. Varhaisen tuen ja avun näkökulmasta myös riskipelaamisen tunnistaminen saattaa olla merkityksellistä. Riskipelaaminen ilmentää uhkaa rahapeliongelmiin kehittymiselle. Hyviä välineitä sekä rahapeliongelmiin itsearviointiin että ammattilaisten työvälineiksi rahapeliongelman tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen on kehitetty ja kehitetään jatkuvasti (Itäpuisto ym. 2011, PGRTC 2011, Salonen ym. 2014b, Stinchfield 2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusohjelmissä ei kuitenkaan toistaiseksi ole huomioitu rahapeliongelmiin tunnistamista, puheeksi ottamista tai hoitoa: teemaan liittyvä osaamisen kehittäminen on ollut lähinnä työntekijöiden oman aktiivisuuden tai työpaikkakoulutuksen varassa.

Julkisen talouden kestävyysvaje ja väestörakenteen muutos asettaa paineita uudistaa niin sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteita kuin toimintatapoja. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa ja hallitusohjelmassa on painotettu, että ennaltaehkäisevää työtä ja asiakkaan asemaa on vahvistettava ja palvelujen laatua, saatavuutta ja vaikuttavuutta on parannettava (www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut). Palvelujärjestelmätutkimuksella on keskeinen rooli tässä työssä (Babor ym. 2009, Rautava ym. 2011). Tämä tutkimus tuottaa uutta tietoa siitä, miten rahapeliongelmiä kohdataan päihde-ehtoisten asiointien yhteydessä ja minkälaisia asiakkaiden taustat ovat. Tutkimus perustuu päihdetapaustas-

kennassa vuonna 2011 kerättyihin tietoihin. Päihdetapauslaskentoja on tehty neljän vuoden välein vuodesta 1987 lähtien (Nuorvala & Vertio 1989; Nuorvala & Lehto 1992; Kaukonen & Haavisto 1996; Nuorvala ym. 2000; Nuorvala ym. 2004; Nuorvala ym. 2008, Kuussaari ym. 2012). Rahapeliongelmat ovat olleet mukana päihdetapauslaskennassa vuodesta 2003 lähtien. Päihdetapauslaskennan tuottamaa tietoa voidaan jatkossa hyödyntää kehitettäessä palvelujärjestelmää rahapeliongelmiensa osalta.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, kuinka paljon rahapeliongelmiä kohdataan päihde-ehtoisten asiointien yhteydessä sekä tarkastella, mitkä tekijät selittävät asiakkaan rahapeliongelmiä ja rahapeliongelmiin liittyvän tiedon olemassaoloa. Tätä tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä rahapeliongelmiensa tunnistamista, hoitoon liittyviä menetelmiä ja palveluja sekä niiden ohjausta ja arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka paljon rahapeliongelmiä kohdataan päihde-ehtoisten asiointien yhteydessä?
2. Mitkä tekijät selittävät asiakkaan rahapeliongelmiä?
3. Mitkä tekijät selittävät asiakkaan rahapeliongelmiin liittyvän tiedon olemassaoloa?

Menetelmät

Aineiston keruu

Tutkimus on poikkileikkaustutkimus. Tutkimusaineisto pohjautuu THL:n seitsemänteen päihdetapauslaskentaan, joka toteutettiin 11.10.2011 samanaikaisesti kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa ja kolmannen sektorin toimipisteissä). Ainoastaan lasten päivähoito rajattiin laskennan

ulkopuolelle. Ennen laskentapäivää kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin lähetettiin materiaalipaketti, josta löytyivät sekä tarkat ohjeet että tarvittavat lomakkeet laskennan tekemiseen.

Laskentapäivänä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa pyydettiin kirjamaan ylös kaikki yhden vuorokauden aikana tapahtuneet päihde-ehtoiset asiointit. Päihde-ehtoisella asiointilla tarkoitetaan kaikkia niitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tapahtuneita asioita, joissa henkilökunta arvioi, että palveluja käyttävä henkilö on päihtynyt, päihde-ongelmaikäyttäjä, tai että hän käyttää palvelua päihde-ongelmaan liittyvän haitan, kuten tapaturman vuoksi. Päihde-ehtoinen asiointi on käsitteenä erilainen kuin lääketieteessä käytössä oleva päihdediagnoosi.

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa käytetty lomake sisälsi 23 asiakkaiden sosiodemografisia taustatekijöitä, asiakkaan päihde-ongelmaa ja palvelujen käyttöä kartoittanutta kysymystä. Lomake ja muu materiaali olivat saatavilla sekä suomen että ruotsin kielellä (linkki suomenkieliseen tutkimuslomakkeeseen: www.thl.fi/thl-client/pdfs/9dcec442-9d8e-4f01-8bfd-ed8e9c87cc1). Vuonna 2011 tutkimuslomake oli mahdollista täyttää joko paperiversiona tai sähköisesti.

Asiakkaiden rahapeliongelmiä kartoitettiin päihdetapauslaskennassa seuraavalla kysymyksellä: Onko asiakkaalla rahapeliongelmiä? 1) kyllä, 2) ei, 3) ei tietoa. Tässä artikkelissa on lisäksi käytetty asiakkaan sukupuolta, ikää, siviilisäätystä ja pääasiallista toimintaa kuvaavia taustamuuttujia (Taulukko 1). Myös palvelutyyppiä (avo- / laitospalvelu), toimintayksikkötyyppiä, mielenterveyttä, asiakkaan päihtyneisyyttä tutkimukseen valikoitumisen kriteerinä ja lomakkeen täyttämisen tapaa koskevat muuttujat ovat mukana tarkastelussa. (ks. myös lomake osoitteessa www.thl.fi/thl-client/pdfs/9dcec442-9d8e-4f01-8bfd-ed8e9c87ccc1.)

Aineiston analyysi

Rahapeliongelmiensa tarkastelussa asiakkaita, joilla oli rahapeliongelmiä verrattiin

niihin asiakkaisiin, joilla ei ollut rahapeliongelmiä (Taulukko 1–2). Tarkasteltaessa rahapeliongelmiä koskevan tiedon olemassaoloa, edellä mainitut kaksi ryhmää yhdistettiin yhdeksi ryhmäksi, joka nimettiin ”tieto olemassa”. Lopuksi niitä asiakkaita, joiden rahapeliongelmiä oli olemassa tieto, verrattiin asiakkaisiin, joiden rahapeliongelmiä ei ollut tietoa tai joiden kohdalla ei ollut lainkaan rahapeliongelmaa koskevaa merkintää (Taulukko 3–4).

Sosiodemografisten taustamuuttujien, asiakkaiden mielenterveyden ja palvelujen käyttöä kuvaavien muuttujien vertailussa käytettiin khiin neliötestiä (≥ 3 luokkaa) ja Fisherin tarkkaa testiä (2 luokkaa) (Taulukko 1 ja 3). Selittävien muuttujien ja rahapeliongelmiä sekä rahapeliongelmiä koskevan tiedon olemassaolon selitysosuutta ja tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin binäärisellä logistisella regressioanalyysillä (Taulukko 2 ja 4). Lopulliset mallit muodostettiin aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta hyödyntämällä sekä kokeilemalla erilaisia yhdistelmiä taulukoissa 1 ja 3 esitetyistä muuttujista. Malleihin otettiin mukaan ainoastaan ne muuttujat, jotka saavuttivat niissä tilastollisen merkitsevyyden. Binäärisen logistisen regressioanalyysin tulokset esitetään vetosuhteen (OR) ja 95 % luottamusvälien avulla (CI). Selitysosuuden (Nagelkerke R^2) avulla tarkasteltiin, kuinka suuri osa rahapeliongelmiä sekä rahapeliongelmiä koskevan tiedon olemassaolon vaihtelusta voidaan selittää taustamuuttujien, mielenterveyttä kuvaavien muuttujien tai palvelujen käyttöä kuvaavien muuttujien avulla. Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi määriteltiin p-arvo ≤ 0.05 .

Tutkimuksen eettisyys

THL:n tutkimuseettinen työryhmä on antanut päihdetapauslaskennan toteuttamiselle puoltavan lausunnon toukokuussa 2011. Laskennan peruseriaatteisiin kuuluu, että se toteutetaan nimettömänä. Mitään asiakkaan henkilöllisyyden paljastavia tietoja (nimi, sosiaaliturvatunnus) ei laskennassa kerätä. Myös ohjeistuksessa on korostettu, että lomakkeeseen ei tule merkitä sellaisia

tietoja, joiden perusteella asiakas olisi mahdollista tunnistaa. Aineiston keruussa, säilytyksessä ja arkistoinnissa noudatetaan tarkasti THL:n tietoturvaan liittyviä ohjeistuksia. Sähköinen aineisto on tallennettu ja arkistoidaan THL:n suojatulle verkkolevyille, jonne pääsy on rajoitettu. Aineistoa on luvanvaraisesti mahdollista käyttää myös jatkoanalyysissä.

Tulokset

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa saatiin tietoja yhteensä 11 738 päihteisiin liittyvästä asioinnista. Tieto rahapeliongelmiä oli saatavilla 7 519 asioinnin osalta ja näistä 465 asioinnin yhteydessä asiakkaalla kirjattiin olevan rahapeliongelmiä. Rahapeliongelmiä kohdattiin siis 4 % asioinneista.

Rahapeliongelmiin liittyvät tekijät

Rahapeliongelmiin yhteydessä olevien muuttujien tarkastelu osoitti, että asiakkaan miessukupuoli ($p < 0.001$), ikä ($X^2 = 14.653$, $df = 4$, $p = 0.005$), naimattomuus ($X^2 = 17.973$, $df = 4$, $p = 0.001$) ja muu mielenterveyden häiriö kuin masennus ($p < 0.001$) olivat yhteydessä rahapeliongelmiin (Taulukko 1). Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä rahapeliongelmiä ja asiakkaiden työtilanteen, masennuksen tai palvelujen käyttöä kuvaavien muuttujien välillä ei sen sijaan ollut.

Ristiintaulukoinnin tulosten perusteella asiakkaiden taustatiedoista, sekä asiakkaiden mielenterveyttä ja palvelujen käyttöä kuvaavista muuttujista muodostettiin kaksiluokkaisia muuttujia. Tämän jälkeen binääristä logistista regressioanalyysia hyödyntämällä muodostettiin asiakkaiden rahapeliongelmaa parhaiten selittävä malli (Taulukko 2). Asiakkaiden rahapeliongelmiä parhaiten selittävät tekijät olivat miessukupuoli (OR 1.67), naimattomuus (OR 1.24), eläkkeellä oleminen (OR 1.28), masennus (OR 1.37) ja muu mielenterveyden häiriö (OR 1.99). Asiakkaiden sukupuolen, siviilisäädyn, masennuksen ja muun mielenterveyden häiriön yhteinen selityssaste oli 0.03.

Taulukko 1. Asiakkaiden rahapeliongelmiin yhteydessä olevat tekijät (%)

Muuttuja	Asiakkaat, joista tieto N = 7519	Rahapeliongelma n = 465	Ei rahapeliongelmaa n = 7054	χ^2 / Fisherin Exact testi
Sukupuoli, mies (n = 7490)	70.2	79.1	69.6	$\chi^2 = 14.653$, df = 4, p = 0.005
Asiakkaan ikä vuosina (n = 7407)				
15–24-vuotta	8.5	9.9	8.4	
25–34-vuotta	19.9	20.3	19.9	
35–49-vuotta	26.2	28.6	26.0	
50–64-vuotta	30.8	32.6	30.7	
≥ 65 vuotta	14.6	8.6	15.0	
Sivillisyys (n = 7484)				$\chi^2 = 17.973$, df = 4, p = 0.001
Naimissa / rekisteröity parisuhde	11.0	6.7	11.3	
Avoliitossa	9.6	7.5	9.8	
Eronnut/asumerossa/leski	30.0	29.3	30.0	
Naimaton	47.4	55.2	46.9	
Ei tietoa	1.9	1.3	1.9	
Työtilanne (n = 7456)				$\chi^2 = 10.622$, df = 5, p = 0.059
Anstotyössä	8.5	7.8	8.5	
Työtön	36.4	33.2	36.6	
Eläkeläinen	44.3	51.0	43.8	
Opiskelija	5.0	3.9	5.1	
Kotiäiti/koti-isä	1.2	0.7	1.2	
Muu / ei tietoa	4.7	3.5	4.8	
Masennus (n = 7511)	29.1	32.1	28.9	p = 0.140
Muu mielenterveyden häiriö (n = 7511)	29.8	45.0	28.8	p < 0.001
Avun hakeminen päihtyneenä (n = 7519)	3.8	5.4	3.7	p = 0.080
Tiedot kerätty asiakashilanteessa / heti sen jälkeen (n = 7452)	59.7	58.9	59.8	p = 0.731
Avopalvelu (n = 7516)	62.0	61.9	62.0	p = 0.961
Toimintakykkötyyppi (n = 7519)				$\chi^2 = 4.504$, df = 4, p = 0.3421
Asumispalvelut	18.2	21.5	17.9	
Päihdehuollon erityispalvelut	38.9	38.3	38.9	
Terveydenhuollon palvelut	26.6	25.4	26.7	
Sosiaalihuollon palvelut	16.2	14.6	16.3	
Muu	0.1	0.2	0.1	

1 10.0% soluista odotettujen frekvenssien arvo on pienempi kuin 5.

Taulukko 2. Asiakkaiden rahapeliongelmia parhaiten selittävät tekijät

Asiakas	Muuttujat	Asiakkaalla rahapeliongelmia (n = 453)		
		p	OR	95% CI
Taustatiedot	Mies	<0.001	1.67	1.31–2.11
	Naimaton	0.036	1.24	1.01–1.51
	Eläkkeellä (mikä tahansa eläke)	0.013	1.28	1.05–1.56
Mielenterveys	Masennus	0.003	1.37	1.11–1.69
	Muu mielenterveyden häiriö	<0.001	1.99	1.63–2.43

Binäärinen logistinen regressioanalyysi (N = 7282); vertailuryhmänä ei rahapeliongelmia (n = 6829); Nagelkerke = 0.03.

Rahapeliongelmiin liittyvän tiedon olemassaolo

Yli kolmannekselta (36 %) asiakkaista puuttui kokonaan tieto rahapeliongelmistä. Rahapeliongelmiin liittyvä tieto oli kirjattu muita tarkasteluun valittuja alaryhmiä merkitsevästi paremmin naisilta ($p < 0.001$), 25–34-vuotiailta ($X^2 = 12.540$, $df = 4$, $p = 0.014$), naimattomilta ($X^2 = 666.378$, $df = 4$, $p < 0.001$) ja eläkeläisiltä ($X^2 = 254.974$, $df = 5$, $p < 0.001$) (Taulukko 3). Tieto rahapeliongelmistä löytyi todennäköisemmin myös silloin, jos asiakkaalla oli masennusta ($p < 0.001$) tai muu mielenterveyden häiriö ($p < 0.001$), jos asiakas oli hakenut apua selvin päin ($p < 0.001$) ja jos tiedot oli täytetty palvelutilanteessa tai heti palvelutilanteen jälkeen ($p < 0.001$) eikä esimerkiksi jälkikäteen potilas- tai asiakasasiakirjoista. Avopalveluissa asiakkaiden rahapeliongelmiin liittyvä tieto oli kirjattu laitospalveluja useammin ($p < 0.001$). Toimintayksikkötyypeittäin tarkasteltuna asiakkaiden rahapeliongelmiin liittyvä tieto oli saatavilla parhaiten päihdehuollon erityispalveluissa ja asumispalveluissa tapahtuvien asiointien osalta ($X^2 = 644.019$, $df = 4$, $p < 0.001$) (taulukko 3).

Tutkimuksen viimeisessä analyysivaiheessa binääristä logistista regressioanalyysia hyödyntämällä muodostettiin asiakkaiden rahapeliongelmiin liittyvän tiedon olemassaoloa parhaiten selittävä malli (Taulukko 4). Malliin otettiin mukaan ainoastaan ne kaksiluokkaiset muuttujat, jotka saavuttivat lopullisessa mallissa tilastollisen mer-

kitsevyyden. Rahapeliongelmaa koskevan tiedon olemassaoloa parhaiten selittävät muuttujat olivat naissukupuoli (OR 1.26), eläkkeellä olo (OR 1.41), masennus tai muu mielenterveyden häiriö (OR 1.60), avun hakeminen selvin päin (OR 1.48), tietojen täyttäminen asiakastilanteessa tai heti sen jälkeen (OR 2.03), asioiminen avopalveluissa (OR 1.22) ja asioiminen päihdehuollon erityispalveluissa ja asumispalveluissa (OR 2.79). Edellä mainittujen muuttujien yhteinen selitysaste oli 0.13.

Pohdinta

Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen tuloksia on arvioitava varovasti, sillä päihdetapauslaskentaan liittyy useita rajoituksia. Päihdetapauslaskenta edustaa laskentapäivänä päihde-ehdoisesti asioineita asiakkaita, joiden osalta asiakasta hoitanut työntekijä on täyttänyt tutkimuslomakkeen. Sama henkilö on saattanut asioida saman päivän aikana useassa toimipisteessä, joten päihdetapauslaskennan avulla ei saada täsmällistä tietoa palveluja käyttävien henkilöiden lukumäärästä. Vaikka artikkelissa käytetään termiä asiakas sujuvan ilmaisuuden takaamiseksi, käytännössä päihdetapauslaskennan tiedot kuvaavat asiointeja.

Päihdetapauslaskennan kattavuuden arviointi on haasteellista. Varsinaista kadon tarkastelua tai vastausprosentin laskemista

Taulukko 3. Rabapeltongelmia koskevan tiedon olemassaoloon yhteydessä olevat tekijät (%)

Muuttuja	Kaikki asiakkaat N = 11738	Ei tietoa / tyhjä n = 4219	Tieto olemassa N = 7519	χ^2 / Fisherin Exact testi
Sukupuoli, mies (n = 11658)	71.7	74.3	70.2	$\chi^2 = 12.540$, df = 4, p = 0.014
Asiakaan ikä vuosina (n = 11 510)				
15–24-vuotta	8.6	8.8	8.5	
25–34-vuotta	19.1	17.5	19.9	
35–49-vuotta	26.1	26.1	26.2	
50–64-vuotta	31.6	33.0	30.8	
≥ 65 vuotta	14.6	14.7	14.6	
Sivillisäätynyt (n = 11 627)				$\chi^2 = 666.378$, df = 4, p < 0.001
Naimisissa / rekisteröity parisuhde	11.0	10.9	11.0	
Avoliitossa	9.5	9.2	9.6	
Eronnut/asumuserossa/leski	28.3	25.1	30.0	
Naimaton	45.1	40.9	47.4	
Ei tietoa	6.2	13.9	1.9	
Työtilanne (n = 11 579)				$\chi^2 = 254.974$, df = 5, p < 0.001
Ansiotyössä	8.1	7.5	8.5	
Työtön	36.0	35.3	36.4	
Eläkeläinen	42.7	39.9	44.3	
Opiskelija	4.5	3.7	5.0	
Kotiäiti/koti-isä	1.1	0.9	1.2	
Muu	7.6	12.7	4.7	
Masennus (n = 11721)	25.8	19.9	29.1	p < 0.001
Muu mielenterveyden häiriö (n = 11723)	28.6	26.5	29.8	p < 0.001
Avun hakeminen päihtyneenä (n = 11734)	4.8	6.6	3.8	p < 0.001
Tiedot kerätty asiakastilanteessa tai heti sen jälkeen (n = 11591)	53.4	42.0	59.7	p < 0.001
Avopalvelu (n = 11734)	58.9	53.5	62.0	p < 0.001
Toimintakyökkötyyppi (n = 11 738)				$\chi^2 = 644.019$, df = 4, p < 0.001
Terveydenhuollon palvelut	32.3	55.0	26.6	
Sosiaalihuollon palvelut	18.6	22.2	16.2	
Asumispalvelut	17.4	11.7	18.2	
Päihdehuollon erityispalvelut	31.5	10.8	38.9	
Muu	0.2	0.3	0.1	

Taulukko 4. Rahapeliongelmiin liittyvän tiedon olemassaoloa parhaiten selittävät tekijät

Asiakas	Muuttujat	Tieto olemassa (n = 7361)		
		p	OR	95% CI
Taustatiedot	Nainen	<0.001	1.26	1.14–1.38
	Eläkeläinen	<0.001	1.41	1.30–1.54
Mielenterveys	Masennus / muu mielenterveyden häiriö	<0.001	1.60	1.47–1.74
Palvelujen käyttö	Avun hakeminen selvin päin	<0.001	1.48	1.23–1.77
	Tiedot täytetty palvelutilanteessa tai heti sen jälkeen	<0.001	2.03	1.85–2.24
	Avopalvelu	<0.001	1.22	1.11–1.35
	Päihdehuollon erityispalvelut tai asumispalvelut	<0.001	2.79	2.56–3.03

Binäärinen logistinen regressioanalyysi (N = 11424); vertailuryhmänä puuttuva tieto (n = 4063); Nagelkerke = 0.13

ei tässä tutkimusasetelmassa ole mahdollista tehdä. Katoa on saattanut syntyä monella eri tavalla: asiointia ei ole ehkä tunnistettu päihde-ehtoiseksi tai kokonainen toimintayksikkö on jäänyt syystä tai toisesta tiedonkeruun ulkopuolelle. Tutkimuksesta poisjättäytyminen on saattanut olla yksikön oma valinta, mutta voi olla myös niin, että tieto tutkimuksesta ei koskaan tavoittanut yksikköä. Jälkimmäinen liittyy pitkälti siihen, että Suomessa ei ole tällä hetkellä olemassa sellaista luotettavaa ja ajantasaista osoitteistoa, joka kattaisi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden tiedot. Päihdetapauslaskennan osoitetiedoissa oli tiedot noin 10 500 toimipaikasta (Kuussaari ym. 2012). Päihdetapauslaskennan vahvuus on kuitenkin siinä, että sen avulla saadaan poikkileikkaustietoa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon avo- että laitospalveluissa tapahtuvasta päihde-ehtoisesta asioinnista. Toistaiseksi tietoa ei ole tässä laajuudessa muulla tavalla saatavilla.

Yksittäisten muuttujien osalta päihdetapauslaskennan lomakkeet olivat pääsääntöisesti hyvin täytettyjä eikä puuttuvia tietoja ollut paljon. Rahapelikysymyksen kohdalla puuttuvien tietojen määrä oli kuitenkin huomattava; 33 prosentissa oli valittu ”ei tietoa” -vaihtoehto ja kolme prosenttia vastauksista oli kokonaan tyhjiä. Tästä huolimatta päihdetapauslaskennan aineisto tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden tarkas-

tella rahapelikysymystä koko palvelujärjestelmän tasolla.

Tutkimustulosten tarkastelu

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kohtasivat rahapeliongelmiä neljässä prosentissa kaikista päihde-ehtoisista asioinneista. Määrä on suuri verrattuna rahapeliongelmiin esiintyvyyteen (2,7 %) suomalaisessa väestössä (Turja ym. 2012). Koska rahapeli- ja päihdeongelmien välillä on yhteys (Hodgins ym. 2011, Lorains ym. 2011, Castrén ym. 2013a, 2013b) on ymmärrettävää, miksi rahapeliongelmat ovat suhteellisen yleisiä päihde-ehtoisesti asioivilla asiakkailla. Sietokyvyn kasvu, vieroitusoireet (kuten alakulo, ahdistus, ärtymys) sekä perustarpeiden ja velvollisuuksien laiminlyönti on liitetty sekä rahapeli- että päihdeongelmiin, samoin kuin tietyt persoonallisuuden piirteet (kuten impulsiivisuus ja elämyshakuisuus) (APA 2013). Samankaltaisesta oirekuvasta ja taustatekijöistä johtuen rahapeliongelmiin hoidossa on sovellettu päihdeongelmien hoitoon kehitettyjä menetelmiä (Lahti ym. 2012, Castrén ym. 2014).

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa asiakkaiden rahapeliongelmiä selittäviä tekijöitä olivat miessukupuoli ja naimattomuus. Tämä tutkimustulos on linjassa sekä edeltävien päihdetapauslaskentojen (Nuor-

vala ym. 2009) että muiden kotimaisten (Castrén ym. 2013a, 2013b) ja kansainvälisen tutkimusten kanssa (Shaffer ym. 1999, Hodgins ym. 2011, Williams ym. 2012). Myös eläkkeellä olo oli yhteydessä rahapeliongelmiin: 51 % rahapeliongelmiä kärsivistä asiakkaita oli eläkkeellä. Vuonna 2007 vastaava luku oli 49 % (Nuorvala ym. 2009). Vaikka päihdetapauskennassa eläkkeen määritelmä kattaa kaikki eläkeläiset (kuten työkyvyttömyys- ja vanhuuseläke), on rahapeliongelmaisten eläkeläisten osuus päihdetapauskennassa huomattavasti suurempi kuin aikaisempien tutkimusten perusteella voisi olettaa. Esimerkiksi Suomalaisten rahapelaaminen 2011 tutkimuksessa rahapeliongelmaisiksi luokituneista vastaajista 1,5 % oli eläkkeellä iän perusteella ja 4,7 % eläkkeellä muusta syystä kuin iän perusteella tai sairauslomalla (Turja ym. 2012). Näyttääkin siltä, että päihde-ehtoisesti asioivat rahapeliongelmaiset ovat eläkkeellä useammin kuin rahapeliongelmaiset keskimäärin, mikä saattaa selittyä ongelmien kasautumisen aiheuttamalla enenaikaisella eläköitymisellä. Tätä tukee myös havainto siitä, että ainoastaan 65-vuotiaiden tai sitä vanhempien ikäryhmässä rahapeliongelmiä kohdattiin muita ikäryhmiä vähemmän.

Asiakkaiden rahapeliongelmiin liittyi usein myös masennusta tai muita mielen-terveyden häiriöitä. Muihin mielen-terveyden häiriöihin luetaan tässä päihdehäiriötä ja masennusta lukuun ottamatta kaikki muut mielen-terveyden häiriöt. Tämä tutkimustulos on niin ikään linjassa aikaisemman kirjallisuuden kanssa (Hodgins ym. 2011, Lorains ym. 2011, Castrén 2013). Koska mielen-terveyden häiriöt ja rahapeliongelmat liittyvät kiinteästi toisiinsa, on suositeltavaa että rahapeliongelmiin vuoksi hoitoon hakeutuvilta asiakkailta kysytään aina myös muista mielen-terveysongelmista ja päinvastoin (PGRTC 2011, Lahti ym. 2012). Vuoden 2011 päihdetapauskennan perusteella tämä suositus näyttää myös toteutuvan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, sillä masennus ja muu mielen-terveyden häiriö selittivät myös rahapeliongelmiin liittyvän tiedon olemassaoloa. Masen-

nuksen ja muun mielen-terveyden häiriön ohella myös naissukupuoli selitti rahapeliongelmiä koskevan tiedon olemassa oloa tässä aineistossa. Naiset hakevat rahapeliongelmiinsa apua miehiä aktiivisemmin (Slutske ym. 2009, Jaakkola ym. 2012) ja ottavat rahapeliongelmansa miehiä useammin oma-aloitteisesti esiin asioidessaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Rahapeliongelmiin liittyvä tieto oli kirjattu erityisen hyvin myös eläkeläisiltä. Tämä tulos on linjassa sen kanssa, että eläkeläisillä rahapeliongelmiä havaittiin keskiarvoa enemmän tässä aineistossa.

Avun hakeminen selvin päin selitti rahapeliongelmiin liittyvän tiedon olemassaoloa. On todennäköistä, että asiakkaiden rahapeliongelmat tulevat esille paremmin sellaisissa palvelutilanteissa, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalla on yhteistyöhaluinen asiakas ja riittävästi aikaa keskittyä asiakkaan taustatietojen kartoitukseen. Koska päihtyneen asiakkaan kanssa työskentely on usein hidasta ja haastavaa, on ymmärrettävää, että päihtyneiden asiakkaiden rahapeliongelmat tulevat harvoin esille henkilökunnan keskittyessä ensisijaisesti asiakkaan akuutin ongelman kartoittamiseen ja hoitoon.

Jos asiakkaan tiedot oli täytetty palvelutilanteessa tai heti sen jälkeen, oli tieto rahapeliongelmiä olemassa todennäköisemmin kuin tilanteissa, joissa asiakkaan tiedot oli täytetty jälkikäteen esimerkiksi potilas- tai asiakasasiakirjoista. Kiireisten palvelutilanteiden täyttämässä arjessa henkilökunnan on vaikea muistaa yksittäisen asiakkaan tilannetta, joten olisikin suositeltavaa että asiakkaan tiedot kirjattaisiin ylös systemaattisesti aina palvelutilanteessa tai heti sen jälkeen.

Avopalveluissa tieto rahapeliongelmiä oli kirjattu ylös useammin kuin laitospalveluissa. Laitospalveluissa asiakkaan piilevä rahapeliongelma saattaa jäädä helposti asiakkaan muiden, vaikeampien ongelmien varjoon. Myös vuoden 2007 päihdetapauskennassa rahapeliongelmiin haettiin apua lähinnä avohoidon puolelta (Nuorvala ym. 2009). Laitospalveluissa rahapeliongelmiin liittyvä tieto oli saatavilla parhaiten

päihdehuollon erityispalveluissa (kuten kuntoutus- ja katkaisuyksiköt) ja asumispalveluissa (vanhainkodit, vanhusten palveluasumisyksiköt, psykiatrian- ja päihdehuollon asumispalveluyksiköt ja muut asumispalveluyksiköt) tapahtuvien asiointien osalta. Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että päihdehuollon erityispalveluissa ja asumispalveluissa rahapeliongelmia osataan tunnistaa jo melko hyvin.

Johtopäätökset

Päihde-ehtoisesti asioivilla asiakkailla rahapeliongelmia esiintyy enemmän kuin väestössä keskimäärin. Koska rahapeliongelmat esiintyvät usein samanaikaisesti päihde- ja mielenterveyshäiriöiden kanssa, olisi kaikilta päihde- ja mielenterveyshäiriöiden vuoksi hoitoon hakeutuvilta asiakailta syytä kysyä myös asiakkaan mahdollisesta rahapeliongelmasta.

Vaikka miehillä rahapeliongelmat olivat yleisempiä kuin naisilla, päihdetapauslaskennassa rahapeliongelmiin liittyvä tieto oli miehiltä heikommin kirjattu kuin naisilta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa olisi syytä kiinnittää nykyistä enemmän huomiota erityisesti miesten rahapeliongelmiin tunnistamiseen. Päihdetapauslaskennassa rahapeliongelmiin liittyvä tieto on

kirjattu eläkeläisiltä erityisen hyvin. Eläkeläisten rahapeliongelmia on syytä seurata myös jatkossa, sillä väestön ikääntyessä eläkeläisten rahapeliongelmiin esiintyvyys saattaa kasvaa nykyisestä.

Vaikka rahapeliongelmia kohdataan kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, koulutusta niiden tunnistamisesta ja hoidosta ei kuitenkaan toistaiseksi ole systemaattisesti tarjottu osana sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusohjelmia. Rahapeliongelmiin liittäminen opetussuunnitelmaan kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusohjelmissa loisi hyvän pohjan tulevaisuuden osaamiselle. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajilla on tärkeä rooli ammatillisille suunnatun rahapeliongelmiin liittyvän täydennyskoulutuksen mahdollistajina.

Jatkotutkimusta siitä, miten rahapeliongelmat tällä hetkellä tulevat esille sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksessa ja minikälaiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta arvioi rahapeliongelmiin tunnistamiseen ja hoitoon liittyvän osaamisen sa tarvitaan rahapeliongelmiin liittyvän osaamisen kehittämistyön pohjaksi.

VASTUUALEET

Tutkimuksen suunnittelu: TL, AS, KK, aineistonkeruu: KK, aineiston analysointi: AS, KK, käsikirjoituksen kirjoittaminen: TL, AS, KK, käsikirjoituksen kommentointi: TL, AS, KK

LÄHTEET

- APA, American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Babor TF, Stenius K & Romelsjö A. 2008. Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effect. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17 (1), 50–59.
- Castrén S. 2013. *Disordered Gambling in Finland: Epidemiology and a Current Treatment Option*. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteellinen tiedekunta.
- Castrén S, Basnet S, Pankakoski M, Ronkainen JE, Helakorpi S, Uutela A, Alho H & Lahti T. 2013a. An analysis of problem gambling among the Finnish working-age population: a population survey. *BMC Public Health* 29 (13), 519.
- Castrén S, Basnet S, Salonen AH, Pankakoski M, Ronkainen JE, Alho H & Lahti T. 2013b. Factors associated with disordered gambling in Finland. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 8 (1), 24.
- Castrén S, Salonen AH, Alho H & Lahti T. 2014. Rahapeliriippuvuuden diagnostiikka muutoksessa. *Suomen Lääkärilehti* 69 (7), 29–32.
- Hodgins D, Stea J & Grant J. 2011. Gambling disorders. *Lancet* 378 (9806), 1874–1884.
- Itäpuisto M, Lampinen K, Miettinen P, Naappi S, Perttula A-M, Smolander K & Vihriälä J. 2011. *Rahape-*

- lionsgelmien tunnistaminen, pubeeksi otto ja pelaajan auttaminen*. Pelissä-hanke. Sovatek-säätiö/MediaTrain.
- Jaakkola T. 2008. Pelihimo – miten tunnistaa salattu ongelma. *Duodecim* 124 (5), 504–510.
- Jaakkola T, Murto A & Pajula M. 2012. *Pelikklinikan toimintakatsaus 2012 ja Peluurin puolivuotisraportti 2012*. http://www.peluuri.fi/data/liitteet/pelikklinikka_toimintakatsaus_2012_pdf.pdf/ 15.01.2014
- Kaukonen O & Haavisto K. 1996. Päihdetapauslaskenta vuonna 1995. *Alkoholipolitiikka* 61 (2), 130–138.
- Kuussaari K, Ronkainen, J-E, Partanen A, Kaukonen O & Vormo H. 2012. Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (6), 640–655.
- Lahti T, Castrén S, Tenhola H, Heinälä P & Alho H. 2012. Rahapeliriippuvuutta voidaan hoitaa. *Suomen Lääkärilehti* 68 (6), 413–416.
- Lorains F, Cowlisheiw S & Thomas S. 2011. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 106 (3), 490–498.
- Nuurvala Y & Vertio H. 1989. Päihdetapauslaskenta 13.10.1987. Eikö kunnallinen päihdehoito tavoita nuoria eikä ”hyväosaisia”. *Sosiaalinen aikakauskirja* 2, 51–55.
- Nuurvala Y & Lehto J. 1992. Päihdetapauslaskenta 1991. *Alkoholipolitiikka* 57 (4), 262–269.
- Nuurvala Y, Metso L, Kaukonen O & Haavisto K. 2000. Päihde-ehtoinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauslaskentojen vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (3), 246–254.
- Nuurvala Y, Metso L, Kaukonen O & Haavisto K. 2004. Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987–2003. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (6), 608–618.
- Nuurvala Y, Huhtanen P, Ahtola R & Metso L. 2008. Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (6), 659–670.
- Nuurvala Y, Järvinen-Tassopoulos J & Huhtanen P. 2009. Mielenterveyden häiriöt yleisiä peliongelmaisilla päihdepalvelujen käyttäjillä. *Tiimi* 2, 9–11.
- Petry NM. 2005. *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment*. American Psychological Association. Washington DC.
- PGRTC, Problem Gambling Research and Treatment Centre. 2011. *Guideline for Screening, Assessment and Treatment in Problem Gambling*. Clayton, Monash University. Productivity Commission, Australia, Canberra.
- Rautava P, Salanterä S, Helenius H & Tofferi H. 2011. Palvelujärjestelmätutkimuksella parempaan terveydenhuoltoon. *Suomen Lääkärilehti* 66 (46), 3497–3501.
- Salonen AH, Castrén S, Alho H & Lahti T. 2014a. Concerned significant others of people with gambling problems in Finland: a cross-sectional population study. *BMC Public Health* 14:398.
- Salonen AH, Castrén S, Raisamo S, Alho H & Lahti T. 2014b. Rahapeliriippuvuuden tunnistamiseen kehitetyt mittarit. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 51 (2), 113–129.
- Shaffer HJ, Hall MN & Vander Bilt J. 1999. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *American Journal of Public Health* 89 (9), 1369–1376.
- Slutske WS, Blaszczyński A & Martin NG. 2009. Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from an Australian community-based twin survey. *Twin Research and Human Genetics* 12 (5), 4254–32.
- Stinchfield R. 2014. *A Review of Problem Gambling Assessment Instruments and Brief Screens*. Teoksessa David C.S. Richard, Alex Blaszczyński & Lia Nower (toim.) *The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling*. First Edition. John Wiley & Sons Ltd.
- Tavares H, Martins SS, Zilberman ML & el-Guebaly N. 2002. Gamblers seeking treatment: Why haven't they come earlier? *Addictive Disorders & Their Treatment* 1 (2), 65–69.
- Turja T, Halme J, Mervola M, Järvinen-Tassopoulos J & Ronkainen J. 2012. *Suomalaisten rahapelaaminen 2011*. Tilastoraportti 14/2012. THL, Helsinki.
- Williams R, Volberg R & Stevens R. 2012. *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Report prepared for the Ontario Problem gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. <http://hdl.handle.net/10133/3068/> 15.01.2014

Tuuli Lahti, FT, dosentti, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto; Turun yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Psykologian oppiaine, tuuli.lahti@thl.fi

Anne H Salonen, TtT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto, anne.salonen@thl.fi

Kristiina Kuussaari, VTT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto, kristiina.kuussaari@thl.fi