



Tommi 2003

Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja
•
Yearbook of Finnish Alcohol and Drug Research



ALKOHOLI- JA HUUME-
TUTKIJAIN SEURA RY

FINNISH SOCIETY FOR ALCOHOL AND DRUG RESEARCH

< tommi 2003 >

Tommin kirjoittajat

Hein, Ritva	VTM, kehittämispäällikkö, Stakes
Huttunen, Jussi	LKT, prof., pääjohtaja, Kansanterveyslaitos
Kaukonen, Olavi	VTT, dos., neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
Karlsson, Thomas	VTM, tutkija, Stakes
Lindeman, Jukka	HuK, informaatikko, Kansanterveyslaitos
Pitkänen, Tuuli	VTL, tutkija, Jyväskylän yliopisto
Pulkkinen, Lea	KT, prof., Jyväskylän yliopisto
Roine, Risto	LKT, dos., arviointiylilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Salaspuro, Mikko	LKT, päihdelääketieteen professori, Helsingin yliopisto
Tigerstedt, Christoffer	VTT, erikoistutkija, Stakes
Wahlfors, Lennart	LuK, tietohallintopäällikkö, Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus
Vuori, Erkki	LKT, prof., Helsingin yliopisto
Österberg, Esa	VTM, erikoistutkija, Stakes



< tommi 2003 >

Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja •
Yearbook of Finnish Alcohol and Drug Research

Jarmo Heinonen	VTM, informaatikko, ylitarkastaja, Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus
Hannu Alho	LKT, ylilääkäri, Kansanterveyslaitos
Jukka Lindeman	HuK, informaatikko, Kansanterveyslaitos
Kirsimarja Raitasalo	VTM, tutkija, Stakes
Risto Roine	LKT, dos., arviointiylilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
English:	David Sinclair
Julkaisija:	Alkoholi- ja huume tutkijain seura ry
Graafikko:	Mikko Reinikka, Albert Hall Finland Oy Ltd
Painopaikka:	Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2003
	ISSN 1458-9982

Sisältö

Risto Roine: Esipuhe / <i>Foreword</i>	4
Jussi Huttunen: Alkoholipolitiikan vuosi 2002 - pilvet tummuvat taivaalla	6
<i>Abstract: Alcohol Policy in Finland in 2002</i>	11
Tuuli Pitkänen & Lea Pulkkinen: Onko alkoholin käytön alaikäraja tuulesta temmattu?	12
<i>Abstract: Is the minimum age for alcohol use relevant?</i>	30
Esa Österberg: Vuosi 2004 -legenda jo vuodesta 1994	31
<i>Abstract: Year 2004 – already a legend since 1994</i>	47
Christoffer Tigerstedt & Thomas Karlsson: Vaivalloinen irtiotto.	49
<i>Abstract: Troublesome break</i>	66
Olavi Kaukonen: Tommi muuttuneissa palvelurakenteissa	67
<i>Abstract: Peter Perdition in a changing treatment environment</i>	81
Erkki Vuori: Alkoholi- ja huume kuolemat	82
<i>Abstract: Alcohol and drug deaths</i>	89
Mikko Salaspuro: Mitä on näyttöön perustuva hoito?	90
<i>Abstract: Evidence-based medicine</i>	100
Ritva Hein & Lennart Wahlfors: Tilastotietoa alkoholista ja huumeista	101
<i>Abstract: Statistics about alcohol and drugs.</i>	106
Jukka Lindeman: Alkoholi- ja huume tutkimus Suomessa 2002	107
<i>Abstract: Alcohol and drug studies in Finland. 2002</i>	108
• Alkoholi- ja päihdepolitiikka • <i>Alcohol and drug policy</i>	109
• Alkoholismi • <i>Alcoholism</i>	114
• Biolääketieteellinen alkoholi- ja huume tutkimus • <i>Biomedical alcohol and drug research</i>	114
• Historia, päihdekulttuuri ja perinne • <i>History, alcohol and drug culture and tradition</i>	117
• Liikenne • <i>Traffic</i>	118
• Päihdeongelmien ennaltaehkäisy ja hoito • <i>Prevention and treatment of substance abuse</i>	118
• Sukupuoli ja päihteet • <i>Substance abuse and gender</i>	120
• Nuoret ja päihteet • <i>Substance abuse and adolescence</i>	121
• Terveysongelmat ja kuolleisuus • <i>Health problems and mortality</i>	122
• Opinnäytteet • <i>Theses.</i>	124
Tekijäluettelo • Index of authors	125

Risto Roine



Esipuhe

Foreword

The Finnish Society for Alcohol and Drug Research has for over 40 years contributed to the advancement of research in Finland by arranging seminars and meetings for researchers to gather and exchange ideas. Starting last year, the Society has extended the possibilities for communication by publishing a yearbook with contributions from prominent individuals in the Finnish alcohol and drug research community. We hope that this second yearbook – Tommi 2003 - with its English language abstracts will help also the foreign reader to get an overview of the current ideas and problems in the Finnish Alcohol and Drug scene.

Viime vuonna ensimmäisen kerran ilmestynyt Alkoholi- ja huume-
tutkijain seuran vuosikirja ”Tommi 2002” osoittautui menestyksekkäiksi. Voidaan sanoa, että kirjan tuhannen kappaleen painos sananmukaisesti vietiin käsistä. Tästä kiitos kirjan artikkelien kirjoittajille, jotka olivat suomalaisen alkoholitutkimuksen- ja politiikan eturivin nimiä. Toivottavasti kirja herätti lukijoissa ajatuksia sekä alkoholi- ja huumeasioista kiinnostuneiden keskuudessa myös keskustelua, siitä mihin alkoholi- ja huume-
tutkimusta tulevaisuudessa pitäisi maassamme erityisesti suunnata.

Tämän järjestyksessään toisen vuosikirjan kokoamisen aikana Suomessa on käyty ajoittain kiivastakin keskustelua alkoholiverotuksesta, alkoholin tuontirajoitusten poistumisesta ja Baltian maiden jo näköpiirissä olevan EU-jäsenyyden vaikutuksesta Suomen alkoholioloihin. Useimpien näkemysten mukaan alkoholinkulutus tulee maassamme lähivuosina selvästi lisääntymään ja tuo väistämättä mukanaan haittoja, joiden torjumiseksi täytyisi pikaisesti ryhtyä sanoista tekoihin. Kokemus on osoittanut, että tämä työ ei tule olemaan helppoa. Tutkijoiden onkin - nyt jos koskaan - syytä astua esille ja varmistaa, että tulevaisuuden alkoholipoliittiset ja haittojen minimoimiseen tähtäävät ratkaisut perustuvat luotettavaan tutkimustietoon.

Myös huumeista on julkisessa sanassa vuosikirjan kokoamisen aikana käyty lähestyvien eduskuntavaalien virittämää keskustelua. Toisaalta on vaadittu miedoksi koettujen huumeiden osalta vapaampaa kulttuuria, toisaalta todettu, ettei mietous ole yhtä kuin vaarattomuus, ja pidetty tiukan yhteiskunnallisen kontrollin jatkumista välttämättömänä. Tunneperäisen keskustelun välttämiseksi on tärkeää, että myös alkoholi- ja huume-
tutkijat osallistuvat ajatusten vaihtoon. Lopulliset johtopäätökset tulee näissäkin kysymyksissä, aina kun se on mahdollista, perustaa tieteellisen tietoon.

Alkoholi- ja huume-
tutkijain seura on iloinen siitä, että seuran vuosikirjan artikkelien kirjoittajiksi on jälleen lupautunut merkittävä joukko omien alojensa asiantuntijoita ja toivoo, että tämä järjestyksessä toinenkin vuosikirja kuluu lukijoiden käsissä ja herättää mielipiteitä ja keskustelua. Seura kiittää vuosikirjan toimituskuntaa sen tekemästä työstä. Hankkeen saamasta taloudellisesta tuesta kuuluu kiitos Oy Alko Ab:lle.

Vuosikirja on luettavissa myös internetissä Alkoholi- ja huume-
tutkijain seuran kotisivuilla (www.ahtseura.org). Samoilta sivuilta saa tietoa myös seuran järjestämistä seminaareista ja seuraan jäseneksi liittymisestä. Jäsenyys varmistaa sen, että pysyt alkoholi- ja huume-
tutkimuksen osalta ajan hermolla tulevaisuudessakin.

Jussi Huttunen



Alkoholipolitiikan vuosi 2002 - pilvet tummuvat taivaalla

Pieni vuosikatsaus

Vuosi 2002 jää historiaan jaksena, jonka aikana kansakunta havahtui näkemään ja keskustelemaan viinan uhista ja ongelmista juuri sellaisina kuin ne ovat. Alkoholi on jo nyt yksi tärkeimmistä ellei tärkein yksittäinen väestön terveyden uhka. Kulutuksen kasvaessa haitat lisääntyvät ja näkyvät kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Ongelmat ovat suuria ja ratkaisuja on vähän. Peruskysymys on tuttu: millä saisi suomalaisen juomaan viisaasti – kohtuullisesti ja humalaa välttäten.

Suomen alkoholipolitiikka on vähitellen liberalisoitunut vuosikymmenien kuluessa. Kilometripylväitä on ollut kaksi: viinakauppojen avautuminen kieltolain jälkeen 5. huhtikuuta vuonna 1932 klo 10 ja keskioluen tulo elintarvikemyymälöihin uudenvuoden päivänä vuonna 1969. Kulutus on seitsemässä vuosikymmenessä kasvanut lähes 10-kertaiseksi. Ennen sotia se oli hieman yli litran, 1970-luvun alussa noin neljä litraa absoluuttista alkoholia asukasta kohti ja nyt kulutus lähenee jo 10 litran rajaa.

Seuraavan kilometripylvään ohi kuljemme vapunpäivän aamuna vuonna 2004. Tuolla hetkellä Viro liittyy Euroopan Unioniin ja silloin alkaa Suomeen virrata halpaa alkoholia. Luovuimme alkoholin maahantuontia koskevista rajoituksista liittyessämme Unioniin, mutta neuvottelimme itsellemme 10 vuoden siirtymäajan terveystieteellisin perustein. Vuoden 2004 alusta lähtien voimme tuoda alkoholia nykyisistä EU:n maista asiallisesti ottaen rajoituksetta ja toukokuun alusta 2004 myös uusista jäsenmaista, mm. Virossa. Kulutus kasvanee ainakin 11-12 litraan asukasta kohti vuodessa. Ohitamme Ranskan ja Italian kulutuksen - suomalaisella viinapäällä.

Kulutus kasvaa tasaisesti – ja niin myös haitat

Alkoholin kulutus kasvoi vuonna 2002 jo neljättä vuotta peräkkäin. Kokonaiskulutus oli 9.3 litraa ja tästä tilastoidun kulutuksen osuus oli 7.6 litraa. Alkon myynti kasvoi puhtaaksi alkoholiksi muunnettuna 6.1 %. Eri-tyisesti mietojen viinien myynti kasvoi - punaviinien 16 % ja valkoviinien 9 % - ja punaviinien myynti ohitti ensimmäisen kerran valkoviinien myyntin. Hanapakkaukset kasvattivat suosiotaan – niiden osuus viinien myynnistä oli jo 13 %.

Kulutus kasvaa myös Ruotsissa. Alustavien tietojen mukaan Systembolagetin myynti on vuonna 2002 lisääntynyt noin 10 %. Vuosimuutos on suurin 30-40 vuoteen. Myös ravintolamynti on nopeassa kasvussa. Ruotsalaisten kokonaiskulutus on edelleen kuitenkin suomalaisia pienempi.

Alkoholin haittoja koskevat tiedot saadaan 1-2 vuoden ja eräiltä osin vielä pitemmällä viiveellä, joten ajan tasalla olevaa informaatiota kulutuksen kasvun vaikutuksista haittojen määrään ja kirjoon ei ole. Vuonna 2002 julkistettu Terveys 2000 -tutkimus osoittaa yksiselitteisesti alkoholiongelman suuruuden. Alkoholiriippuvuuden kriteerit täyttyivät 8 % työikäisistä miehistä ja 2 % työikäisistä naisista.

Kansainvälisten kokemusten mukaan haittojen määrä on suorassa suhteessa kokonaiskulutukseen. Vuonna 2002 julkistetun eurooppalaisen tutkimuksen mukaan näin tapahtuu juomakulttuurista riippumatta ja juotiinpa viinejä, väkeviä tai olutta. Siten voidaan olettaa, että myös alkoholin haittavaikutukset ovat kasvussa. Lähes 3 000 henkeä kuolee vuosittain alkoholin käytön seurauksena, mikä on noin 5 % kaikista kuolemantapauksista. Sellaisten hoitajaksojen määrä, joissa alkoholisairaus oli pääsairautena, lienee noin 28 - 30 000 ja alkoholisairaudet ovat pääsairautena vuosittain yli 3 500 eläketapauksessa.

Kohtuullinen alkoholinkäyttö ei näytä olevan vaarallista, ja eräiden tutkimusten mukaan sillä voi olla jopa hyödyllisiä vaikutuksia, erityisesti sydän- ja verisuonitauteihin. Vuonna 2002 valmistui laaja amerikkalainen seurantalutkimus, jossa selvitettiin mm. eri juomatyyppien ja suojavaikutuksen yhteyttä. Viinit - punaviini mukaanlukien - eivät olleet parempia tai huonompia kuin väkevät juomat tai olut. Tutkijat päättelivät, että suojavaikutuksen takana on alkoholi eikä joku muu alkoholijuomien ainesosa - jos yhteys on todellinen. Tietoja alkoholin vaikutuksista sepelvaltimotautisairastuvuuteen väestötasolla ei ole meiltä eikä muualtakaan.

Alkoholipolitiikka terveystieteiden osana

Vuosina 2001 ja 2002 valtioneuvosto on käsitellyt kahta terveystieteiden poliittista asiakirjaa, joissa on otettu kantaa alkoholin terveyshaittoihin ja alkoholipolitiikkaan. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta muodostaa jatkon Terveystietä kaikille -ohjelmalle. Ohjelma kiinnittää huomiota erityisesti lasten, nuorten ja nuorten aikuisten alkoholin käyttöön ja esittää useita yhteiskunnan eri sektoreilla toteutettavia toimenpiteitä alkoholinkäytön aiheuttamien haittojen torjumiseksi ja hoitamiseksi.

Myös kansallinen terveydenhuollon kehittämisprojekti nosti esille alkoholiongelman keuhkolla 2002 valmistuneessa raportissaan ja esitti konkreettisenä toimenpiteenä keskioluen alkoholipitoisuuden alentamista. Ehdotus käynnisti värikkään keskustelun tiedotusvälineissä, ja väitteitä esitettiin niin puolesta kuin vastaan. Valtioneuvoston periaatepäätökseen ei laimennusehdotus kuitenkaan yltänyt. Keskustelu vei kuitenkin asioita eteenpäin – alkoholin haitat ja niiden torjuminen ovat sen jälkeen säilyneet lehden otsikoissa ja kolumnien ja yleisönosastokirjoitusten keuhkoaiheena.

Alkoholi ja huumeet ovat näkyvästi esillä myös Sosiaali- ja terveysministeriön strategia-asiakirjassa ja tärkeä osa syksyllä 2002 käynnistyneen sosiaalialan kehittämisohjelman työtä. Haasteena ovat erityisesti syrjäytymisen ehkäisy ja hoito ja päihdeongelmaisten ja muiden syrjäytymisvaarassa olevien väestöryhmien peruspalvelut.

2000-luvun alkoholiohjelman toteutus on vuonna 2003 jatkunut tehtyjen linjausten mukaisesti. Ohjelman kymmenen ehdotusta on tiivistetty kolmeen toiminta-alueeseen: resursoinnin vahvistaminen ja verkostoituva toimintamalli, paikallinen vaikuttaminen ja alkoholin myynti sekä palvelujärjestelmä ja sosiaalietuudet. Ohjelman uudistamistyö päihde- ja raittiusasioiden neuvottelukunnassa on alkamassa. Uudistustyössä painottuvat vuonna 2004 edessä olevat muutokset.

Veropolitiikka valinkauhassa

Vuoden 2002 lopulla käynnistyi kiivas keskustelu alkoholin verotusta koskevista ratkaisuista. Vielä vuotta aikaisemmin arveltiin, että vuosi 2004 hallittaisiin helposti. Maantieteellisen sijaintimme Itämeren perukoilla oletettiin estävän laajamittaisen viinarallin Keski-Euroopasta. Alkoholiveron kuviteltiin nousevan portaittain Saksasta pohjoiseen: Tanska laskisi veroa reilusti, Ruotsi kohtuullisesti ja Suomi vain vähän. Viron liittyminen nopeimmalla mahdollisella aikataululla Euroopan Unioniin muutti kaiken. Halpaa viinaa voi ostaa naapurista ja sitä myös ostetaan, jos hintaero on liian suuri.

Seuraava hallitus joutuu ensi töikseen tekemään alkoholiverotusta koskevia päätöksiä. Tarjolla on vain huonoja vaihtoehtoja. Jos alkoholiveroa

alennetaan, lisääntyy kulutus. Jos veroa ei lasketa, siirtyy osa viinaostoksista Viroon. Laiton välitys kasvaa, ja osa tuodusta alkoholista kulkeutuu lasten ja nuorten käsiin. Kaapissa olevat kymmenet virontuliaislitrat kuluvat nopeammin kuin pullo kerrallaan Alkosta ostetut tuotteet. Alkoholinkäyttö siirtyy koteihin ja palveluelinkeinot kärsivät. Vodkamatkoille jää ylimääräisiä euroja ja alkoholiveron tuotto vähenee. Veropohjan rapautuminen lisää vaikeuksia rahoittaa terveys- ja muita peruspalveluita.

Suomi on nyt samassa tilanteessa kuin Tanska ja Ruotsi. Tanska on jo päättänyt laskea väkevien juomien alkoholiveroa 45 %, ja myös Ruotsi alentaneen veroa, mutta todennäköisesti vähemmän kuin Tanska. Suomi edennee veropäätöksissään varovasti. Oluen ja mietojen viinien verotusta ei välttämättä tarvitse vähentää lainkaan – niiden tuonti ei lisäännä radikaalisti. Väkevien juomien ja aperitiivien verotusta jouduttaneen alentamaan, mutta sekin tulisi tehdä asteittain ja huolellisesti tilannetta seuraten.

Ratkaisuksi on esitetty EU:n alkoholiverotuksen kiristämistä ja tuontirajoitusten palauttamista. Ajatukset ovat kauniita, mutta eivät toteuttamiskelpoisia. Poliittisia mahdollisuuksia koko EU:n kattaviin alkoholiveroa koskeviin uudistuksiin ei ole. Viro ei nosta alkoholiverotustaan ja tuontirajoituksiin ei ole paluuta.

Alkon asemasta keskusteltiin

Keskustelu alkoholimonopolin tulevaisuudesta on jatkunut myös vuonna 2002. Kokoomuksen nuoret esittivät monopolin purkamista ja aiheesta keskusteltiin puolueen päättävissä elimissä, mutta päätöksiä ei asiasta tehty. Alkon asemaa tarkasteltiin myös Ministeri Eva Biaudetin asettaman alkoholipoliittisen työryhmän raportissa. Työryhmä asettui varovaisesti järjestelmän säilyttämisen kannalle.

Päivittäistavarakauppa on myös vuonna 2002 tehnyt aloitteita viinien siirtämiseksi ”maitokauppoihin”, mutta ei ole ainakaan yhtä kiinnostunut väkevien juomien myynnistä. Kansalaismielipide näyttäisi olevan nykyisen järjestelmän säilyttämisen kannalla. Vuosittain toistetussa mielipidekyselyssä nykyisen järjestelmän kannatus on säilynyt korkeana ja vain pieni osa ihmisistä kannattaa monopolin purkamista kokonaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus on vuoden aikana kiinnittänyt huomiota Alkon myymäläverkon laajenemisen mahdollisiin kielteisiin vaikutuksiin. Asiaa työestetään eteenpäin sosiaali- ja terveysministeriön ja Alko Oy:n yhteistyönä. Tavoitteena on, että myymälöitä koskevissa sijoituspäätöksissä otetaan mahdollisimman hyvin huomioon alkoholi- ja terveystieteelliset päämäärät.

Mitä tulevaisuus tuo tullessaan?

Alkoholipolitiikan keinovalikoima on nopeasti supistunut. Hinnoilla ei voida kulutukseen vaikuttaa, kun kuluttajat voivat helposti siirtää hankintojaan ulkomaanmatkoilla tehtäviksi. Alkon myymäläverkosto postipalveluihin on niin tiheä, että alkoholijuomien saatavuus ei enää rajoita kulutusta. Rajoittavan alkoholipolitiikan menettäessä merkitystä tarvitaan paikallisia toimia, ja eri toimijoiden ja kansalaisryhmien yhteistyötä alkoholi-ongelmien ehkäisemiseksi ja haittojen vähentämiseksi.

Ainoa kestävä keino ongelmien torjumiseksi on muutos kansakunnan asenteissa. Humalajuomista ei saa ihannoida ja humalassa toikkaroimisen tulee olla asia, jota hävetään. Tavat ja asenteet eivät kuitenkaan muutu yli yön ja niiden muuttamisessa tarvitaan kaikkia - kansalaisia, järjestöjä, tiedotusvälineitä, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, viranomaisia ja päättäjiä. Suomalaisen juomakulttuurin kehittäminen tulisi olla seuraava kansallinen terveyshanke.

Jussi Simpura ennusti Tommi 2002 -kirjaan sisältyneessä vuosikatsauksessaan, että jos vuosi 2001 oli melkoinen viinavuosi, niin vuodesta 2002 tulee vähintään samanveroinen. Hän oli oikeassa: niin tapahtui. Minäkin haluan ennustaa tulevaisuutta: vuonna 2003 alkoholin kulutus kasvaa ja keskustelu kiihtyy. Ja vuosi 2003 kalpenee vuoteen 2004 verrattuna.

Kirjallisuus:

Alkoholipolitiikka 2000. Sosiaali- terveysministeriön työryhmämuistioita 2002, 6.

Aromaa A, Koskinen S (toim). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, 2002, B3, 1-148.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002, 3.

Mukamal KJ, Conigrave KM, Mittleman MA, Camargo CA, Stampfer MJ, Willett WC, Rimm EB. Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. New Engl J Med 2003, 348: 109-118.

Norström T (toim.). Alcohol in postwar Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. National Institute of Public Health, Stockholm 2002.

Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001, 3.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -ohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001, 4.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollosta. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002, 6.



Alcohol Policy in Finland in 2002

Jussi Huttunen

Alcohol consumption increased in 2002 again for the fourth straight year. Starting in 2004, a flow of inexpensive alcohol can be expected from Estonia when it joins the European Union, unless the tax laws are changed. Alcohol consumption then will grow from the present 9.3 liters to around 11-12 liters per person per year. The harmful effects can be expected to increase in parallel with the consumption. The *Terveys 2000* (Health 2000) study, published in 2000, shows that 8% of working-age males and 2% of working-age females meet the criteria of alcohol dependence. Nearly 3000 people die every year as a consequence of alcohol use; this amounts to about 5% of all fatalities.

The *Terveys 2015* national health program is designed to pay special attention to children, teenagers, and young adults who use alcohol. In an interim report on national healthcare in the spring of 2002, there was a suggestion to decrease the alcohol contents of middle beer. The alcohol problem was clearly presented in the strategy document of the Social and Health Ministry, and an important part of the developmental program in the social field was started in the fall of 2002.

Discussion about the future of the alcohol monopoly continued in 2002. An alcohol policy work group appointed by Minister Eva Biaudet sided with maintaining the system. The majority of the population is also in favor of keeping the monopoly.

Alcohol policy today has fewer tools available. The only lasting way to prevent problems is to make a change in the general attitude. Habits and attitudes do not, however, change overnight. It also will require a joint effort by everyone — individuals, organizations, media, professionals in the social and healthcare field, administrators, and politicians. The Finnish drinking culture should be the target for the next national health project.

Käsitykset varhaisen alkoholin käytön ongelmallisuudesta ovat viime aikoina vakavoituneet. Tähän on syynä ensinnäkin se, että sellaiset tutkimukset, joissa on seurattu riittävän pitkän aikaa samojen henkilöiden alkoholin käyttötottumusten kehitystä ja elämänkulun muotoutumista, ovat lisääntyneet. Seuranta-ajan pidentyessä tutkijat ovat joutuneet tarkistamaan käsityksiään alkoholin käytöstä nuoruusikään kuuluvana ohimenevänä ilmiönä. Esimerkiksi Grant ym. (1987) olivat siinä käsityksessä, että alkoholin käyttö vähenee n. 21. ikävuoden jälkeen, mutta heidän uusimmat tuloksensa osoittavat (Grant & Dawson, 1997), että ne, jotka käytti-

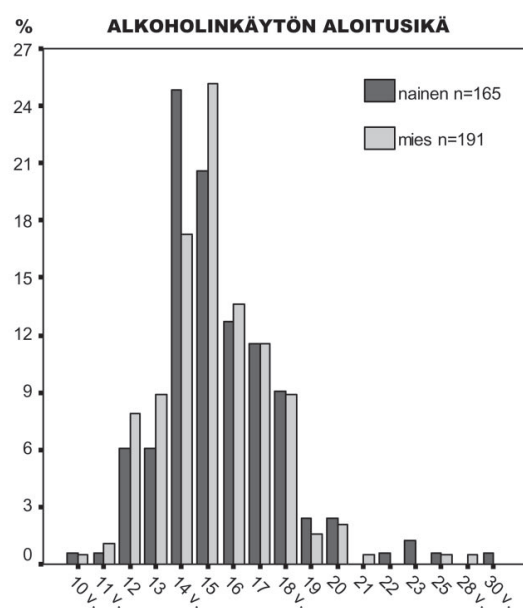
Kolmas näkökohta kytkeytyy tutkimusmenetelmien tarkentumiseen. Ne ovat tehneet mahdolliseksi alkoholin moninaisten vaikutusten tutkimisen. Hälyttäviä ovat tiedot, joiden mukaan alkoholi vaikuttaa nuoren ihmisen aivoihin oppimis- ja muistisuorituksia heikentävästi ja mielihyväratoja siten muovaavasti, että alttius riippuvuuden syntymiseen tulee ymmärrettäväksi (Kemppinen, 2002; Wuethrich & Levitt, 2001).

Alkoholin käyttöä koskevaa tietoa on kysytty henkilöiltä haastattele-
malla ja kyselylomakkeilla 14-, 20-, 27-, 36- ja 42-vuotiaana. Ensimmäistä
aineistoa 1968 koottaessa tutkimus toteutettiin 12:ssa satunnaisesti poi-
mitussa kansakoulun toisessa luokassa; luokissa oli yhteensä 369 oppilas-
ta, 173 tyttöä ja 196 poikaa. Oppilaista suurin osa oli syntynyt 1959. Viimei-
sin aineiston keruu on toteutettu 2001.

Seurantaan osallistuminen on ollut erittäin hyvää: vielä 42-vuotiaanakin alkuperäisestä joukosta tutkimukseen tavoitettiin noin 80 %. Yksi nainen ja viisi miestä oli kuollut 42 vuoden ikään mennessä. Tutkittu joukko on edustanut hyvin Suomessa 1959 syntynyttä ikäluokkaa, kun kriteerinä on käytetty Tilastokeskuksesta saatuja tietoja koulutuksesta, avioitumisesta tai työttömyydestä (Sinkkonen & Pulkkinen, 1996). Eri tutkimuskerroilla eri henkilöt ovat jääneet osallistumatta; vain muutama on kieltäytynyt kokonaan jatkotutkimuksista. Tutkimukseen 42-vuotiaana osallistuneet eivät eronneet tutkimuksesta kieltäytyneistä tai tavoittamatta jääneistä missään sosioemotionaalisen käyttäytymisen piirteessä 8- ja 14-vuotiaana eivätkä koulumenestyksessä 14-vuotiaana, eivät myöskään tupakoinnissa tai alkoholin käytössä 36 vuoden ikään mennessä.

Minkä ikäisenä alkoholin käyttö alkoi?

Minkä ikäisenä aloit käyttää alkoholia? Kysymys ei ole yksinkertainen. Monet kokeilevat ensin, mutta säännöllisempi käyttö alkaa joskus myöhemmin. Aloittamisella ei Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksessa tarkoiteta alkoholin maun maistamista vaan alkoholin nauttimista toveri- tai kotipiirissä. Alkoholin käytön aloitusikä määriteltiin kaiken käytettävissä olevan tiedon perusteella antaen etusija tiedolle, joka oli koottu 14- ja 20-vuotiaana sekä takautuvalle eli retrospektiiviselle tiedolle 27-vuotiaana. Retrospektiivista tietoa koottiin myös 36- ja 42-vuotiaana. Mitä myöhemmin retrospektiivinen tieto kootaan, sitä epätarkemmaksi aloitusikä tulee: 42-vuotiaan muistot aloitusiästä erosivat suurella osalla useita vuosia aiemmissa ikävaiheissa saadusta tiedosta.



Kuvio 1. Alkoholinkäytön aloitusikä.

Alkoholin käytön aloitusikä määriteltiin 165 naiselle (95 % alkuperäisestä otoksesta) ja 191 miehelle (97 %), yhteensä 356 tutkittavalle (96 %). Tutkituista 16 % oli aloittanut alkoholin käytön 13-vuotiaana tai nuorempana (kuvio 1). Tytöistä joka neljäs ilmoitti aloitusiäksensä 14 vuotta ja pojista 15 vuotta, mutta sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Alkoholilainsäädännön mukainen vähintään 18 vuoden aloitusikä toteutui 15,6 prosentilla tutkittavista.

Vuonna 1974 tutkittavista kutsuttiin haastatteluun harkittuun otantaan perustuen (Pulkkinen, 1982) 77 tytön ja 77 pojan otos; he olivat tuolloin iältään 14-vuotiaita. Myöhemmissä tutkimusvaiheissa koottujen tietojen perusteella heidän alkoholin käyttönsä ei poikennut muista. Puolet heistä oli 14 vuoden iässä maistanut alkoholia. Haastatelluista kertoi kuukausittain nauttivansa alkoholia 8 % ja viikoittain 5 %. Humalassa kertoi olleensa 2 % haastatelluista usein, 15 % silloin tällöin, ja 10 % oli kokenut humalan kerran. Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroa juomakertojen määrässä tai humalakokeiluissa. Heidän alkoholin käyttönsä vastasi melko hyvin suomalaisista 14-vuotiaista vuosina 1979 - 1981 koottuja tietoja (Lintonen ym., 2000).

Miten alkoholin ongelmakäyttöä aikuisiässä tutkittiin?

Alkoholin ongelmakäyttö on monitahoinen ja vaikeasti mitattava ilmiö, koska ongelmakäyttöä voi syntyä erilaisista käyttötavoista, jotka vaihtelevat päivittäisestä "tissuttelusta" tuurijuoppousjaksoihin ja alkoholismiin. Alkoholin käytöstä 36- ja 42-vuotiaana koottiin tietoa postitse lähetetyn elämäntilannekyselyn, henkilökohtaisen haastattelun ja haastattelun yhteydessä esitettyjen lomakkeiden avulla. Lomakkeet sisälsivät kaksi kansainvälisesti laajassa käytössä olevaa alkoholiongelman kartoitustestiä: CAGE (Ewing, 1984) ja MAST (Selzer, 1971). Jälkimmäisestä käytettiin Kristensonin ja Trellin (1982) Pohjoismaiden oloihin sovittamaa versiota (Seppä ym., 1990). Haastatteluissa käsiteltiin monelta kannalta alkoholin käyttöä ja siitä aiheutuneita ongelmia, kuten juopumuspidätyksiä.

Aikuisten alkoholin käyttöä tarkastellaan tässä tutkimuksessa viidestä näkökulmasta: juomakertojen määrä, humalajuomisen useus, MAST, CAGE ja alkoholin käyttöön liittyvät pidätykset. Alkoholinkäyttömuuttujat muodostettiin yhdistämällä 36- ja 42-vuotiaana koottu aineisto, jotta tieto saataisiin mahdollisimman monelta henkilöltä. Niiltä tutkittavilta, joilta oli tiedot molemmista ikävaiheista, valittiin suurempaa alkoholin käyttöä kuvaava arvio.

Ongelmakäyttöä koskevaa tietoa on saatu noin 92 prosentilta niistä, joille alkoholin käytön aloitusikä määriteltiin; tutkittujen määrät on ilmoitettu menetelmittain kuviossa 2. Hoitoon alkoholiongelman takia oli hakeutunut 10 miestä ja 3 naista eli noin 4 %. Alkoholin käytön oli viimeisimmän tiedon perusteella lopettanut 2.4 %. Yhtä lukuun ottamatta he kaikki oli-

vat käyttäneet alkoholia aikuisiässä, joten heillä oli käyttömääriä koskevat tiedot ennen lopettamista. Joka tutkimuskerralla 6 - 7 % sanoi pidätyvänsä alkoholin käytöstä, mutta kysymyksessä olivat eri henkilöt eri tutkimuskerroilla. Siten tutkittujen joukossa ei ollut yhtään sellaista abso-lutistia, joka ei olisi koskaan käyttänyt alkoholia.

Juomakertojen määrä vuodessa kuvaa alkoholin käytön useutta. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa käytti alkoholia 8.3 % vastaajista, viikoittain tai useammin 69.6 %. Miehet (n = 155) käyttivät alkoholia useammin kuin naiset, keskimäärin 157 päivänä vuodessa, naiset (n = 174) 99 päivänä (t (323.1) = -4.8, p < .001).

Humalajuomisen useus ja suurten annosmäärien nauttiminen kerralla kuvaavat toista alkoholin käytön ulottuvuutta. Vastaukset humalajuomisen useutta koskevaan kysymykseen tarkistettiin tiedolla siitä, kuinka suuria annosmääriä henkilö sanoi kerralla juovansa. Mikäli henkilö sanoi juovansa kerrallaan vähintään 5 annosta alkoholia, hänen katsottiin olleen vastaavalla tiheydellä myös humalassa. Muutama henkilö väitti, että ei ollut juonut itseään kertaakaan humalaan viimeksi kuluneen vuoden aikana, vaikka sanoi nauttineensa viikoittain jopa 13 - 19 annosta alkoholia kerrallaan.

Vastanneista 11.2 % ei ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana humaltunut kertaakaan, mutta saman verran (11.5 %) oli juonut itsensä humalaan viikoittain ja 10 % useamman kerran viikossa. Kaksi kolmasosaa tutkituista oli ollut humalassa pari kertaa kuukaudessa tai harvemmin. Miehet (n = 175) joivat itsensä humalaan keskimäärin 1 - 3 kertaa kuukaudessa, naiset (n = 155) harvemmin kuin kuukausittain (sukupuolten välinen ero t (328) = -7.4, p < .001).

Alkoholiongelman seulontatestejä esitettäessä tutkittavia pyydettiin vastaamaan ajatellen koko elämää. MAST-testin 9 kysymystä käsittelee alkoholin käytön tapoja, esim. “Oletko joskus juonut päivittäin pienen määrän alkoholia rentoutumismieleessä?” ja “Onko sinun koskaan tarvinnut juoda enemmän alkoholia kuin aikaisemmin saman vaikutuksen aikaansaamiseksi?” Tässä tutkimuksessa käytettiin kaksostutkimuksen (Kaprio ym., 2002) tavoin myös kahta riippuvuutta koskevaa lisäkysymystä: “Onko sinusta koskaan tuntunut vaikealta lopettaa yhteen ryöpyyn, kun olet aloittanut alkoholin juomisen?” ja “Onko sinusta koskaan tuntunut siltä, että joku läheisistäsi tai työtovereistasi on sitä mieltä, että sinun tulisi juoda vähemmän alkoholia?” MAST -testissä voi jokaisesta 11 kysymyksestä saada joko yhden tai nolla pistettä.

Alkoholiongelmaisuuden rajana on kaksostutkimuksessa (Kaprio ym., 2002) käytetty kuutta pistettä. Sen mukaisesti 36-vuotiaana oli tutkimistamme naisista (n = 137) alkoholin ongelmakäyttäjiä 26 prosenttia, mutta miehistä (n = 146) peräti 53 % prosenttia. Sukupuolten ero oli vielä jyrkempi 42-vuotiaana, jolloin naisista (n = 124) oli alkoholin ongelmakäyttäjiä 18 % mutta miehistä (n = 130) 57 %.

CAGE-testi sisälsi 4 kysymystä, joiden vastausvaihtoehdot olivat ei, joskus ja usein: “Oletko koskaan ajatellut, että Sinun pitäisi vähentää juomistasi?” “Onko Sinua koskaan harmittanut juomistasi koskeva arvostelu?” “Onko Sinulla koskaan ollut syyllisyydentunteita juomisesi takia?” ja “Oletko ottanut krapularyyppyä aamuisin?” Kaikkiin kysymyksiin ei-vastauksen antoi 43 % naisista (n = 153) ja 25 % miehistä (n = 175); kaikkiin kysymyksiin joskus tai usein vastasi 7 % naisista ja 25 % miehistä.

Alkoholin käyttöön liittyvät pidätykset pisteitettiin vakavuuden perusteella: juopumus julkisella paikalla (= 1), alkoholin luvaton myynti (= 2), rattijuopumus (= 3) ja törkeä rattijuopumus (= 4). Naisista 10 %:lla ja miehistä peräti 36 %:lla oli alkoholin käyttöön liittyvä pidätys. Enemmistöllä näistä miehistä oli useita juopumuspidätyksiä tai rattijuoppoutta, kun taas näillä naisilla oli enimmäkseen vain yksi juopumuspidätys. Suhtautuminen päihtyneenä julkisella paikalla esiintymiseen oli nykyistä kielteisempää 1970-luvulla ja 1980-luvun alkupuolella, joten juopumuspidätyksiäkin tehtiin silloin nykyistä herkemmin.

Ongelmakäytöstä samanlaista tietoa eri menetelmillä

Alkoholin käyttötottumukset eli juomakertojen määrä ja humalajuomisen useus olivat sekä naisilla että miehillä vahvasti toisistaan riippuvaisia (korrelaatio .57, p < .001). Humalakertojen useus aikuisiässä korreloi molempiin alkoholiongelman seulontatesteihin, CAGE (.64, p < .001) ja MAST (.61, p < .001), sekä alkoholipidätyksiin (.38, p < .001) vahvemmin kuin juomakertojen määrä (MAST: .37, p < .001; CAGE: .33, p < .001; alkoholipidätykset: .15, p < .01). Alkoholiongelman seulontatestien tulokset vastasivat toisiaan erittäin hyvin (korrelaatio .69, p < .001). Henkilöt, jotka olivat saaneet korkeita pistemääriä näissä testeissä olivat myös todennäköisimmin tulleet pidätetyiksi alkoholin käytön takia, mitä osoittavat pidätysten määrän korrelaatiot alkoholiongelman seulontatestien pistemääriin (CAGE: .47 ja MAST: .44, molemmissa p < .001).

Vaikka alkoholin käytön arviointimenetelmät tuottivat samansuuntaista tietoa, keskinäisten korrelaatioiden ollessa merkitseviä, niin yksilötasolla johtopäätöksiä alkoholiongelmaasta ei yhden mittarin perusteella pidä tehdä. Kokonaiskuvan saamiseksi jonkun henkilön alkoholin käytöstä on tarpeen ottaa huomioon useita näkökulmia.

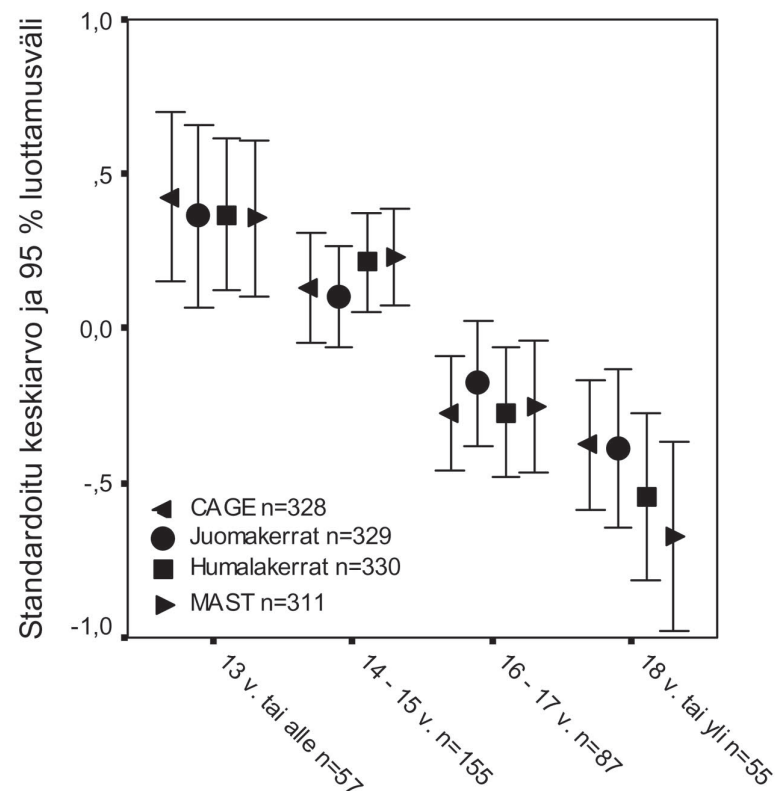
Varhainen alkoholin käytön aloitus ennustaa alkoholiongelmia

Alkoholin käyttötottumukset nuoruusiässä (14 – 20-vuotiaana) eli sekä juomakertojen määrä että humalakertojen määrä olivat yhtä vahvasti yhteydessä ongelmajuomisen osoittimiin 36 – 42-vuotiaana. Pienempienkin alkoholimäärien tiheä nauttiminen on siten tässä iässä alkoholiongelmien

kehittymisen riski. Ongelmakäyttäjien joukossa oli myös myöhemmin alkoholin käytön aloittaneita, mutta nuorena juomisen aloittaneiden riski oli poikkeuksellisen suuri.

Tutkittavat ryhmiteltiin alkoholin käytön aloitusiän perusteella neljään ryhmään: 13-vuotiaana tai nuorempana aloittaneet (n = 57), 14 – 15-vuotiaana aloittaneet (n = 155), 16 – 17-vuotiaana aloittaneet (n = 87) ja 18-vuotiaana tai vanhempana aloittaneet (n = 55). Näitä ryhmiä vertailtiin aikuisiässä arvioiduissa alkoholin ongelmakäytön muuttujissa. Kuten kuvio 2 osoittaa, varhain alkoholin käytön aloittaneet käyttivät alkoholia aikuisiässä enemmän ja useammin; myös heidän pistemääränsä alkoholi-ongelman seulontatesteissä olivat korkeammat. Humalajuominen oli erityisen vähäistä ja mm. MAST-testin pistemäärä oli erityisen alhainen, jos alkoholin käyttö oli aloitettu vasta 18-vuotiaana tai myöhemmin.

Alkoholin käytöstä aiheutuneet pidätykset olivat varhain aloittaneilla hieman yleisempiä kuin myöhemmin aloittaneilla (korrelaatio $-0,11$, $p < .05$). Tapauksia oli kuitenkin niin vähän, että aloitusikäryhmien väliset erot eivät olleet merkitseviä, joten keskiarvot on jätetty pois kuvioista 2.



Kuvio 2. Alkoholin käytön aloitusiän yhteys alkoholin ongelmakäyttöön aikuisiässä. Kuvioon on merkitty kunkin aloitusikäryhmän keskiarvo ja hajonta muuttujissa, jotka on standardoitu siten, että koko aineiston keskiarvoksi tulee 0.

Kuviosta 2 näkyy, että 16 vuoden ikä on eräänlainen virstanpylväs; sitä ennen ja sen jälkeen alkoholin käytön aloittaneet poikkesivat toisistaan merkitsevästi kaikissa neljässä alkoholin ongelmakäytön kriteerissä. 15-vuotiaana tai nuorempana alkoholin käytön aloittaneilla oli runsaampaa alkoholin käyttöä ja enemmän siihen liittyviä ongelmia kuin 16-vuotiaana tai myöhemmin aloittaneilla. Sukupuolten välillä ei ollut eroa.

Päihteiden käyttö kasautuu samoille henkilöille

Varhainen alkoholin käytön aloittaminen oli yhteydessä tupakointiin; alkoholin käytön aloitusikäryhmien väliset erot tupakoinnin määrässä 36 - 42 vuoden ikään mennessä olivat erittäin merkitseviä vastaavaan tapaan kuin kuviossa 2 esitetyt erot alkoholin ongelmakäytössä. Alle 16-vuotiaana alkoholin käytön aloittaneista 35 % tupakoi aikuisiässä päivittäin ja vain 19 % ei ollut missään elämänsä vaiheessa tupakoinut. Yli 16-vuotiaana alkoholinkäytön aloittaneilla vastaavat luvut olivat 24 % päivittäin ja 43 % ei koskaan ($\chi^2(3) = 24,5$, $p < .001$). Alkoholin käytön aloittaminen myöhemmällä iällä on yhteydessä siihen todennäköisyyteen, että henkilö ei koskaan tupakoi.

Huumeiden käyttö kytkeytyi tupakointiin. Päivittäin tupakoivista (n = 106) oli kokeillut tai käyttänyt huumeita 35 %, satunnaistupakoijista ja tupakoinnin lopettaneista (n = 142) 23 %, mutta tupakoimattomista (n = 104) 8,7 %. Yhteys oli tilastollisesti merkitsevä ($\chi^2(6) = 22,3$, $p < .001$). Alle 13-vuotiaana tai nuorempana alkoholin käytön aloittaneista (n = 57) oli kokeillut tai käyttänyt huumeita 32 % ja 18-vuotiaana tai vanhempana aloittaneista (n = 52) 15 % (Fischerin exact test $p = .039$).

Neljätoista vuoden iässä 6 tyttöä ja 8 poikaa (4 % haastatelluista) luokiteltiin riskiryhmään, koska heillä oli juopumuspidätys tai koska he käyttivät alkoholia viikoittain ja kertoivat juovansa itsensä humalaan silloin tällöin tai usein. Jokaisella heistä oli runsasta alkoholin käyttöä myös aikuisiässä ja sen mukanaan tuomia ongelmia. Yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat tupakoineet; huumeita oli käyttänyt viisi ja kokeillut yksi.

Ongelmien kasautumista kuvastaa myös se, että viidellä henkilöllä niistä kuudesta, jotka olivat kuolleet 42 vuoden ikään mennessä oli aikaisemmissa tutkimusvaiheissa todettu ongelmajuomista ja huumeiden käyttöä, ja useimpien kuolinsyy liittyi alkoholin liikkakäyttöön. He erosivat muista jo lapsuusiässä: 8-vuotiaana heidän tunteiden hallintaa kuvastavat sosiaaliset taitonsa ristiriitojen käsittelyssä olivat heikommalla ja 14-vuotiaana heidän aggressiivisuutensa oli runsaampaa kuin muilla.

Varhaisnuoren aggressiivisuus ennakoi alkoholin käyttöä

Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksessa on hankittu tietoa sosioemotionaalista käyttäytymisestä 8 vuoden iästä alkaen. Aikaisemmat tutkimukset ovat viitanneet siihen, että lasten aggressiivisuus ennakoi myöhempää alkoholin käyttöä. Havainto varmistui myös tässä tutkimuksessa silloin, kun muodostettiin 8- ja 14-vuotiaana arvioidun aggressiotason perusteella kolme aggressiivista ja kolme epäaggressiivista ryhmää (Pulkkinen & Pitkänen, 2002).

Lapsen aggressiivisuus, riippumatta siitä, vähenikö se murrosikää kohti (n = 37), lisääntyikö se murrosikää kohti (n = 44) vai jatkuiko se koko kouluiän ajan runsaana (n = 10), lisäsi alkoholin käyttöön liittyvien pidätysten todennäköisyyttä epäaggressiivisuuteen verrattuna. Alkoholin käytön aloituksessa ryhmien kesken oli eroja. Se pieni joukko oppilaita, jotka olivat hyvin aggressiivisia sekä 8- että 14-vuotiaana erosi muista siinä, että he olivat aloittaneet alkoholin käytön nuorimpina, keskimäärin 13,5-vuotiaana. Ne, joiden aggressiivisuus lisääntyi murrosikää kohti, olivat aloittaneet alkoholin käytön keskimäärin 14,9-vuotiaana. Muut tutkittavat olivat aloittaneet alkoholin käytön keskimäärin 15,6-vuotiaana. Ne oppilaat, joiden aggressiivisuustaso väheni kouluiän aikana, eivät aloittaneet alkoholin käyttöä muita aikaisemmin. Olennaista oli siten erityisesti poikien osalta se, mikä oli aggressiivisuustaso 14-vuotiaana.

Jatkuva aggressiivinen käyttäytyminen tai murrosikää kohti lisääntyvä aggressiivisuus on vakava riski myös alkoholiongelmien esiintymiselle CAGE-testin perusteella. Paras ennuste oli niillä, jotka olivat epäaggressiivisia (n = 94) tai enintään lievästi aggressiivisia (n = 70) tai, jotka olivat siten jämäköitä (n = 101), että puolustivat itseään tarvittaessa, mutta eivät hyökänneet muiden kimppuun. Juuri toisten kiusaaminen ja aiheettomalta näyttävä hyökkäily ennustavat vastaisia vaikeuksia (Pulkkinen & Pitkänen, 1993). Alkoholin ongelmakäytön ohella ne näkyvät muunkin tyyppisessä rikollisuudessa, kuten kansainväliset tutkimukset osoittavat (Olweus, 1991).

Muissa 14-vuotiaana todettujen sosioemotionaalisen käyttäytymisen piirteissä oli alkoholin käytön aloitusikäryhmien välillä eroja siten, että ne tytöt, jotka aloittivat alkoholin käytön 13-vuotiaana tai nuorempina, olivat tunne-elämältään labiileimpia eli heidän mielialansa vaihtelivat paljon. Tytöt, jotka aloittivat 14 – 15-vuotiaana olivat aktiivisimpia toimimaan tovereiden kanssa, ja ne tytöt, jotka aloittivat alkoholin käytön 18-vuotiaana tai vanhempana, olivat mukautuvaisempia ja harkitsevampia kuin muut. Koulumenestyksessä oli tyttöjen kesken huikeat erot: niillä, jotka aloittivat alkoholin käytön 13-vuotiaana tai nuorempana, oli lähes numeroa heikompi keskiarvo kuin niillä, jotka aloittivat alkoholin käytön 18-vuotiaana tai vanhempana.

Lasten ongelmat kumpuavat kasvuoloista

Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksessa olemme selvittelleet myös myönteisen kehityksen edellytyksiä. Suotuisaa kehitystaustaa tutkittaessa kriteeriksi asetettiin aikuisiässä todettava sosiaalinen toimintakyky, jota määritteli yhteiskuntaan jäsentyminen, hallittu alkoholin käyttö ja vakaa työura ammattiasemasta riippumatta. Tilastollisin kriteerein sosiaalisen toimintakyvyn ennustajiksi tulivat seuraavat suotuisaa kehitystaustaa kuvaavat asiat (Pulkkinen ym., 2002):

- hyvät sosiaaliset taidot 8 vuoden ikään mennessä
- oppilaan kiinnostus koulutyötä kohtaan ja koulumenestys 14-vuotiaana
- hyvät kasvuolot, joita luonnehti vanhempien hallittu alkoholin käyttö, perheen sosioekonominen asema (vain poikien osalta merkitsevä tekijä) ja lapsilähtöinen kasvatus, joka sisälsi vanhempien hyvän keskinäisen suhteen, lapsen hyvän suhteen isäänsä, äidin huolehtivan suhtautumisen lapseen ja pidättäytymisen ruumiillisesta kurituksesta).

Epäsuotuisa kehitystausta oli yleisempi 13-vuotiaana tai nuorempana alkoholin käytön aloittaneilla kuin muilla. Lisäksi epäsuotuisa kehitystausta oli yhteydessä humalajuomisen useuteen, korkeampiin alkoholiongelman seulontatestien pistemääriin ja tupakointiin niin naisten kuin miesten osalta. Heikosta kehitystaustasta peräisin olevat naiset joivat alkoholia aikuisiässä muita useammin, ja miehillä oli muita enemmän alkoholin käyttöön liittyviä pidätyksiä. Epäsuotuisa kehitystausta sisälsi varhaisen sosiaalisen kehityksen ongelmia, kuten aggressiivisuutta ja heikkoa koulumenestystä, sekä hyvälle kasvuoloille vastakkaiset heikot kasvuolot.

Tulos vahvistaa käsitystä siitä, että lasten alkoholin käytön varhainen aloittaminen on yhteydessä kasvuoloihin, mutta samalla myös lapsen omiin piirteisiin, jotka ovat kehittyneet tietynlaisissa kasvuoloissa. Erityisen vaikeaa lapsille on vanhempien runsas alkoholin käyttö, koska se antaa alkoholin käytön mallin, aiheuttaa turvattomuutta ja vaikuttaa kodin ihmissuhteisiin. Tuuli Pitkäsen (1990) tutkimuksessa, joka perustui Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksen aineistoon 27 vuoden ikään mennessä, kävi ilmi, että vanhempien alkoholin käyttö oli yhteydessä lasten elämän muotoutumiseen.

Alkoholistiperheiden lapset irrottautuivat kotoaan sekä synnyttivät ensimmäisen lapsensa varhain, kouluttivat itseään vähemmän ja kokivat hallitsevansa elämänsä heikommin kuin muut. Ongelmajuojojen perheiden (joissa lapsi oli kokenut vanhempiensa alkoholin käytön ongelmalliseksi) lasten elämän muotoutumisen kannalta keskeistä oli äidin ja lapsen keskinäinen suhde; äidin lapselle antama tuki ja kiinnostus hänen asioitaan kohtaan vähensivät isän alkoholin käytön merkitystä. Myös suurkäyttäjaperheiden (joissa vanhemmat olivat käyttäneet yhtä paljon alkoholia kuin

ongelmajuojojen perheissä, mutta joissa lapset eivät olleet kokeneet sitä ongelmalliseksi) tyttäristä monet olivat irrottautuneet kotoaan varhain. Suurkäyttäjäperheiden lapset käyttivät alkoholia aikuisiässä humalatilaan johtavasti useammin kuin kohtuukäyttäjäperheiden lapset; myös heidän CAGE ja MAST pistemääränsä olivat korkeammat, ja pojilla oli lisäksi useammin huumekokeiluja. Alkoholistiperheiden lapset eivät eronneet näissä suhteissa muista suuren hajonnan takia; alkoholistiperheiden lapsissa on paljon myös alkoholiin pidättyvästi suhtautuvia.

Viesti vanhemmille ja muille vastuullisille

Tulokset antavat selkeän viestin sekä vanhemmille että nuorten alkoholin käyttöä valvoville viranomaisille: nuorena aloitettu alkoholin käyttö on vakava riskitekijä myöhemmän alkoholin käytön kannalta. Varsinkin ennen 14 vuoden ikää aloitettu juominen lisää alkoholin ongelmakäytön riskiä erittäin suuresti. Tulos on yhdenmukainen viimeaikaisten kansainvälisten tutkimustulosten kanssa (Clapper ym., 1995; Grant & Dawson, 1997). Näissä tutkimuksissa tieto alkoholin käytöstä on saatu nuoruusiässä, ei takautuvasti muistellen. Muistot muuntavat asioita ja siirtävät aloitusiän herkästi myöhemmäksi. Tämä on tarpeen ottaa huomioon, kun alkoholin käytön aloituksesta keskustellaan omakohtaisten muistojen pohjalta.

Taipumus jatkaa varhain aloitettua alkoholin käyttöä selittyy useista seikoista. Ensinnäkin alkoholin käytön varhainen aloittaminen pohjustaa elämäntapaa, jossa alkoholi liittyy vapaa-aikaan sekä yhdessäoloon ja hauskanpitoon. Toiseksi tunteiden hukuttaminen alkoholiin ja humalatilaa ei ohjaa pelon, suuttumuksen ja muiden tunnetilojen kypsempien säätelykeinojen oppimiseen ja ongelmista keskustelemiseen muiden kanssa. Nuoruusikä on tässäkin suhteessa kriittistä oppimisen aikaa. Kolmanneksi alkoholi aiheuttaa elimistön riippuvuutta alkoholista. Päihdelääketieteen käsityksen mukaan runsas päihteiden käyttö häiritsee aivojen mielihyväradan kehitystä ja jättää pysyviä kemiallisia jälkiä ”väärästä” mielihyvästä (Kemppinen, 2002). Alkoholi aiheuttaa myös oppimisen ja uusien asioiden muistamisen heikkenemistä häiritsemällä neuraalista joustavuutta niissä aivojen osissa, erityisesti hippokampuksessa, joita tarvitaan muistamiseen (AMA, 2002). Vaikka syy-yhteyksistä ei voida sanoakaan mitään, on aiheellista todeta, että Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksessa heikoin koulu-menestys 14-vuotiaana oli niillä, jotka olivat aloittaneet alkoholin käytön 13-vuotiaana tai nuorempana, ja että runsas alkoholin käyttö nuoruusiässä ja varhaisaikuisuudessa on yhteydessä pitkäaikaistyöttömyyteen (Kokko & Pulkkinen, 2000). Runsas alkoholin käyttö kytkeytyy elämäntapaan, jossa menestys opinnoissa tai työssä ei ole keskeinen tavoite.

Alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa myös muita ongelmia. Grantin ja Dawsonin (1997) raportoimassa laajassa alkoholin käytön epidemiologisessa pitkittäistutkimuksessa, jossa on haastateltu yli 42 000 henkilöä, on viimeisimpien tietojen mukaan (Hingson ym., 2000) todettu, että ne, jotka aloittavat juomisen ennen 14 vuoden ikää, ovat 7 kertaa todennäköisemmin viikoittain humalassa ja joutuvat merkitsevästi useammin juomisen jälkeen onnettomuuksiin kuin ne, jotka ovat pysyneet raittiina 21-vuotiaaksi asti. Yhdysvalloissa alkoholin käytön alaikäraja on 21 vuotta.

Perinnölliset tekijät eivät syynä varhaiseen alkoholin käyttöön

Miksi sitten pieni joukko nuoria Euroopassa ja Yhdysvalloissa käyttää alkoholia säännöllisesti (10 kertaa tai useammin kuukaudessa; Hibell ym., 1997) jo varhaisnuoruudessa? Tieto alkoholin käytön varhaisen aloittamisen syytekijöistä ja siitä, miksi jotkut pysyvät raittiina pitkään, on ensiarvoisen tärkeää ennalta ehkäisevän työn kannalta.

Selityksiä etsitään mielellään perinnöllisyydestä. Suomessa tehdyssä kaksostutkimuksessa, johon osallistui 1 335 kaksosparia (Rose ym., 2001), todettiin, että 14-vuotiaan alkoholin käytön pääasialliset syytekijät ovat kaksosille yhteisiä ympäristötekijöitä, eivät perintötekijöitä. Tästä saadaan tietoa identtisiä ja epäidenttisiä kaksosia vertailemalla. Yhteisistä ympäristötekijöistä merkittävimmit nousivat kaksosten arvioinnit siitä, kuinka tiiviisti vanhemmat seuraavat heidän edesottamuksiaan sekä arvioinnit kodin ilmapiiristä. Heikko lasten toimintojen valvonta ja ristiriitainen ilmapiiri lisäävät varhaisen alkoholin käytön aloittamisen todennäköisyyttä. Riskiä lisäävät myös lasten käytösongelmat: yliaktiivisuus, tarkkaamattomuus ja aggressiivisuus, jotka kehittyvät vuorovaikutuksessa kasvuolojen kanssa. Lapseen ja perheeseen liittyvien tekijöiden lisäksi alkoholin käyttöön vaikuttaa merkittävästi myös kulttuurissa vallitsevat normit ja asenteet sekä päihteiden saatavuus (Poikolainen, 2002).

Myös muissa maissa, kuten Australiassa (Heath & Martin, 1988), Alankomaissa (Koopmans & Boomsma, 1996) ja Yhdysvalloissa (Maes ym., 1999) on saatu tuloksia, jotka osoittavat, että perinnölliset tekijät eivät selitä 14-vuotiaiden alkoholin käyttöä. Iän lisääntyessä geneettisten tekijöiden merkitys voimistuu siten, että jo 16-vuotiaana ne selittävät merkitsevästi sekä tyttöjen että poikien alkoholin käyttöä (Viken ym., 1999) ja myöhempinä ikävuosina vielä vahvemmin (Rose ym., 2001). Vastaavasti ympäristötekijöiden suhteellinen osuus selittäjänä heikkenee. Kukaan ei kuitenkaan pakota alkoholin käyttöön. Pidättäytyminen siitä suojaa perinnöllisiltä riskeiltä.

Vanhemmat ovat avainasemassa

On olemassa runsaasti muutakin tietoa siitä, että lasten toimintojen heikko valvonta on yhteydessä sekä heidän varhaiseen päihteiden käyttöönsä että muihin ongelmiinsa (Pulkkinen, 2002). Varsinkin tytöt ovat alttiita tälle riskille (Rose ym., 2001). He kehittyvät fyysisesti aikaisemmin kuin pojat ja joutuvat helposti ikäisiään vanhempien seuraan.

Valitettavasti lasten toimintojen valvonta on heikkenemässä kaikkialla. Esimerkiksi Yhdysvalloissa on todettu, että 12 – 17-vuotiaista vain yksi neljästä elää perheessä, jossa vanhemmat säännöllisesti valvovat heidän toimiaan. Eikä toimintojen valvontakaan yksin riitä: kuulustelujen asemesta tarvitaan keskinäistä luottamusta niin, että lapset oma-aloitteisesti kertovat vanhemmilleen tekemisistään ja ystävistään (Kerr & Stattin, 2000; Stattin & Kerr, 2000). Tällainen luottamus vaatii hyvän suhteen vanhempien ja lasten välillä. Sen rakentuminen on vuosien työn tulosta. Mitä vähemmän vanhemmat antavat lapselle aikaansa, mitä aikaisemmin he edellyttävät lapsen itsenäistymistä ja selviytymistä omin neuvoin ja mitä vähemmän he ovat lapsestaan kiinnostuneita, sitä yksinäisemmäksi lapsi jää tunne-elämässään ja sitä alttiimpi hän on toveripiirin vaikutuksille. Perheen yhteinen ajankäyttö mm. yhteisten päivittäisten aterioiden muodossa tarjoaa luontevan tilaisuuden kokemusten vaihtamiseen.

Varhaisen alkoholin käytön (ja vastaavasti myös tupakoinnin ja huumeiden käytön) riskiä lisäävät edellä mainittujen tekijöiden lisäksi poikkeava perherakenne eli yksinhuoltajuus ja uusperhe, lasten ja vanhempien huonot välit, lapsen käytettävissä olevan rahan määrä, sisarusten päihteiden käyttö ja vanhempien hyväksyvä suhtautuminen alkoholin käyttöön, varsinkin isän salliva suhtautuminen humalajuomiseen (Ahlström, 2002; Ahlström ym., 2002). Avioerojen - ja perheväkivallan - lisääntyessä yhä harvemmat lapset saavat kokea vanhempiensa hyvän keskinäisen suhteen, mikä on merkittävä lapsen suotuisan kehityksen taustatekijä. Jos avioero on väistämätön ratkaisu, ovat lapsen hyvä suhde isäänsä ja äidin huolehtiva suhtautuminen lapseen korvaamattoman tärkeitä tulevaisuuden kannalta. Kasvuympäristön laatu on suorastaan uudenlaista luokkajakoa aiheuttava tekijä, sillä huono ja hyvä kasvuympäristö eivät määräydy kodin varakuustasosta (Pulkkinen ym., 2002). Huolehtimalla hyvistä keskinäisistä suhteistaan vanhemmat antavat lapselleen arvokkaan sosiaalisen pääoman hänen elämäänsä varten.

Vanhempien raittius on hyvä esimerkki

Päihdemyönteistä kulttuuria viestitään yhteiskunnassamme monilla tavoilla (Pulkkinen, 2002). Sen vastavoimana vanhempien oma pidättäytyminen päihteiden käytöstä antaa hyvän taustan lasten raittiudelle (Denton & Kampfe, 1994). Vanhempien esimerkillä on vaikutusta hyvässä ja pahassa. Tämä olisi tärkeää havaita, sillä osa vanhemmista käyttää alkoholia vain sosiaalisen tavan vuoksi, mutta antaa samalla lapsilleen viestin päihdemyönteisestä kulttuurista ja alkoholin käytön kytkeytymisestä yhdessäoloon ja hauskanpitoon. Kaikkien aikuisten osallistumisesta alkoholin nauttimiseen syntyy lapselle se voimakas vaikutelma, että alkoholi ja aikuisuus kuuluvat erottamattomasti yhteen.

Alkoholin käytöstä pidättävien vanhempien lapset aloittavat alkoholiin tutustumisen myöhemmin kuin alkoholia vain sosiaalisen tavankin vuoksi käyttävien vanhempien lapset. Vanhempien raittius ei provosoi lasten juomista, niin kuin usein kuulee väitettävän. Siksi olisi hyvä, että lapsen vanhempi tai vahemmat hyväksyisivät sen pienen ”sosiaalisen kitkan”, jonka heidän pidättäytymisensä alkoholista saattaa aiheuttaa, vaikkapa vain niiden lapsen kannalta kriittisten vuosien aikana, jolloin on tärkeää myöhentää alkoholin käytön aloitusikää. On tietyllä tavalla sosiaalinen innovaatio, että vanhemmat voivat suojella lapsiaan pidättymällä itse päihdyttävien aineiden käytöstä esim. lasten ollessa 8-18 vuoden ikäisiä. Se on kasvatustapa, jota asiaa lastensa näkökulmasta ajattelevat vanhemmat voivat käyttää ja ovat menestyksellisesti käyttäneet. Vastaavasti vanhempien tupakointi lisää olennaisesti lasten varhaisen tupakoinnin aloittamisen riskiä ja tupakoimattomuus vähentää sitä silloinkin, kun lapsella itsellään on tupakoinnin alttiutta lisääviä piirteitä, kuten tarkkaamattomuutta (Barman ym., 2003).

Perheen elämäntavan piirteet, kuten uskonnollisuus voivat olla lapsia ongelmakäyttäytymiseltä (Jessor ym., 1991), päihteiden käytöltä ja päihteitä käyttäviltä ystäviltä (Bahr ym., 1998) suojaavia tekijöitä. Bahr ym. selittävät tulokset siten, että uskonnollinen sitoutuminen luo sosiaalisen tukiverkoston ja tuo ystävät, jotka vähentävät päihteiden käytön halua ja mahdollisuutta. Uskonnolliseen toimintaan osallistuminen antaa myös elämälle mielekkyyttä, mikä vähentää päihteiden kiinnostavuutta. Lisäksi uskonnollinen suuntautuminen vahvistaa päihteiden vastaisia henkilökohtaisia käsityksiä ja antaa tukea raittiuden vakaumukselle.

Rohkeus ottaa vastuuta

Vastuullisia tahoja, jotka ottaisivat huolekseen alkoholiongelmista puhumisen, tarvitaan nyt kipeästi. Ei ole mahdollista jatkaa entisellä kehällä, jossa lääkärit siirtävät vastuun sosiaaliviranomaisille ja he puolestaan vanhemmille, ja nämä edelleen opettajille, jotka taas odottavat terveysterviranomaisien puuttumista asiaan. Sekä vanhempien että lasten alkoholin käytöstä olisi annettava eri kanavia pitkin valistusta selkein sanoin ja unohdettava puheet ”syyllistämisen” välttämisestä. Sanomaa olisi tuettava niillä kontrollitoimenpiteillä, jotka viranomaisille ovat mahdollisia. Välinpitämättömän suhtautuminen ”poikkeuksiin”, kuten alaikäisten juopotteluun koulun lopettajaispäivän iltana, festivaaleilla ja juhlapyhien yhteydessä, mitätöi muilla rintamilla tehtävän työn.

Henrik Renqvist vetosi suomalaisiin v. 1835 teoksessaan Viinan kauhistus, jotta nämä allekirjoittaisivat seuraavan raittiuteen suostumuksen: ”Koska me havaitsemme ettei Paloviinasta eikä muista väkevistä juomista ole meille yhtäkään hyödytystä, vaan vahinko sekä Sielulle että Ruumiille, niin me tähän Nimemme panemisella suoraan lupaamme luopua niin hyvin Paloviinan ryyppämisestä kuin myöskin sen keittämisestä ja kaupitsemisesta, muutoin kuin lääkityksen vuoksi, ja myöskin lupaamme neuvoa perhettämme, Sukulaisiamme ja muita Lähimmäisiämme, että hekin lakkaisit tämän niin paljon pahaa matkaan saattavan juoman sekä toimittamisesta, levittämisestä että nautitsemisesta. Tämän lupauksen täyttämiseen Jumala meille armonsa antakoon!” (Renqvist, 1939, s. 96). Ehkä jonkinlaista ryhtiliikettä tämän edelleen ajankohtaisen ongelman käsitteilyssä nytkin tarvittaisiin.

On huolestuttavaa, että alkoholin ongelmakäyttöä oli esiintynyt tutkimuksessamme yli puolella aikuisista miehistä ja, että naisten alkoholin käyttö ja ongelmajuojien määrä oli kymmenessä vuodessa lisääntynyt huomattavasti. Sitä osoittaa mm. Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksen ja Kansanterveyslaitoksen Nuorten aikuisten mielenterveys -tutkimuksen (Pitkänen, 1999) välinen vertailu. Pitkäsen tulosten mukaan runsas alkoholin käyttö oli selkeästi yhteydessä 22-vuotiaiden psyykkiseen huonosti voimiseen. Tyttöjen alkoholin käytön lisääntyminen on vaarallinen seuraavaa sukupolvea uhkaava asia, sillä pian nämä tytöt ovat äitejä, eikä ole mitään takeita siitä, että äitiys suojaisi heitä alkoholin ongelmakäytöltä.

Varoitukset alkoholijuomien pakkauksiin

Alkoholin ja muiden päihteiden vaaroista puhuminen lapsille koulussa riittävän varhain on tärkeää ennalta ehkäisevää työtä, mutta ainakin yhtä tärkeää on selvittää vanhempien suhdetta alkoholin käyttöön. Kouluikäisten lasten vanhempien ryhmäohjauksen tueksi on kehitetty käyttökelpoista aineistoa (mm. Tarkkanen ym., 1998). Lisäksi tarvittaisiin julkista kes-

kustelua raittiuden hyveestä ja tiedotusvälineiden aktiivisuutta keskustelun virittäjänä. Koko raittiuden käsite on ikään kuin lakaistu pois tietoisuudesta. Sitä on edistänyt poliitikkojen kaksijakoinen suhtautuminen alkoholin haittoihin mm. alkoholin myynnin tuottamien verotulojen takia. Verotulot ovat nyt vähenemässä, mutta ongelmat räjähtämässä käsiin. Jokohan varoituksia alkoholin aiheuttamista haitoista aletaan saada alkoholi-juomien pakkauksiin?

Alkoholin vaarallisuus vielä kasvuvaiheessa oleville nuorille ja sikiön kehitykselle on tutkimuksin todettu. Varoitukset kaikissa alkoholissa sisältävissä pakkauksissa, olut ja siideri mukaan lukien, eivät voisi jäädä huomiotta. Ne olisivat osa kriittisen kulttuurin muodostumista alkoholin käyttöä kohtaan.

Yhteisen rintaman muodostaminen

Vanhempien verkostoitumisella opettajiin ja lapsen luokkatovereiden ja ystävien vanhempiin, yhteisillä säännöillä kotiintuloajoista, lasten juhlien valvomisella ja alkoholin eliminoimisella lasten juhlista edistettäisiin alkoholin käytön mahdollisen aloituksen siirtymistä myöhempään ikävuosiin tehokkaammin kuin hyvilläkään valistusohjelmilla. Koulukulttuurin muutos käynnissä olevan MUKAVA-hankkeen (tulee sanoista **mu**istuttaa **kas**vatus**va**stuusta; Pulkkinen, 2002) hengessä toisi koulun piiriin oppimistavoitteiden lisäksi huolenpitoa oppilaiden ajankäytöstä oppituntien ulkopuolella. Sillä olisi oppilaille lastensuojelullista, kehityksellistä ja sosiaalista merkitystä. Hyvä harrastus jokaiselle oppilaalle hyvässä ohjauksessa vahvistaisi itsetuntoa ja toisi elämään aikuisia, jotka ovat oppilaan kehityksessä kiinnostuneita.

Nykyisin monet opettajat kantavat huolta oppilaidensa tulevaisuudesta, koska tietävät heidän käyttäytymiseensä ja kasvuoloihinsa sisältyvistä riskeistä, mutta heillä ei ole kanavia tuoda huoltaan esille. Sen vuoksi opettajien asemaa oppilashuollossa olisi vahvistettava. Uudistuvassa koulussa koulun tavoitteena on tukea lasten fyysistä ja psyykkistä terveyttä. Terveystiedon opetus ei yksin riitä. Tarvitaan aikuisten yhteistä rintamaa lasten suojelemiseksi ikäkauteen sopimattomilta aineilta ja vaikutteilta.

Lähteet:

Ahlström, S. (2002). Perhe-elämä ja nuorten päihteiden käyttö: kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumetutkimuksesta (toim. Jarmo Heinonen). Alkoholi- ja huumetutkijain seura ry. Keuruu, Otava.

Ahlström, S., Metso, L. & Tuovinen, E-L. (2002). Mikä lisää nuoren riskiä tupakoida, humaltua ja kokeilla marihuanaa? Yhteiskuntapolitiikka, 67 (5), 423-429.

AMA (2002). New AMA report reveals higher risk of brain damage in underage drinkers. American Medical Association (<http://www.ama-assn.org/ama/pub/article/2403-7056.html>).

Bahr, S. J., Maughan, S. L., Marcos, A. C. & Li, B. (1998). Family, religiosity, and the risk of adolescent drug use. Journal of Marriage & the Family, 60, 979-992.

Barman, S., Pulkkinen, L., Kaprio, J. & Rose, R. J. (2003). Inattentiveness, parental smoking, and smoking initiation. Käsikirjoitus.

Clapper, R. L., Buka, S. L., Goldfield, E. C., Lipsitt, L. P. & Tsuant, M. T. (1995). Adolescent problem behaviors as predictors of adult alcohol diagnoses. International Journal of the Addictions, 30, 507-523.

Denton, R. E. & Kampfe, C. M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a litterature review. Adolescence, 29, 475-496.

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE Questionnaire. Journal of the American Medical Association (JAMA), 252, 1905-1907.

Grant, B. F. & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. Journal of Substance Abuse, 9, 103-110.

Grant, B. F., Harford, T. C. & Grigson, M. B. (1987). Stability of alcohol consumption among youth: a national longitudinal study. Journal of Studies on Alcohol, 49, 253-260.

Heath, A. C. & Martin, N. G. (1988). Teenage alcohol use in the Australian Twin Register: genetic and social determinants of starting to drink. Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 12, 735-741.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. & Narusk, A. (1997). The 1995 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. Modin Tryck AB, Stockholm.

Hingson, R. W., Heeren, T., Jamanka, A. & Howland, J. (2000). Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking. JAMA: Journal of the American Medical Association 284, 1527-1533.

Jakobson, M., Pitkänen, T. & Vilkkö, L. (1998). Selvästi hauskinta. Tukioppilaan koulutusaineisto ala-asteen päihdetunteja varten. Mannerheimin Lastensuojeluliitto.

Jessor, R., Donovan, J. E. & Costa, F. M. (1991). Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development. New York, Cambridge University Press.

Kaprio, J., Pulkkinen, L. & Rose, R.J. (2002). Genetic and environmental factors in health-related behaviors: studies on Finnish twins and twin families. Twin Research, 5, 358-365.

Kemppinen, J. (2002). Raittius - sittenkin se parempi vaihtoehto. Ystävien kesken, 1, 4-7.

Kerr, M. & Stattin, H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescent adjustment: further support for a reinterpretation of monitoring. Developmental Psychology, 36, 366-380.

Kokko, K. & Pulkkinen, L. (2000). Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood: A cycle of maladaptation and some protective factors. Developmental Psychology, 36, 463-472.

Kompassi - Suuntaa elämään (2002). Lions Quest -koulutusohjelma 9 - 12-vuotiaiden lasten terveen kasvun tuke-
misen ja riskikäyttäytymisen ennaltaehkäisyyn. Helsinki, Yleisjäljennös-Painopörssi.

Koopmans, J. R. & Boomsma, D. I. (1996). Familial resemblances in alcohol use: genetic or cultural transmission? Journal of Studies on Alcohol, 57, 19-28.

Kristenson, H. & Trell, E. (1982). Indicators of alcohol consumption: Comparisons between a questionnaire (Mm-MAST), interviews and gammaglutamyl transferase (GGT) in a health survey of middle-aged males. British Journal of Addiction, 77, 297-304.

Lintonen, T. (2001). Drinking patterns among Finnish fourteen year-olds from 1977 to 1999. Acta Universitatis
Tampereensis 832. University of Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Lintonen, T., Rimpelä, M., Ahlström, S., Rimpelä, A. & Vikat, A. (2000). Trends in drinking habits among Fin-
nish adolescents from 1977 to 1999. Addiction 95, 1255-1263.

Maes, H. H., Woodard, C. E., Murrelle, L., Meyer, J. M., Silberg, J. L., Hewitt, J. K., Rutter, M., Simonoff, E., Pickles, A., Carbonneau, R., Neale, M. C. & Eaves, L. J. (1999). Tobacco, alcohol and drug use in eight- to
sixteen-year-old twins: Virginia twin study of adolescent behavioral development. Journal of Studies on Alcohol, 60,
293-305.

Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school based
intervention program. Teoksessa D. Pepler & K. Rubin (toim). The development and treatment of childhood

aggression. Hillsdale, N.J, Erlbaum.

Pitkänen, T. (1990). Alkoholiperheiden lasten kehityksen seuranta kouluikäisistä nuoriksi aikuisiksi. Pro gradu-
työ, Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos.

Pitkänen, T. (1999). Problem drinking and psychological well-being: a five-year follow-up study from adolescence
to young adulthood. Scandinavian Journal of Psychology, 40, 197-208.

Poikolainen, K.. (2002). Antecedents of substance use in adolescence. Current Opinion in Psychiatry, 15, 241-245.

Pulkkinen, L. (1977). Kotikasvatuksen psykologia. Jyväskylä, Gummerus.

Pulkkinen, L. (1984). Nuoret ja kotikasvatus. Helsinki, Otava.

Pulkkinen, L. (toim.) (1996). Lapsesta aikuiseksi. Jyväskylä, Atena.

Pulkkinen, L. (1982). Nuorten tupakointi ja alkoholinkäyttö pitkittäistutkimuksen valossa. Lääkintöhallituksen
julkaisuja, sarja Tutkimukset 2/1982.

Pulkkinen, L. (2002). Mukavaa yhdessä: Sosiaalinen alkupääoma ja lapsen sosiaalinen kehitys. Jyväskylä, PS-
Kustannus.

Pulkkinen, L., Nygren, H., & Kokko, K. (2002). Successful development: Childhood antecedents of adaptive
psychosocial functioning in adulthood. Journal of Adult Development, 9, 251-265.

Pulkkinen, L. & Pitkänen, T. (1993). Continuities in aggressive behavior from childhood to adulthood.
Aggressive Behavior, 19, 249-263.

Pulkkinen, L. & Pitkänen, T. (1994). A prospective study on the precursors to problem drinking in young
adulthood. Journal of Studies on Alcohol, 55, 578-587.

Pulkkinen, L. & Pitkänen, T. (2002). Nuorten alkoholinkäyttö aikuisiän alkoholiongelmien ennustajana. Tiimi,
Päihdehuollon erikoislehti 5, 4-7.

Renqvist, H. (1939). Viinan kauhistus. Liitteenä suomalaisten raittiuteen kutsumus ja suostumus. Helsinki: Ota-
va (Muutamat painokset vuosina 1835 ja 1836 ilmestyneistä alkuperäisistä teoksista; "Suomalaisten Raittiuteen
Kutsumus ja Suostumus" noin puolessa koossa).

Rose, R.J., Dick, D.M., Viken, R.J., Pulkkinen, L. & Kaprio, J. (2001). Drinking or abstaining at age 14? A
genetic epidemiological study. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 25, 1594-1604.

Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument.
American Journal of Psychiatry, 127, 1653-1658.

Seppä, K., Sillanaukee, P. & Koivula, T. (1990). The efficiency of a questionnaire in detecting heavy drinkers.
British Journal of Addiction, 85, 1639-1645.

Silbereisen, R. & Noack, P. (1988). On the constructive role of problem behavior in adolescence. In: N. Bolger, A.
Caspi, G. Downey & M. Moorehouse (toim.). Persons in context: developmental processes (s. 152-180). New York,
Cambridge University Press.

Sinkkonen, M. & Pulkkinen, L. (1996). Elämänrakenne parhaassa aikuisiässä. Jyväskylän yliopiston psykologi-
an laitoksen julkaisuja, 333.

Stattin, H. & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: a reinterpretation. Child Development, 71, 1072-1085.

Tarkkanen, T., Jakobson, M. & Pitkänen, T. (1998). Täysi kymppi. Kouluikäisten lasten vanhemmille tarkoitet-
tu viiden kerran vanhempainryhmäohjelma. Mannerheimin Lastensuojeluliitto.

Viken, R. J., Kaprio, J., Koskenvuo, M. & Rose, R. J. (1999). Longitudinal analyses of the determinants of
drinking and of drinking to intoxication in adolescent twins. Behavior Genetics, 29, 455-461.

Wuethrich, B. & Levitt, D. (2001). Getting stupid. Discover, 22, No.3 (http://www.discover.com/mar_01/featstupid.html).

Is the minimum age for alcohol use relevant?

Tuuli Pitkänen and Lea Pulkkinen

The younger children are at the time of the onset of drinking, the more likely they will use alcohol frequently and in high quantities in adulthood. If the onset age of drinking is 18 (the legal age), or higher, or even 16, the risk for problem drinking in adulthood is lower than if drinking is started at 15 years of age or younger. Sixteen percent of the sample started drinking at the age of 13 or under, and 16% of the sample started at the age of 18 or older. Girls in the sample typically started drinking at age 14 and boys at age 15. The results are from the Jyväskylä Longitudinal Study of Personality and Social Development (JYLS), in which these same individuals were studied from age 8 to age 42. From the original JYLS sample of 369 children, 80 % were still being studied at age 42. The sample represents, in education, unemployment, and marital status, the age cohort born in 1959 in Finland. Problem drinking at age 36 and 42 was measured by using two screening tests for alcoholism, (CAGE and mmMAST), frequency of drunkenness, frequency of drinking, and alcohol-related offences. The early onset age of drinking was related to high and frequent aggressiveness from age 8 to 14, and to unfavorable home conditions including poor parenting and parental drinking.

The results give a clear message to parents and authorities. The onset age of drinking should be postponed to late adolescence in order to avoid serious risks later in life. Several factors account for the continuity in drinking patterns. First, the early onset age of drinking shapes a lifestyle in which drinking is a part of leisure and entertainment. Second, drinking to manage stress or other negative emotional states does not facilitate the development of more mature means of emotion regulation. Third, drinking causes physiological dependence on alcohol and affects cognitive functioning.

Parents play a key role in their children's drinking behavior. Drinking at age 14 or younger is not connected to genetic factors. Common environmental factors including infrequent monitoring of children's activities and conflict in the family increase the likelihood of early drinking. The parents' own drinking patterns provide a model, and the parents' permissive attitudes regarding their children's drinking lower the threshold of drinking. Since the onset age of drinking has become very low in Finland, all adults should increase their awareness concerning the risks associated with under-age drinking and the negative implications for their children's future.

Esa Österberg



Vuosi 2004 - legenda jo vuodesta 1994

Vuoden 2004 tammikuun ensimmäisestä päivästä alkaen suomalaiset voivat kotimaahan palatessaan tuoda mukanaan alkoholijuomia rajoituksetta omaan käyttöönsä muista EU:n jäsenmaista maksamatta niistä täällä veroja. Vaikka viime aikoina julkisuudessa onkin keskusteltu mahdollisuudesta jatkaa alkoholijuomien matkustajatuonnin rajoittamista, voidaan tuontikiintiöiden poistumista kuitenkin pitää niin varmana vuotta 2004 koskevana tapahtumana, että se on otettava peruslähtökohdaksi pohdittaessa alkoholiolojemme tulevaa kehitystä.

Näillä näkymin toinen vuodelle 2004 ajoittuva alkoholiolojemme tulevaan kehitykseen suuresti vaikuttava tapahtuma on Viron liittyminen EU:n jäseneksi toukokuussa 2004. Tämä seikka ei toki ole aivan yhtä varma kuin alkoholijuomien tuontikiintiöiden poistuminen, koska Virossa järjestetään elokuussa 2003 EU-jäsenyyttä koskeva kansanäänestys. Niin varmana Viron tuloa EU:n jäseneksi voidaan kuitenkin pitää, että myös se on otettava lähtökohdaksi pohdittaessa alkoholiolojemme tulevaisuutta.

Viron EU-jäsenyyden vaikutus alkoholioloihimme perustuu kahteen seikkaan. Ensiksikin Viro on maantieteellisesti hyvin lähellä Suomea ja vieläpä sitä osaa maastamme, jonne asutuksemme on keskittynyt. Laivamatka Helsingistä Tallinnaan kestää nopeimmilla aluksilla alle kahden tunnin ja isoilakin laivoilla vain neljä tuntia. Viron läheisyyttä ja houkuttavuutta matkailun kohteena kuvaa hyvin se, että viime vuosina Tallinnasta on vuosittain saapunut Helsinkiin noin kolme miljoonaa matkustajaa, joista noin 2,5 miljoonaa on ollut suomalaisia. Viron matkailun kehitystä taas voidaan kuvata toteamalla, että vuonna 1990 Tallinnasta saapui Suomeen hieman alle 0,3 mil-

joonaa matkustajaa. Toiseksi Virossa alkoholijuomien hinnat ovat tällä hetkellä kirkkaiden viinon osalta noin viidenneksen tai neljänneksen Suomen hinnoista. Suomessa myytävät halvimmat viinit maksavat Virossa kaksi kolmannesta siitä, mitä ne maksavat meillä, ja oluiden hinnat ovat Virossa noin kolmanneksen Suomen hinnoista (Korolainen, 2002). Lisäksi Viron EU-jäsenyys merkitsisi, että alkoholijuomien matkustajatuontia nykyisin koskevat matkan kestoon liittyvät rajoitukset poistuisivat.

Vain huonoja vaihtoehtoja valittavanamme

Alkoholijuomien hintaerot Suomen ja Viron välillä perustuvat pääasiassa eritasoisiin veroihin, eikä mikään viittaa siihen, että Viron alkoholiverot tai muut alkoholijuomien hintoihin vaikuttavat tekijät tulisivat lähivuosina muuttumaan siinä määrin, että alkoholijuomien hintaerot Viron ja Suomen välillä olennaisesti pienenisivät. Tämä arvio perustuu Viron valtiovarainministeriöstä saatuihin tietoihin. On myös äärimmäisen epätodennäköistä, että EU nostaisi lähivuosina olennaisesti alkoholijuomien valmisteverojen minimitasoja. Näin ollen Suomen hallitukselle ja eduskunnalle näyttää vuoden 2004 suhteen jäävän valittavakseen vain huonoja alkoholipoliittisia vaihtoehtoja.

Karkeasti yksinkertaistaen valinnan kohteena olevia ääri vaihtoehtoja voidaan luonnehtia seuraavasti. Jos alkoholijuomien valmisteverot pidetään Suomessa ennallaan tai ainakin hyvin korkeina, tulee alkoholijuomien matkustajatuonti Virosta Suomeen nousemaan olennaisesti. Tämä johtaisi alkoholin kokonaiskulutuksen ja alkoholihaittojen kasvuun, valtion alkoholiverokertymän alenemiseen sekä kotimaisen alkoholinmyynnin ja alkoholityöllisyyden vähenemiseen. Tämän vaihtoehdon voidaan arvella johtavan moniin muihinkin epäkohtiin ja ongelmiin. Alkoholijuomien pimeät tai harmaat markkinat saattaisivat laajentua. Maahamme tuotaisiin pulloja ja tölkkejä, jotka eivät sovi nykyisiin kierrätysjärjestelmiimme. Silkkä alkoholimatkailu rasittaisi ympäristöä ja olisi tehotonta resurssien käyttönä, sillä ei kai ole mitään järkeä hakea Torniossa valmistettua Lapin Kultaa Tallinnasta ja kuljettaa se henkilöautolla Tampereelle tai jopa Ouluun. Alkoholimatkailu saattaisi johtaa muidenkin tavaroiden tuontiin Virosta tai palvelujen ostamiseen Virosta, millä olisi kielteisiä vaikutuksia sekä valtion- että kansantaloudellemme. Toisena vaihtoehtona on pyrkiä ennakolta ehkäisemään matkustajien alkoholituonnin kasvu alentamalla Suomessa myytävien alkoholijuomien hinnat kilpailukykyisiksi Viron hintojen kanssa. Tämä vaatisi alkoholijuomien valmisteverojen hyvin huomattavaa alentamista, jolloin kotimaassa myydyin alkoholin määrä lisääntyisi. Veronalennuksen seurauksena olisi siten alkoholijuomien hintojen alenemisesta johtuva alkoholin kokonaiskulutuksen ja alkoholihaittojen kasvu. Alkoholijuomien myynnin kasvusta huolimatta valtion alkoholiverokertymä vähenisi tässäkin vaihtoehdossa (Karlsson ym., 2003).

Alkoholijuomien tuontikiintiöiden poistuminen tammikuun alusta vuonna 2004 EU-maiden välisessä matkailussa vaikuttaisi alkoholiloihimme siinäkin tapauksessa, että Virosta ei tulisi EU:n jäsentä, koska alkoholijuomien hinnat ovat Suomessa selvästi korkeammat kuin monissa muissa EU:n nykyisissä ja tulevaisuuden jäsenmaissa (Österberg & Karlsson, 2002a). Nämä vaikutukset jäisivät lyhyellä aikajänteellä selvästi pienemmiksi verrattuna siihen vaihtoehtoon, jossa Virosta tulee EU:n jäsen, koska nykyisin lähimmät halvan alkoholin EU-maat ovat selvästi Viroa kauempana. Etelänmatkoilta toki tuotaisiin nykyistä enemmän alkoholijuomia, ja etelän lomamatkoilta tuotavaan määrään Viron tulo EU:n jäseneksi ei suuremmin vaikuttane. Myös Saksaan suuntautuvaa alkoholimatkailua synnytyisi ainakin jossakin määrin, joidenkin arvioiden mukaan jopa suuressakin määrin. Viron EU-jäsenyys kuitenkin lopettaisi erityisen alkoholimatkailun Saksaan.

Pidemmällä aikajänteellä ongelmaksi muodostuisi myös se, että Tanska ja Ruotsi ovat monessa suhteessa aika lailla samankaltaisessa tilanteessa alkoholijuomien hintojen ja verojen suhteen kuin Suomi. Tanskalla on rajanaapurinaan halvemman alkoholin maa Saksa ja Ruotsilla halvemman alkoholin maa Tanska. Kun Ruotsi ja Tanska siirtyvät alkoholijuomien matkustajatuonnin suhteen normaaliin EU-käytäntöön eli matkustajien rajoittamattomaan alkoholintuontiin vuonna 2004, tulee alkoholijuomien matkustajatuonti lisääntymään näissä maissa ja se taas nostaa painetta alkoholiverojen alentamiseen. Esimerkiksi Tanska on jo päättänyt alentaa väkevien alkoholijuomien verotustaan lähes puoleen nykyisestä lokakuussa 2003. Sen sijaan Ruotsi on ilmoittanut pitävänsä alkoholiveronsa ainakin toistaiseksi nykytasolla, vaikka siellä nostettiin olennaisesti matkustajien oikeutta alkoholijuomien verottomaan tuontiin muista EU-maista tammikuussa 2003. Nykyisin Ruotsiin saapuva matkustaja saa tuoda mukanaan toisesta EU-maasta veroja maksamatta viisi litraa väkeviä alkoholijuomia, 6 litraa välituotteita, 52 litraa viinejä ja 64 litraa olutta (Bergqvist, Falkenhäll & Sellgren, 2002). Riippumatta siitä, mitä Ruotsi tekee alkoholiveroilleen tulee Tanskan tekemä veroratkaisu siirtämään halvan ja kalliin alkoholin rajaa lähemmäksi Suomea. Pidemmällä aikajänteellä Ruotsin voidaan arvella seuraavan Tanskan esimerkkiä. Tanskan alensi oluen ja viinien alkoholiveroja puoleen jo 1990-luvun alussa ennen liittymistään yhteismarkkinoihin vuonna 1993 (Österberg, 2002a).

Matkustajatuontikiintiöiden kasvattaminen on osa EU:n tietoista politiikkaa alkoholijuomien valmisteverojen harmonisoimiseksi (Österberg & Karlsson, 2002b). Alkoholiloiissamme vuonna 2004 ja sen jälkeen tapahtuvat muutokset ovat näin ollen hyvin monimuotoisten ja monimutkaisten prosessien osia sekä vaikutuksiltaan sitä suuruusluokkaa, että niiden tarkempi ennakointi on varsin uskaliaasta. Ennen kuin ryhdymme lähemmin tarkastelemaan ja arvailemaan, mitä matkustajatuontikiintiöiden poistuminen yhdistyneenä Viron todennäköiseen EU-jäsenyyteen tulee lähitule-

vaisuudessa merkitsemään alkoholioloillemme, on yritettävä asettaa vuoden 2004 tapahtumat laajempaan suomalaiseen yhteyteen. On siis kysyttävä, miten olemme tulleet nykyiseen alkoholipoliittiseen tilanteeseemme, ja miksi vuodesta 2004 on tulossa käännekohta Suomen alkoholiolojen kehityksessä.

Pitkä kotimainen linja

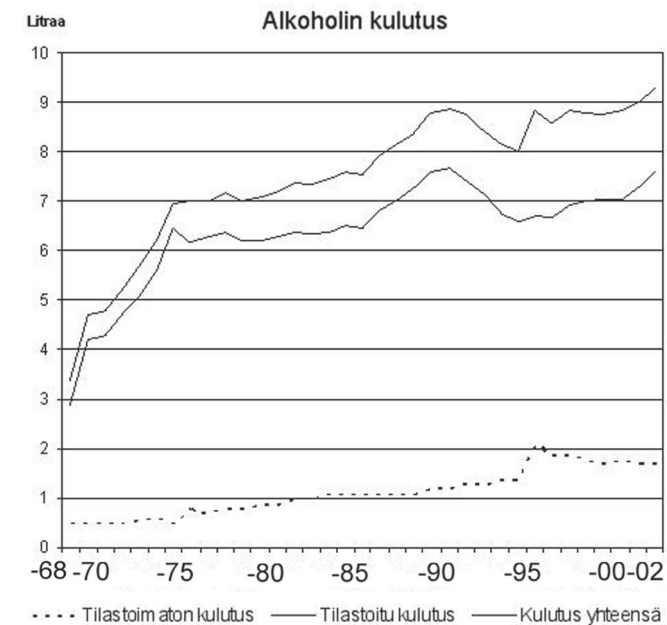
Alkoholin saatavuutta on Suomessa säädelty valtiovallan toimesta jo usean vuosisadan ajan (ks. esim. Tuominen, 1981a; Tuominen, 1981b). Yksi Suomessa harjoitetun alkoholipolitiikan merkittävistä käännekohdista oli viinan kotitarvepolton kieltäminen vuonna 1866. Myös seuraavat viisi vuosikymmentä olivat alkoholikontrollin tiukentumisen aikaa. Tämän kehityksen huipentumana oli kieltolain voimaantulo vuonna 1919. Laillisen alkoholikaupan loppuminen synnytti kuitenkin alkoholin salakuljetuksen ja muun laittoman liikkeen, joiden kasvua viranomaiset eivät kyenneet ehkäisemään (ks. esim. Kallenautio, 1979).

Maailmanlaajuinen talouslama vaikutti kieltolain kumoamiseen ja vuoden 1932 väkijuomalain säätämiseen. Väkijuomalaki synnytti Suomeen valtion omistaman alkoholijuomien valmistuksen, tuonnin, viennin, tukkumyynnin ja vähittäismyynnin omaavan monopoliyhtiön sekä erittäin tiukan alkoholijuomien saatavuuden ja korkean alkoholiverotuksen (Österberg, 1985). Alkolle annettujen monopolioikeuksien perusteluna oli yksityisen voitontavoittelun poistaminen alkoholin valmistuksesta ja kaupasta. Tämä ei kuitenkaan estänyt Alkoa vuonna 1932 solmimasta valmistussopimuksia kotimaisten olutpanimoiden sekä viini- ja likööri tehtaiden kanssa. Myös alkoholijuomien anniskelu on Suomessa vuodesta 1932 alkaen hoidettu pääasiassa yksityisten ravintoloiden toimesta Alkon myöntämien anniskelu-oikeuksien puitteissa.

Vuoden 1932 jälkeen alkoholin saatavuutta on Suomessa voimakkaasti helpotettu, joskaan kehitys ei ole ollut suoraviivaista. Esimerkiksi vuonna 1943 Suomessa otettiin käyttöön erityinen Alkon henkilötodistus eli viinakortti, mihin myöhemmin liitettiin kaikkien alkoholijuomien ostojen kirjaus sekä ostajatakkailu. Ostojen kirjauksesta ja ostajien tarkkailusta luovuttiin asteittain seuraavien vuosikymmenien kuluessa ja lopullisesti viinakortti poistui vuonna 1971 (Österberg, 1989).

Vuoden 1968 alkoholilaki ja keskiolutlaki lisäsivät alkoholijuomien saatavuutta erittäin suuresti tuomalla keskioluen päivittäistavarakauppoihin ja kahviloihin sekä sallimalla Alkon myymälöiden ja paikallisväestöä palvelevien anniskeluravintoloiden avaamisen maalaiskunnissa. Samassa yhteydessä alennettiin alkoholijuomien ostoon oikeuttava ikäraja 18 vuodeksi mietojen alkoholijuomien ja 20 vuodeksi väkevien alkoholijuomien osalta. Anniskelussa ikäraja pysyi 18 vuotena (Mäkelä, Sulkunen & Österberg, 1975).

Vuoden 1968 alkoholilainsäädäntö, voimakas muuttoliike ja nopea taloudellinen kasvu lisäsivät alkoholin kulutusta suuresti (Kuvio 1). Seurausena oli alkoholihaittojen selvä lisääntyminen ja vuosikymmenen kestänyt alkoholipolitiikan kiristymisen kausi, jolloin muun muassa tiukennettiin anniskelu-oikeuksien myöntämisperiaatteita ja hidastettiin uusien Alkon myymälöiden avaamisen tahtia (Österberg, 1989). Tänä ajanjaksona myös kiellettiin alkoholijuomien mainonta, ja päätettiin pitää Alkon myymälät suljettuina kesälauantaisin. Lisäksi useat kunnat peruuttivat yleissuostumuksensa keskioluen vähittäismyyntiin ja anniskeluun.



Kuvio 1. Alkoholijuomien kokonaiskulutus sekä alkoholijuomien tilastoitu ja tilastoimaton kulutus vuosina 1968-2002, litraa 100 prosentin alkoholia asukasta kohti.

Lähteet: Päihdetilastollinen vuosikirja 2002.

Alkoholipolitiikan suunta kääntyi 1980-luvun puolellesavälissä. Esimerkiksi viimeiset ostoskertakohtaiset määrälliset rajoitukset poistettiin vuonna 1986. Samoihin aikoihin alkoholijuomien anniskelu-oikeuksia alettiin myöntää aiempaa enemmän. Myös Alkon myymälöiden lukumäärä kääntyi selvään kasvuun 1980-luvun jälkipuoliskolla, ja Alkon myymälöitä muutettiin kiihtyvässä tahdissa itsepalvelumyymälöiksi. Lisäksi keskioluen myynnin alueellaan kieltäneet kunnat peruivat päätöksiään. Myös ravintolaelinkeinon piirissä kehitys oli 1980-luvun jälkipuoliskolla kulkemassa kohti lievempää asiakkaiden kontrollointia ja valvontaa, mikä muun muassa avasi ravintoloiden ovet naisseureille eikä miehiltäkään enää vaadittu pukeutumista pikkutakkiin ja solmioon. Toisaalta alkoholijuomien reaali hinnat olivat 1950-luvun alussa selvästi korkeammat kuin mitä ne olivat olleet 1930-luvulla, eivätkä ne alentuneet seuraavien vuosikymmenien kuluessakaan (Österberg, 2002b).

Kieltolakiajasta lähtien Suomessa harjoitettua alkoholikontrollia on pääsääntöisesti lievennetty. Aina 1980-luvun lopulle asti Suomen alkoholipoliittisen järjestelmän liberalisoituminen samoin kuin sen ajoittaiset kiristymiset perustuivat lähes yksinomaan kotimaisiin intresseihin. Vasta 1990-luvulla kansainväliset tekijät ovat alkaneet merkittävästi vaikuttaa suomalaisen alkoholikontrollin muotoutumiseen.

Ulkoiset ja kotimaiset paineet

Kun EU:n ja EFTA-maiden neuvottelut Euroopan talousalueesta eli ETA-sopimuksesta alkoivat vuonna 1989, alkoholikenttää säätelevä valtion omistama alkoholiyhtiö oli yhä suomalaisen alkoholikontrollin olennainen osa, ja alkoholipoliittinen keskustelu pohjautui suurelta osin väkijuomalaissa ja vuoden 1968 alkoholilainsäädännössä ilmiasunsa saaneisiin alkoholipoliittisiin ajattelumalleihin (ks. esim. Yhteiskunnan muutos ja alkoholipoliitiikka, 1989). Alkoholijuomien fyysisen saatavuuden säätely oli toki 1990-luvulle tultaessa huomattavasti lievempää kuin mitä se oli ollut toista maailmansotaa seuranneina vuosikymmeninä. Toisaalta esimerkiksi Alkon myymälöitä oli selvästi harvemmassa kuin vapaa markkinatalous olisi edellyttänyt, ja niiden päivittäiset aukioloajat olivat selvästi lyhyemmät kuin päivittäistavarakauppojen aukioloajat. Lisäksi Alkon myymälät pidettiin yhä suljettuina kesälauantaisin. Alkoholijuomien reaali hinnat olivat vuonna 1990 noin 15 prosenttia korkeammat kuin mitä ne olivat olleet sekä vuonna 1951 että vuonna 1969, ja alkoholijuomia verotettiin Suomessa selvästi raskaammin kuin EU:n jäsenmaissa (Österberg, 2002b).

Suomea ympäröivä maailma muuttui 1990-luvulla suuresti ja nopeasti. Neuvostojärjestelmä sortui ja Suomi haki EU:n jäsenyyttä. Suomessa harjoitetun alkoholipoliitiikan voidaan 1990-luvun alkupuolella sanoa hoippuneen vanhan ja uuden järjestelmän välillä. Kun matkustus Venäjältä ja Viirosta Suomeen helpottui ja näiden maiden kansalaiset hankkivat valuuttaa myymällä maahan tuomiaan alkoholijuomia lain vastaisesti suomalaisille, säädettiin sumeilematta kolmen vuorokauden raja kolmansien maiden kansalaisten verovapaasti Suomeen tuomille alkoholijuomille (Paaso & Österberg, 1996). Samaan aikaan ruotsalaiset ja norjalaiset kauhistelivat suomalaisten valmiutta luopua osasta Alkon monopolioikeuksia EU-jäsenyysneuvottelujen yhteydessä (Holder et al., 1998). Silti virallinen Suomikaan ei ollut halukas luopumaan alkoholijuomien valmistuksen ja tukkumyynnin monopolista kertaheitolla, mikä käy selvästi ilmi hallituksen alkuperäisestä esityksestä vuoden 1994 alkoholilaiksi (Alavaikko & Österberg, 1999). Valmistusverolakia säätäessään eduskunta taas päätti luopua alkoholijuomien tuontia koskevista aikarajoituksista EU-jäsenyyden kuviteltujen tai todellisten vaatimusten vuoksi vuonna 1994, vaikka ne sitten EU-komission vastustuksesta huolimatta otettiin uudelleen käyttöön suhteessa kolmansiin maihin toukokuussa 1996 (Paaso & Österberg, 1995).

Hallituksen esitys vuoden 1994 alkoholilaiksi perustui ETA-sopimuksen ja tulevan EU-jäsenyyden vaatimuksiin. Lakiesityksen lähtökohtana oli alkoholijuomien tuotannon, tuonnin, viennin ja tukkumyynnin monopolien purkaminen. Muilta osin lakiesitys perustui näkemykseen, että alkoholijärjestelmän keskeisiä sosiaali- ja terveystaloudellisia lähtökohtia ei tulisi muuttaa (Alavaikko & Österberg, 1999). Näin ollen hallitus muun muassa esitti alkoholijuomien vähittäismyyntimonopolia säilytettäväksi vuoden 1968 alkoholilaissa määritellyssä muodossa. Hallitus olisi myös säilyttänyt alkoholimainontaa koskevat rajoitukset ennallaan.

Vuoden 1994 alkoholilaki purki hallituksen esityksen mukaisesti alkoholijuomien tuotannon, tuonnin, viennin ja tukkumyynnin monopolit. Vastoin hallituksen esitystä eduskunta sen sijaan päätti sallia alle 22-tilavuusprosenttisten alkoholijuomien mainonnan. Täysin vapaaksi mietojen alkoholijuomien mainonta ei toki tullut, ja uudet rajoitukset tulivat koskemaan kaikkia yli 1,2-tilavuusprosenttisia juomia, vaikkei alle 2,8-tilavuusprosenttisia juomia oltukaan määritelty alkoholijuomiksi. Lisäksi eduskunta sääti vuonna 1997 kaikkien yli 1,2-tilavuusprosenttisten alkoholipitoisten juomien myynnille 18 vuoden ikärajan.

Vuoden 1994 alkoholilaissa eduskunta antoi viinitiloille ja sahdin valmistajille vähittäismyyntioikeudet näiden itse valmistamille alle 13-tilavuusprosenttisille tuotteille valmistuspaikan yhteydessä, kunhan valmistuspaikka oli taajaman ulkopuolella. Vuoden 1998 heinäkuun alusta viinitilojen omien viinien vähittäismyynti on ollut sallittua sunnuntaisinkin. Vuoden 1994 alkoholilaki salli myös muiden käymisteitse valmistettujen alle 4,7-tilavuusprosenttisten tuotteiden kuin keskioluen myynnin päivittäistavarakaupoissa, kahviloissa ja kioskeissa. Käytännössä siiderin myynti siis helpottui huomattavasti, mikä johti siiderien kulutuksen huomattavaan kasvuun 1990-luvun jälkipuoliskolla. Sen sijaan uusi vapaus ei koskenut tislattua alkoholia sisältäviä alle 4,7-tilavuusprosenttisia tuotteita (Alavaikko & Österberg, 1999). Vuoden 1994 alkoholilain säätäminen osoittaa siten sangen selvästi, että alkoholin saatavuuden paraneminen vuonna 1995 ei perustunut vain ulkoisiin paineisiin.

Ulkoiset paineet eli Suomen EU-jäsenyys johti alkoholijuomien valmisteverotuksen rakenteen muutokseen vuonna 1994. Muutos toteutettiin kuitenkin niin, että alkoholijuomien valmisteverojen tuotto säilyi ennallaan, joten juomaryhmien sisällä tapahtuneet muutokset alkoholijuomien hinnoissa jättivät alkoholijuomien keskimääräiset hinnat ennalleen. Siirtymisen aiemmin sovelletusta arvon verotuksesta määrän verotukseen suosi lähinnä kalliita ulkomaisia tuotteita. Tämän jälkeen alkoholijuomien valmisteveroja ei ole enää nimellisesti korotettu, ja viinien sekä välituotteiden veroja on jopa alennettu 17 prosentilla vuonna 1998 (Österberg, 2002b). Kaiken kaikkiaan alkoholijuomien reaali hinnat ovat muuttuneet varsin vähän vuoden 1990 jälkeen. Ne kohosivat hieman vuoteen 1992 asti ja ovat sen jälkeen hienokseltaan alentuneet. Kuitenkin vuonna 2002 alkoholijuo-

mien reaali hinnat olivat sekä vähittäismyynnissä että anniskelumyynnissä hieman korkeammat kuin vuonna 1990.

Sen sijaan alkoholijuomien fyysinen saatavuus on parantunut merkittävästi vuoden 1990 jälkeen. Vuonna 1990 Alkolla oli 240 myymälää. Nyt niitä on hieman yli 300. Vähittäin myytävän alkoholin saatavuutta on helpottanut myös se, että Alko ryhtyi vuonna 1995 avaamaan erityisiä tilauspalvelupisteitä, joista kuluttajat voivat noutaa Alkosta tilaamansa juomat. Vuoden 2002 lopulla tilauspalvelupisteitä oli lähes 150. Lisäksi Alkon myymälät on yhä suuremmassa määrin sijoitettu kauppakeskuksiin ja suurten markettien yhteyteen. Samoin niiden aukioloajat ovat pidentyneet. Viimeinen Alkon tiskimyymälä muuttui itsepalvelumyymäläksi vuonna 1999. Samana vuonna Alko hyväksyi yleisimmät luottokortit maksuvälineiksi. Vuonna 1990 Alkon valikoima koostui 685 juomamerkistä. Vuonna 2002 vastaava määrä oli 1 701. Myös keskiolutta ja siideriä myyvien päivittäistavarakauppojen, kioskien ja huoltoasemien määrä oli vuonna 2002 suurempi kuin mitä se oli ollut vuonna 1990.

Kaikkien alkoholijuomien anniskeluun oikeutettuja ravintoloita oli vuonna 1990 lähes 2 000. Vuonna 2002 niitä oli lähes 5 000. Vuonna 1990 keskioluen anniskelulupia oli 2 873. Vuonna 2002 niitä oli 3 780. Alkoholin saatavuus anniskelussa on parantunut myös aukioloaikojen pidentymisen myötä sekä vuonna 1992 että vuonna 1995 (Österberg, 2002b). Tätä nykyä noin 3 500 ravintolaa on auki aamukolmeen ja niistä 500 aamuneljään. Vuodesta 1995 alkaen kaikkien alkoholijuomien anniskelu on voinut alkaa aamulla kello 9.00.

Vuosi 2004 olisi voinut tulla aiemminkin

EU:n jäseneksi liittyvä Suomi kirjasi viime hetkellä liittymissopimukseensa poikkeuksen, jolla matkustajien verovapaasti muista EU-maista tuomaa alkoholimäärää saatiin rajoittaa kahden ensimmäisen jäsenyysvuoden aikana. Tuontikiintiöksi tuli litra väkeviä alkoholijuomia tai kolme litraa välituotteita sekä viisi litraa viiniä ja 15 litraa olutta. Vuonna 1996 poikkeusta saatiin jatkettua pidemmälle kuin suomalaiset olivat edes uskaltaneet toivoa. Valtiovarainministeri Sauli Niinistön mukaan poikkeuksen jatkuminen aina vuoteen 2004 perustui puheenjohtajana toimineen Irlannin valtiovarainministerin inhimilliseen virheeseen eli ministeri luki numerot väärin (Helsingin Sanomat 8.3.2003). Poikkeussäännöstä jatkettaessa sovittiin, että Suomen on vuonna 2004 ryhdyttävä soveltamaan EU:ssa yleisesti vallitsevaa käytäntöä ja että Suomen on asteittain kasvatettava tuontikiintiöitään. Näin on tapahtunutkin oluen osalta (Taulukko 1). Vuoden 2004 muutoksista puhuttaessa kannattaa siis muistaa, että alkoholin tuontikiintiöistä luopumisesta tosiasiaassa päätettiin jo vuonna 1994 Suomen liittyessä EU:n jäseneksi. Poikkeusjärjestelyin tämän päätöksen voimaan-

Taulukko 1. Matkustajien Suomeen palatessaan omaan käyttöönsä EU-maista mukanaan tuomien alkoholijuomien verovapaat enimmäismäärät vuosina 1990-2004, litroina.

	Väkevät alkoholijuomat	Välituotteet	Viinit	Olut
1.1.1995 saakka	1 litra väkeviä alkoholijuomia ja 1 litra viiniä tai välituotteita tai 2 litraa viinejä tai välituotteita			2
1.1.1995 alkaen	1	3	5	15
1.1.1998 alkaen	1	3	5	15
1.11.2000 alkaen	1	3	5	32
1.1.2003 alkaen	1	3	5	64
1.1.2004 alkaen*	10	20	90	110

*EU:n niin kutsutun järjestelmädirektiivin mukaan jäsenmaat voivat vahvistaa ohjetasoja, joiden on oltava vähintään taulukossa mainittujen suuruisia. Käytännössä ohjetasot eivät ole sitovia eli matkustaja saa tuoda alkoholijuomia mukanaan rajoituksetta omaan käyttöönsä.

tulo sitten siirtyi vuoteen 2004. Tämä seikka on hyvä muistaa, kun vuonna 2003 pohditaan mahdollisuuksia jatkaa poikkeusjärjestelyjä.

Sen jälkeen kun Suomi liittyi EU:n jäseneksi alkoholikeskustelumme pysyvänä teemana on ollut vaatimus alkoholijuomien valmisteverojen alentamisesta (Alavaikko & Österberg, 1999). Tätä on perusteltu sekä vetoamalla EU:n sisämarkkinoiden rakentamiseen liittyviin tavoitteisiin harmonisoida jäsenmaidensa arvonlisäverojen ja kaikkien valmisteverojen tasot että alkoholin matkustajatuonnin ennakoidulla kasvulla. Alkoholijuomien matkustajatuonnin kasvu on kuitenkin tähän asti jäänyt toteutumatta vuosia 1995 ja 1996 lukuun ottamatta. Tämä on johtunut ennen muuta siitä, että alkoholijuomien matkustajatuontikiintiötä ei ole väkevien alkoholijuomien, välituotteiden eikä viinien osalta nostettu vuoden 1995 jälkeen (ks Taulukko 1). Näin ei käynyt vuoden 2003 alussakaan, vaikka hallituksen talouspoliittinen ministerivaliokunta oli tehnyt tämänsuuntaisen linjauksen toukokuussa 2001. Pidättäytyminen matkustajatuontikiintiöiden nostamisesta perustui tarpeeseen pitää alkoholijuomien valmisteverojen nimellistasot ennallaan myös vuonna 2003. Se taas selittyy ennen muuta valtiontalouden tilalla, joka ei ole sallinut alkoholijuomien valmisteverojen tuoton vähene- mistä.

Vuodesta 2004 on tullut hieman maaginen käsite osittain siksi, että vuonna 2004 toteutuu se muutos matkustajien oikeudessa tuoda mukanaan alkoholijuomia omaan käyttöönsä muista EU-maista niistä Suomeen veroja maksamatta, jonka moni kuvitteli toteutuvan samana päivänä, kun

Suomi liittyi EU:n jäseneksi tammikuun ensimmäisenä päivänä vuonna 1995 tai viimeistään alkuperäisen kahden vuoden poikkeusjakson jälkeen eli tammikuun ensimmäisenä päivänä vuonna 1997. Olkoon totta tai tarua, mutta monen suomalaisen on väitetty antaneen kyllä-äänensä EU-jäsenyydelle halvan alkoholin ja vapaan alkoholipolitiikan toivossa. Heille lähes vuosikymmenen kestänyt odotus on ollut pitkä aika.

Matkustajatuonnin rajoitusten poistumisesta ja sen vaikutuksista on Suomessa keskusteltu pitkään ja hartaasti. Matkan varrella vuoteen 2004 on liitetty muitakin alkoholipoliittisia odotuksia, kuten arvelu Alkon vähittäismyyntimonopolin purkautumisesta vuonna 2004. Niin ei kuitenkaan ole näillä näkymin käymässä, ei ainakaan EU- säädösten vuoksi. Yhden suomalaisen alkoholipolitiikan tukijalan eli korkean alkoholiverotuksen tai ainakin korkean alkoholiverotuksen avulla toteutetun alkoholin kulutuksen rajoittamisen vuosi 2004 näyttää kuitenkin murtavan.

Keskustelu alkoholin matkustajatuonnin rajoitusten poistumisesta on vellonut puolelta toiselle. Ennen kuin Viron EU-jäsenyys vuonna 2004 alkoi näyttää hyvin todennäköiseltä, kiistan kohteena oli Saksan alhaisten alkoholihintojen vaikutus Suomen alkoholiveroihin. Vaatimusta Suomen korkeista alkoholiveroista luopumisesta perusteltiin pitkään ennusteilla, joiden mukaan pakettiautoilla toteutettu alkoholin matkustajatuonti Saksasta paisuttaisi tilastoimattoman alkoholinkulutuksen ja harmaat markkinat niin suuriksi, että alkoholiveroja olisi pakko tai järkevää alentaa lähes Saksan tasolle. Ilmeisesti emme koskaan saa tietää, miten suureksi alkoholin matkustajatuonti Saksasta olisi todella kohonnut. Kiistely matkustajien Saksasta tuoman alkoholin määrästä on kuitenkin hyvä muistaa, kun yritetään ennakoida, mitä tuontikiintiöiden poistuminen yhdessä Viron EU-jäsenyyden kanssa tulee vaikuttamaan alkoholioloihimme. Alkoholiverojen alentamisessa on nimittäin kyse myös suurista taloudellista arvoista ja eduista. Se on enemmän tai vähemmän selvästi alkoholiteollisuuden ja -kaupan etujen mukaista. Siksi ei tule unohtaa, että myös nämä seikat vaikuttavat siihen, mitä uskomme tai toivomme tapahtuvan vuonna 2004, tai mitä yritämme uskotella tapahtuvan vuonna 2004.

Mitä tapahtuu vuonna 2004

Alkoholin kulutus on Suomessa ollut vuoden 1994 jälkeen lisääntymässä (Kuvio 1). Eräissä tuoreimmista ekonometrisista ennusteista on esitetty, että alkoholin kokonaiskulutus tulisi lisääntymään vuoden 2002 noin 9.3 litrasta asukasta kohti noin 10 litraan vuonna 2004 ilman erityistä alkoholin saatavuuden parantumista, siis siinäkin tapauksessa, että alkoholin matkustajatuontikiintiöistä ei luovuttaisi ja että Virosta ei tulisi EU:n jäsentä (Leppänen & Österberg, 2002). Thomas Karlsson kollegoineen on arvioinut keväällä 2003 Yhteiskuntapolitiikassa julkaistussa katsaukses-

sa, että alkoholin matkustajatuontikiintiöistä luopuminen yhdistyneenä Viron EU-jäsenyyteen nostaisi alkoholin kokonaiskulutuksen Suomessa alkoholiveroratkaisusta riippumatta noin 11.0 - 11.5 litran tienoille (Karlsson ym., 2003). Tämä julkisuudessa Stakesin ennusteeksi nimetty arvio perustuu toisaalta alkoholijuomien hintajoustoja koskevaan ekonometriseen analyysiin ja toisaalta arvioihin, jotka perustuvat nykyistä Viroon suuntautuvaa matkailua ja näiltä matkoilta nykyisin tuotavia alkoholimääriä koskeviin tietoihin.

Käydyissä keskusteluissa esitettyä 11.0 -11.5 litran arviota on pidetty sekä liian suurena että liian pienenä, ja vain aika voi näyttää kuka tai ketkä ovat olleet enemmän tai vähemmän oikeassa tai väärässä. Ongelmana ei ole pelkkä alkoholin kulutuksen litramäärä vaan myös se puhummeko muutosten lyhyen aikavälin vai pitkän aikavälin vaikutuksista. Olennaista tässä tilanteessa on kuitenkin se, että teimmepä alkoholiverojen suhteen minkä tahansa ratkaisun, tuloksena näyttää aina olevan alkoholin kulutuksen ja alkoholihaittojen lisääntyminen. Ainakaan tähän mennessä kukaan ei ole ennakoinut alkoholin kulutuksen alenevan vuonna 2004 matkustajatuontikiintiöiden poistumisen ja Viron todennäköisen EU-jäsenyyden myötä. Sen sijaan esimerkiksi alkoholiverojen alentamisen vaikutuksista valtion verotuloihin esiintyy sekä verotuottojen kasvamista että vähenemistä puoltavia näkemyksiä (ks. esim. Hella & Mankinen, 1997; Österberg ym., 1998).

Onko mahdollista tehdä järkevä ennuste matkustajatuontikiintiöiden poistumisen ja Viron EU-jäsenyyden vaikutuksesta Suomen alkoholioloihin? Onko sitä edes syytä yrittää? Vastauksia on ainakin kaksi. Ensiksikin Suomen on reagoitava ennakolta vuoden 2004 tapahtumiin. Toisin sanoen, myös vuonna 2004 alkoholijuomia tullaan verottamaan, ja sekä alkoholijuomien valmisteverojen pitäminen ennallaan että niiden alentaminen on poliittinen päätös, ja tämä päätös on tehtävä jo vuonna 2003. Hallitus ja eduskunta toki kantavat poliittisen vastuun päätöksistään, mutta virkamiehet tai tutkijat eivät voi kieltäytyä taustamateriaalin tuottamisesta tehtävän vaikeuteen vedoten. On siis pakko yrittää. Toiseksi on kuitenkin rehellisesti myönnettävä, että vuoden 2004 tapahtumien vaikutusten ennakointi on enemmän kuin ongelmallista. Miten vaikkapa rakentaa matemaattista mallia, kun lähes jokaisen mallin mahdollisen muuttujan arvo on kovin epävarma. Stakesin ennustetta alkoholin matkustajatuonnin kasvusta on väitetty aivan liian pieneksi vuosien 1995-1996 viina- ja olutralliin vedoten. Stakesin arviossa oletetaan, että Tallinnasta saapuisi Suomeen entiseen tapaan 2,5 miljoonaa suomalaista vuodessa ja, että sinne matkustaisi näiden lisäksi puoli miljoonaa suomalaista autoineen alkoholia hakemaan. Jos Stakesin arvio on aivan liian pieni, täytyisi Tallinnan matkailun olla vuonna 2004 huomattavasti arvioimaamme noin kolmea miljoonaa suomalaista paluumatkailijaa suurempi. Samaan aikaan varustamoista tulee viestejä, joissa ennakoidaan, että matkustus Helsingin ja Tallinnan välillä

tulee vähenemään, koska tax-free myynnin poistuminen nostaa lippujen hintoja. Mihin arvio siis tulisi perustaa? Tässä nimenomaisessa tapauksessa varustamojen arvio voisi olla luontevin lähtökohta, koska se oletettavasti vaikuttaa matkustuskapasiteettia koskeviin päätöksiin. Ei Tallinnaan voi mennä alkoholia hakemaan, ellei ole laivoja, jotka kuljettavat alkoholinhakijat, eli kärjistäen: heitot miljoonasta suomalaisesta noutamassa alkoholia Tallinnasta 1 toukokuuta 2004 on logistinen mahdottomuus, jos laivat kykenevät kuljettamaan vain 20 000 henkilöä päivässä. Mutta kyse on myös kilpailusta ja markkinoista. Jos olisit Tallinkin toimitusjohtaja hankkisitko lisää laivoja Helsinki-Tallinna välille toukokuuksi 2004 vai nostaisitko lippujen hinnat kysyntää vastaaviksi? Tai jos Tallink ei vastaa kysyntään, siirretäänkö kapasiteettia Merenkurkun liikenteestä Helsinki-Tallinna reitille.

Entä pimeät ja harmaat markkinat. Jos suomalaiset tai virolaiset pienjobbarit intoutuisivat kuljettamaan päivittäin nelisenkymmentä litraa viinaa Tallinnasta Helsinkiin laittomaan myytiin, ryhtyisikö tulli aktiivisesti estämään tällaista alkoholintuontia valvontaa kiristämällä. Entä nostaisiko poliisin johto pimeän viinan pienmyyjien valvonnan priorisoiduksi toimintakohteen. Ja mitä sanoisi väitetty mafia, jolla tulisi olla hallussaan pimeät markkinat. Antaisiko se pienyrittäjien tulla toimintakentälleen. Entäpä jos työni vuoksi kävisin Tallinnassa ja toisin parikymmentä litraa viinaa, jotka sitten lahjoittaisin Reiskalle, joka puolestaan tekisi minulle pienen remontin. Jaksaisivatko harmaan talouden tutkijat kiinnostua moisesta laittomuudesta. Yksinkertaistaen: olemme tekemisissä monien sellaisten prosessien kanssa, jotka joko syntyvät tai sitten eivät synny, jotka joko tukahdutetaan tai joita ei kyetä tai edes haluta tukahduttaa, ja se mitä loppujen lopuksi tapahtuu on monien eri tahojen tekemien päätösten seuraus.

Mitä vuoden 2004 jälkeen

Alkoholin kulutuksen kasvun ohella toinen olennainen seikka Stakesin arvioissa on väite, että alkoholin kulutuksen kasvu johtaa alkoholihaittojen lisääntymiseen. Tätä yhteyttä ei ole vakavasti asetettu kyseenalaiseksi, joten vuoden 2004 tapahtumien ennakkoinnin ohella on järkevää pohtia, voidaanko alkoholihaittojen kasvu ja saavutettava haittataso sietää ilman erityisiä panostusta alkoholihaittojen ehkäisyyn ja korjaamiseen, ja ellei voida, millaista alkoholipolitiikkaa tai yhteiskuntapolitiikkaa vuonna 2004 ja sen jälkeen tarvitaan, jotta alkoholihaittojen kasvu saataisiin pysäytettyä ja kääntymään laskusuuntaiseksi. Tämänkaltaiset ratkaisut ovat mitä suurimmassa määrin poliittisia päätöksiä.

Tulevia alkoholipoliittisia ratkaisuja tehtäessä on hyvä muistaa, että alkoholin kokonaiskulutuksen määrällä ei ole ylärajaa, johon se luonnostaan asettuisi. Lisäksi viimeaikaiset ekonometriset analyysit viittaavat sii-

hen, että suomalaiset ovat yhä valmiita kasvattamaan alkoholin kulutustaan, jos heidän tulonsa lisääntyvät ja alkoholijuomien hinta alenee. (Lepänen & Österberg, 2002; Vehkasalo, 2003). Alkoholipolitiikan pitkä linja taas kertoo, että olemme yhä pikemminkin alkoholin saatavuutta lisäävässä kuin kiristävässä vaiheessa. Tosin kansalaismielipide ja mediat ovat viime vuosina osoittaneet kasvavaa ymmärrystä alkoholipoliittisia rajoituksia kohtaan, mutta kansanliikkeen perustaksi asti tämä ymmärrys ei ole riittänyt. Kotimaiset taloudelliset intressit ovat yhä ajamassa vapaampaa alkoholipolitiikkaa, josta hyvänä esimerkkinä on pyrkimys tuoda mietoja alkoholijuomia päivittäistavarakauppoihin. On myös hyvä muistaa, että alkoholikauppaa vapauttavat kansainväliset paineet eivät suinkaan ole hävinneet. Prosessi jatkuu taloudellisen globalisaation edetessä, kuten käynnissä olevat GATS -neuvottelut hyvin osoittavat.

Alkoholipolitiikan keinovalikoima on supistunut ja sellaiset kovat menettelmät rajoittaa alkoholin kulutusta kuten korkeat alkoholiverot ovat menettäneet tai menettämässä merkitystään joko kansainvälisten sitoumuksiemme tai kansalaismielipiteen vuoksi. Kieltolain ja viinakortin kuulumisesta alkoholipolitiikan keinovalikoimaan ei tänä päivänä edes kannatta muistuttaa. Alkoholiverojemme nosto ei tule kysymykseen laajenevan EU:n vuoksi. Kansalaiset tuskin haluaisivat Alkon myymälöiden piilottamista sivukujille tai niiden pitämistä kiinni lauantaisin. Alkoholimainontaakin vapautimme 1990-luvun puolessavälissä. Onko siis mitään tehtävissä tai onko edes syytä tehdä jotakin vai olemmeko todella tulossa tilanteeseen, jossa markkinavoimat ovat vapaita tarjoamaan meille alkoholijuomia kysyntämme mukaan, ja me kuluttajat kannamme yksilöinä vastuun niin juomisestamme kuin sen seurauksista.

Edellä esitetyn valossa kuulostaa aika yllättävältä, että uusimmissa kansallisissa terveysohjelmissa alkoholiongelmien on nostettu aitiopaikalle. Esimerkiksi Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi toteaa, että "suomalaisten pahin yksittäinen terveysongelma on nyt ja lähitulevaisuudessa alkoholi" (Kansallinen ..., 2002, 1). Valtioneuvoston päättämässä Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000-2003 kiinnitetään erityistä huomiota päihdeongelmien ehkäisyyn (TATO:n ..., 2000, 19). Yksi valtioneuvoston hyväksymän Terveys 2015-ohjelman viidestä keskeisestä tavoitteesta koskee alkoholia eli yhtenä tavoitteena on nuorten päihteiden käytön vähentäminen (Terveys 2015 ..., 2001, 15). Paperilla nämä ohjelmat luovat edellytyksiä järjestelmällisen alkoholipolitiikan ja ehkäisevän päihdetyön kehittämiseksi. Ohjelmanjulistus on kuitenkin eri asia kuin poliittinen tahto ja operatiivinen valmius.

Valtioneuvoston tuorein kokonaisvaltainen alkoholipoliittinen kannanotto on seitsemän vuoden takaa, vuodelta 1996. Uudelta hallitukselta ja eduskunnalta olisikin lupa odottaa selkeää kannanottoa ja viestiä siitä, onko yli 11 litran alkoholin keskikulutus siihen liittyvine haittoineen va-

kava yhteiskunnallinen ongelma, jolle on todella tehtävä jotakin vai onko se vain juhlapuheiden pakollinen osa, jonka mainitsemisen jälkeen niin puhuja kuin kuulijatkin voivat siirtyä nauttimaan lasillisen kuohuviiniä ennen illallis- ja jälkiruokaviinien esittelyä.

Jos hallitus päätyisi näkemykseen, että alkoholia kulutetaan Suomessa liikaa, että se kuormittaa kohtuuttomasti sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmäämme, että juomatapamme ovat ongelmallisia oli sitten kyse työvoiman ja työpanoksen menettämisestä kuolemien, vammautumisten, pois-saolojen ja varhaiseläkkeiden muodossa tai väkivallan, turvattomuuden ja epäviihtyvyuden tuomista ongelmista, hallituksen tulisi viestittää tämä kanta kansalaisille hyvin selkeästi. Selkeä viesti voisi koostua monista osatekijöistä, joista seuraavassa muutama esimerkki.

- Poliittinen johto voisi osoittaa sitoutumisensa kannanottoonsa jättämällä pois turhaa alkoholin tarjoilua isännöimistään tilaisuuksista ja pitämällä huolen siitä, että kansalaiset uskovat julkisissa tilaisuuksissa käytettävän alkoholia tilanneraittiutta noudattaen kohtuullisesti ja hallitusti. Ei olisi myöskään pahitteeksi, jos muukin kulttuurinen ja taloudellinen eliitti sekä julkisuus ja mediat osoittaisivat vastaavanlaista vastuullisuutta.
- Pidetään huoli siitä, että alkoholin vähittäismyynnissä ja anniskelumyynnissä noudatetaan laissa säädettyjä ikärajoja, jotka yli 90 prosenttia väestöstä hyväksyy. Tehdään lasten vanhemmille ja alaikäisten sisaruksille ja ystäville selväksi, että ikärajat on säädetty kasvavien nuorten parhaaksi.
- Pidetään huoli siitä, että lakia noudatetaan ja humalaisille ei myydä alkoholia, ei vähittäis- eikä anniskelupisteissä.
- Otetaan alkoholinjuomien vähittäis- ja anniskelumyynnin ajat tarkemman harkinnan kohteeksi. Onko Suomessa todellakin 1 500 ravintolan oltava auki aamukolmeen ja 500 aamuneljään? Eikö yö tulisi käyttää pikemminkin nukkumiseen kuin juomiseen. Ja kuinka aikaisin aamulla alkoholia on oltava saatavilla.
- Otetaan tilapäiset alkoholin anniskeluluvat tarkemman harkinnan kohteeksi. Koetetaan myös saada erilaisten tilaisuuksien järjestäjät pohtimaan alkoholitarjoilun sopivuutta. Luultavasti alkoholin anniskelusta voisi luopua muulloinkin kuin alkoholiehtoisessa onnettomuudessa kuolleen muusikon muistotilaisuudessa.
- Otetaan alkoholin mainonta tarkemman valvonnan kohteeksi. Voimme todella rehellisesti väittää, että Suomesta ei löydy alkoholimainoksia, joissa kuvataan alkoholin runsasta käyttöä myönteisesti tai, joissa luodaan kuvaa, että alkoholin käyttö lisää sosiaalista tai seksuaalista menestystä tai että Suomessa harjoitettu alkoholimainonta ei lainkaan kohdistu alaikäisiin.

- Selvitetään, missä määrin ja miten alkoholimainonnan ja -sponsoroinnin yhteyttä urheiluun voitaisiin heikentää. Onko rallin maailmanmestarin pipo todellakin oikea paikka olutlogolle, ja miksi on yllättävää, että nuoret urheilijat juovat enemmän kuin muut nuoret.

Nykyistä kansallista alkoholiohjelmaa uudistetaan vuonna 2003. Uuden ohjelman valmistelu tarjoaa oivan mahdollisuuden ryhtyä kääntämään kasvavaa alkoholinkulutusta laskusuuntaiseksi. Se ei kuitenkaan onnistu pelkästään hyvällä tahdolla ja iskulauseilla, vaikka niitäkin tarvitaan. Uudelle alkoholiohjelmalle on osoitettava myös sellaiset resurssit, että se voidaan viedä paperilta käytäntöön. Olennaista myös on, että alkoholikulttuurin muutosta edistetään ja alkoholin saatavuutta tiukennetaan yhteisymmärryksessä kansalaisten kanssa sekä heidän tukeensa nojautuen ja että toimenpiteet toteutetaan laajalla rintamalla.

Lähteet:

Alavaikko, Mika & Österberg, Esa (1999). Alkoholiin kytkeytyvät elinkeinointressit Suomessa 1990-luvulla. Yhteiskuntapolitiikka 64, 4, 301-316.

Bergqvist, Agneta & Falkenhäll, Madelén & Sellgren, Lena (2002). Sverige. I: Paaso, Kari & Tigerstedt, Christoffer & Österberg, Esa (Red.). I kläm mellan handel och hälsa - Nordisk alkoholpolitik i en global värld. Social- och hälsovårdsministeriets stencilserie 2002:4, 56-63. Helsingfors.

Hella, Heikki & Mankinen, Reijo (1997). Alkoholiverotuksen vaihtoehtoja ja vaikutuksia. Elinkeinoelämän tutkimuslaitos, Sarja B, No 136. Helsinki.

Helsingin Sanomat 8.3.2003.

Holder, Harold D. & Kühlnhorn, Eckart & Nordlund, Sturla & Österberg, Esa & Romelsjö, Anders & Ugland, Trygve (1998). European Integration and Nordic Alcohol Policies. Changes in Alcohol Controls and Consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980-1997. Aldershot. Ashgate.

Kallenautio, Jorma (1979). Kieltolaki ja sen kumoaminen puoluepoliittisena ongelmana. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja, No 31. Jyväskylä.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita, No 3. Helsinki.

Karlsson, Thomas & Mäkelä, Pia & Tigerstedt, Christoffer & Österberg, Esa (2003). Alkoholipolitiikka tuontirajoitusten poistuessa. Yhteiskuntapolitiikka 68, 1, 77-82.

Korolainen, Arja (2002). Viron EU-jäsenyyden vaikutukset - tilannekatsaus. Julkaisematon käsikirjoitus 18.12.2002.

Leppänen, Kalervo & Österberg, Esa (2002). Alkoholin kulutuksen joustot ja kulutusennuste vuosille 2002-2004. Stakes, Aiheita 23. Helsinki.

Mäkelä, Klaus & Sulkunen, Pekka & Österberg, Esa (1981). Suomen väkijuomaolot 1950 - 1975. Teoksessa: Sosiaalipolitiikka 1981, 37-62. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja, No. 6. Vammala.

Paaso, Kari & Österberg, Esa (1995). Miksi turistialkoholia koskevasta aikarajoituksesta luovuttiin? Alkoholipolitiikka 60, 2, 132-135.

Paaso, Kari & Österberg, Esa (1996). Alkoholituomisia koskevat rajoitukset Suomessa ja Ruotsissa. Alkoholipolitiikka 61, 6, 491-497.

Pehkonen, Juhani & Österberg, Esa (1996). Turistialkoholin tuonti Suomeen vuonna 1995. Alkoholipolitiikka 61, 2, 110-122.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2002. Alkoholi ja huumeet (2002). Stakes. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003 (2000). TATO:n ensimmäinen vuosi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 17. Helsinki.

Terveys 2015. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta (2001). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki.

Tuominen, Uno (1981a). Suomen alkoholipolitiikka vuosisadasta toiseen I. Alkoholikysymys 49, 1, 3-47.

Tuominen, Uuno (1981b). Suomen alkoholipolitiikka vuosisadasta toiseen II. Alkoholikysymys 49, 2, 51-82.

Vehkasalo, Ville (2003). Alkoholijuomien hinnat ja kulutus. Yhteiskuntapolitiikka 68, 2, 161-165.

Yhteiskunnan muutos ja alkoholipolitiikka. Vuoden 1987 alkoholikomitean mietintö (1989). Komiteanmietintö 1989, No 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Österberg, Esa (1985). From home distillation to the State Alcohol Monopoly. Contemporary Drug Problems, 12,1, 31-51.

Österberg, Esa (1989). Country profiles. Finland. In: **Kortteinen, Timo (Ed.)**. State monopolies and alcohol prevention. Report and working papers of a collaborative study. Reports from the Sosial Research Institute of Alcohol Studies, No. 181. Helsinki.

Österberg, Esa (2002a). Onko vuosi 2004 kohtalokas alkoholiveroillemme? Yhteiskuntapolitiikka 67, 3, 234-244.

Österberg, Esa (2002b). Alkoholipolitiikan murros 1990-luvulla. Teoksessa: **Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko, (Toim.)**. Suomalaisten hyvinvointi 2002, 230-248. Stakes. Jyväskylä.

Österberg, Esa & Kajalo, Sami & Leppänen, Kalervo & Niilola, Kari & Rauhanen, Timo & Salomaa, Jukka & Voipio, Iikka B. (1998). Alkoholijuomien hintatason alenemisen yhteiskunnalliset vaikutukset. Arviot Suomen alkoholioista vuonna 2004 kolmen erilaisen alkoholiveron alentamisvaihtoehdon mukaan. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, No. 8. Oy Edita Ab. Helsinki.

Österberg, Esa & Karlsson, Thomas (2002a). Alcohol Policies in the ECAS countries, 1950-2000. In: **Norström, Thor (Ed.)**: Alcohol in post-war Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries, 11-46. Alqvist & Wicksell. Stockholm.

Österberg, Esa & Karlsson, Thomas (2002b). Alcohol policies at the EU-level. In: **Österberg, Esa & Karlsson, Thomas (Eds.)**. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports, 43-75. Stakes. Helsinki.

Year 2004 – already a legend since 1994

Esa Österberg

After January 1, 2004, Finns will be able to bring in unlimited amounts of alcohol for their own use from other EU countries without having to pay taxes for them when returning back to Finland. Now it seems that there will be another incident taking place in 2004 that will greatly influence the future developments related to alcohol in Finland, that is Estonia's joining of the EU in May 1, 2004.

There are two reasons why Estonia's membership in the EU affects alcohol consumption in Finland. First of all, Estonia is geographically quite close to Finland and especially to that part of Finland that is most densely populated. The nearness and attractiveness of Estonia as a travel destination is well demonstrated by the roughly three million passengers arriving yearly in Helsinki from Tallinn in recent years; around 2.5 million of them have been returning Finns.

Second, in Estonia alcohol prices are at the present approximately a fourth or a fifth of the Finnish prices in the case of vodkas. The cheapest wines available in Finland sell in Estonia for two-thirds of the Finnish price, and beer prices in Estonia are only a third of the Finnish prices.

The difference in alcohol prices between Finland and Estonia is mainly due to the taxes, and nothing indicates that any factors influencing alcohol taxes or other related matters in Estonia will change in the near future so radically as to decrease substantially the differences between the price levels of Finland and Estonia. Therefore, in Finland the government and parliament seem to be left to choose between only two alternatives for its alcohol policy in 2004, neither of which is satisfactory.

Roughly simplified the extreme alternatives can be described as follows. If the excise taxes for alcoholic beverages are kept intact or at least very high in Finland, there would be a major increase in the amount of alcohol passengers import from Estonia. This would lead to an increase in the total alcohol consumption and in alcohol-related problems; at the same time it would produce a decrease in domestic alcohol sales and a loss of jobs, and ultimately a decrease in state tax revenue. This alternative can presumably lead to many other drawbacks and problems.

The second alternative is to try in advance to prevent an increase in the amount of alcohol imported by lowering prices in Finland sufficiently to compete with the Estonian prices. This would require a substantial decrease of alcohol excise taxes, and that in turn would increase the domestic

sales. Consequently, the total alcohol consumption and the alcohol-related problems would increase. Despite increasing alcohol sales, the state tax revenue would lower in this case as well.

This article sets the changes related to alcohol imported by passenger in a wider Finnish and European context. It discusses what kinds of alcohol policy and social policy are needed in 2004 and thereafter in order to prevent alcohol problems from increasing.

**Christoffer Tigerstedt &
Thomas Karlsson, Stakes**



Vaivalloinen irtiotto.

Suomen ja Ruotsin alkoholipoliittinen¹ uudelleenorientaatio vuoden 1990 jälkeen.

Lähtö

Suomen ja Ruotsin tavoilla säädellä alkoholintuotantoon, -kauppaansa ja -kulutustaan on yhteinen juuri. Kauan puhuttiinkin *pohjoismaisesta* alkoholipoliitikasta. Sitä luonnehti alkoholikaupan voiton minimointi sekä kansainvälisesti katsoen tiukka hintapolitiikka ja alkoholijuomien rajoitettu saatavuus. Yhteistä on lisäksi ollut pitkään vaikutusvaltainen raittiusliike.

Yhteisiä piirteitä löytyy myös tämän kokonaisvaltaisen järjestelmän alasarjasta. Muutosta tahditti Euroopan Unioni (EU), joka vuodesta 1995 lähtien mursi Suomen ja Ruotsin alkoholimonopoliin ylläpitämän protektionistisen toimintatavan. Tämän jälkeen vannominen alkoholin säätelyn pohjoismaisuuden nimeen on kuivunut kokoon. Historian oikkuja on se, että raittiusliike luhistui samanaikaisesti. Maita on kuitenkin yhdistänyt kivulias kysymys: miten toimia tilanteessa, jossa perinteisesti vahvaa keskushallintoa haastavat niin kansainväliset kuin paikallisetkin toimijat?

Yhteistä on lopuksi se, että 1990-luvun lopun etsinnän jälkeen kummassakin maassa päädyttiin toimintaohjelmiin, joissa varsin yhden-suuntaisesti korostettiin paikallisen alkoholipoliittikan – eli ehkäisevän päihdetyön – ehtojen vahvistamista.

Tarkempi erittely paljastaa kuitenkin, että viime vuosikymmenen alkoholipoliittiset ajattelu- ja toimintatavat poikkeavat Suomessa ja Ruotsissa. Tässä artikkelissa keskitymme kahteen seikkaan. Ensinnäkin vertaamme toisiinsa kummankin maan valtiollisen suunnittelukoneiston tapaa reagoida odotettavissa oleviin muutoksiin. Emme käy läpi ETA- ja EU-

¹ Artikkelia varten haastattelimme seuraavia henkilöitä: Sven Andréasson, Gunborg Brännström, Gert Knutsson, Jorma Niemelä, Börje Olsson ja Robin Room. Kiitämme heitä arvokkaista tiedoista.

neuvotteluissa tapahtuneita käänteitä (ks. esim. Holder et al., 1998; Sulkunen et al., 2000; Ugland, 2002; Österberg, 2002a). Emme liioin paneudu raittiustyön ja ehkäisevän päihdetyön 1990-luvun organisatorisiin mullistuksiin (ks. esim. Warpenius & Sutton, 2000; Warpenius, 2002). Sen sijaan kommentoimme hallinnon työtapaa ja hallinnon synnyttämien dokumenttien poliittista statusta.

Toiseksi kysymme mistä narusta maat ovat päättäneet vetää, kun alkoholipolitiikan perinteisiin keinoihin ei ole voinut samassa määrin luottaa. Minkälaisia uusia toimintakonsepteja on kehitelty vai ovatko ne edelleen haussa?

Eroja

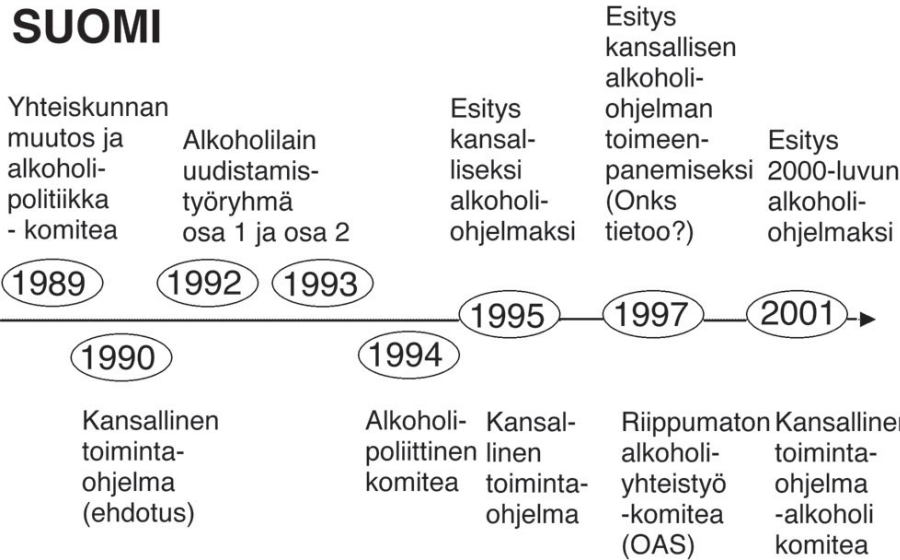
Suomen ja Ruotsin alkoholipolitiikan ja ehkäisevän päihdetyön viime vuosien suunnittelun vertailu avaa silmämme seuraaville tosiasioille, jotka koskevat hallinnon työtapoja:

- Suomessa valtiovallan *suunnitteludokumentit* ovat kutistuneet vaatimattomiksi asiakirjoiksi. Ruotsissa näin ei ole käynyt. Viimeisin suomalainen dokumentti, joka syvällisesti pohtii alkoholipolitiikan perusteita, on jo 14 vuotta vanha. Ruotsin valtio on sen sijaan pohtinut alkoholipoliittisia perusteitaan lukuisissa ja laajoissa julkaisuissa.
- Suomen alkoholipoliittisen *valmistelutyön poliittis-hallinnollinen status* on muuttunut. Parlamentaariset komiteat on korvattu virkamiesvetoisilla työryhmillä, joiden asettaminen on ollut lähinnä sosiaali- ja terveysministeriön sisäinen asia. Ruotsissa komiteatyöskentely ei ole loppunut, mutta sen luonne näyttää muuttuneen operatiivisempaan suuntaan.
- Suomessa *ohjelma-asiakirjojen poliittis-hallinnollinen status* on ollut epäselvä. Tähänastiset asiakirjat ovat olleet “esityksiä” ohjelmiksi, joita valtioneuvosto ja eduskunta eivät ole käsitelleet. Ruotsissa ohjelmat on ankkuroitu eduskunnan tai hallituksen päätöksiin.
- Suomessa ohjelmien *toteuttamiseen nimitetty johto* edustaa ylemmän keskitason virkamieskuntaa. Ruotsissa on pyritty satsaamaan ministeriön ja viranomaisten huippuvirkamiehistöön.
- Suomessa toimintaohjelmien *rahoitusmalli* on perustunut yhtäältä vaatimattomaan erillisrahoitukseen ja toisaalta avoimeen kilpailuun sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisrahoista ja Raha-automaattiyhdistyksen rahoista. Ruotsissa ohjelmat ovat yleensä nauttineet huomattavaa erillisrahoitusta.

Seuraavaksi tarkastelemme näitä asioita ensin Suomen ja sitten Ruotsin osalta. Kautta esityksen kommentoimme myös niitä sisällöllisiä toiminta-

konsepteja, joita kansalliset ohjelmat ovat päätyneet ajamaan. Taustaksi esittelemme taulukon, johon on kerätty maiden keskeiset alkoholipoliittiset asiakirjat vuoden 1989 jälkeen. Taulukko osoittaa, miten vahvasti Euroopan Unioni on rytmittänyt molempien maiden valmistelutyötä. Toisaan vastaavat valtiolliset dokumentit ovat syntyneet lähes tasatahtia.

SUOMI



RUOTSI

Taulukko: Alkoholipoliittisia komiteoita, työryhmiä ja toimintaohjelmia Suomessa ja Ruotsissa 1989–2001

Suomi

Valtioneuvosto asetti huhtikuussa 1987 tähän asti viimeisimmän suomalaisen alkoholikomitean. Vuotta myöhemmin Euroopan Yhteisö ilmestyi alkoholipoliittiseen keskusteluun ja tammikuussa 1989 komitea luovutti valtioneuvostolle mietintönsä *Yhteiskunnan muutos ja alkoholipolitiikka* (Yhteiskunnan muutos ..., 1989). Vaikka mietintö ei onnistunut ennakoimaan Euroopan integraation vaikutuksia maamme alkoholiolojen sääntelyyn, se on kattavuudessaan ja analyttisyydessään tuorein valtioneuvostolle tehty alkoholipoliittinen selvitystyö. Sen pyrkimyksenä oli arvioida yhteiskunnallisen alkoholikysymyksen luonteen muutosta ja tarkastella alkoholipolitiikan perusteluja (Simpura, 1989).

Mietintö vanheni hetkessä kun Euroopan integraation teemat alkoivat hallita keskustelua. Komitea unohtui, mutta niin unohtui myös koko komitealaitos. Ennen ETA- ja EY-keskusteluja Alko ja sen hallintoneuvosto oli johtanut alkoholipolitiikkaa. ETA-neuvottelut, joille Alkon kohtalo alistet-

tiin, alkoivat 1990. Neuvotteluja kävi ensisijaisesti ulkoasiainministeriö, alkoholiasioissa käytännön valmisteluvastuu lankesi sosiaali- ja terveysministeriölle sekä verojen osalta valtiovarainministeriölle. Näissä oloissa Alko menetti hetkessä vuosikymmeniä kestäneen aloitteensa alkoholipoliitiikan valmistelusta (ks. Koski 1994, 425–426).

Tiedossa oli suuria periaatteellisia muutoksia. Sosiaali- ja terveysministeriön ratkaisu oli kuitenkin luonteeltaan lakitekhninen. Maaliskuussa 1992 asetettu *Alkoholilain uudistamistyöryhmä*, joka toimi ministeriön kansliapäällikön Heikki S. von Hertzenin johdolla, ei katsonut tarpeelliseksi perustella ehdotuksiaan yhteiskunnallisella analyysillä. Nimensä ja toimeksiantonsa mukaisesti se tyytyi tuottamaan ehdotuksen alkoholilain kokonaisuudistukseksi niin, että laki vastaisi ETA- ja EY-normeja.

Työryhmä tuotti runsaan vuoden aikana kaksi suppeata osamietintöä. Edellinen kirjoitettiin suoraan hallituksen esityksen muotoon (Alkoholilain ..., 1992). Mietinnöissään työryhmä ehdotti muun muassa koko vanhan alkoholilainsäädännön kumoamista, monopolijärjestelmän hajauttamista ja alkoholihallinnon uudelleen järjestämistä. Työryhmän ehdotukset myös toteutuivat suurelta osin uuden alkoholilain astuessa voimaan 1995 alusta.

Yritys ja erehdys

Alkoholijärjestelmän räätälöinti ETA:n ja EU:n mukaiseksi vuosina 1990–1994 tapahtui poikkeuksellisessa tilanteessa ja Suomi nojautui pragmaattiseen virkamiesratkaisuun. Mutta mikä eteen vuonna 1995, kun maa oli liittynyt EU:iin, uusi alkoholilaki oli astunut voimaan ja sosiaali- ja terveysministeriö oli edelleen päävastuussa alkoholipoliitikasta – ilman Alkon väkevää tukea?

Ministeriö päätti turvautua vanhaan elimeen, jolle annettiin rutkasti lisää vastuuta. Päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunta (PRNK) oli vuosia elänyt hiljaiseloa. Nyt, Alkon epookin päätyttyä ja raittius- tai ehkäisevän päihdetyön järjestäytyessä samanaikaisesti totaalisesti uudelleen, se nousi keskeiseksi toimijaksi alkoholipoliittisessa valmistelutyössä.

Päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunta on parlamentaarinen neuvottelukunta, valtiohallinnon “aputoimielin”. Se koostuu kansanedustajista, julkishallinnon ja alkoholielinkeinon edustajista sekä erillisistä asiantuntijajäsenistä. PRNK:sta annetun asetuksen (1017/1991) mukaan neuvottelukunnan tehtävänä on seurata ja käsitellä päihdepolitiikan yleiseen suunnitteluun ja kehittämiseen kuuluvia asioita. Neuvottelukunta voi laadituttaa selvityksiä ja tiedotusaineistoja, käynnistää tutkimus- ja kehittämishankkeita, *tehdä aloitteita ja esityksiä* sekä antaa lausuntoja toimialaansa kuuluvista asioista. Poliittinen mandaatti on siis heikohko. Aputoimielimenä se ei kuulu varsinaiseen hierarkkiseen valtiokoneistoon eikä sillä myöskään ole hallinnollista päätösvaltaa (ks. Mäenpää, 2000; Temmes, 2001).

Heti uuden alkoholilain astuttua voimaan 1.1.1995 PRNK joutui tulikokeeseen, kun sosiaali- ja terveysministeriö antoi sille tehtäväksi muotoilla esityksen kansalliseksi alkoholipoliittiseksi strategiaksi. Esitys oli tehtävä kolmivuotisen ohjelman muotoon. Tämä oli uutta. Hyvin varustettuna ja pysyvänä alkoholiasioden hallintoelimenä Alko ei määrääkäsia ohjelmia tuntenutkaan.

Idea ohjelmasta oli paljolti tuontitavaraa. Mallina toimi Maailman Terveysjärjestön WHO:n Euroopan aluetoimiston 1992 hyväksymä alkoholi-ohjelma (Euroopan alkoholiohjelma, 1993). PRNK:n tehtäväksi tuli valmistella esitys nimenomaan tämän ohjelman soveltamisesta ja toimeenpanosta Suomessa. Siitä lähtien kansallisen alkoholipoliitiikan strateginen linjaus Suomessa on, ainakin paperilla, tehty kansallisten alkoholiohjelmien avulla. (Ks. Karlsson & Törrönen, 2002.)

Esitys kansalliseksi alkoholiohjelmaksi vuosiksi 1996-1999 valmistui marraskuussa 1995 vastauksena “Euroopan integraatiokehityksestä johtuvaan alkoholikulttuurin muutokseen ja askeleena keskitetystä alkoholi-poliittisesta järjestelmästä hajautettuun toimintamalliin” (Esitys ..., 1995). Esityksessään PRNK toteaa, että “on erityisen tärkeätä, että (...) alkoholi-hallinnon muutoksiin on kyettävä vastaamaan nopeasti” (mt., 21). Saadakseen poliittista pontta vaatimukselleen PRNK ehdotti, että tulevien vuosien alkoholipoliittikka alistetaan valtioneuvoston käsittelyyn.

Näin tapahtuikin. Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman lyhyen muis-tion pohjalta (Ajankohtaisia..., 1996) valtioneuvosto lausui yleiset käsi-tyksensä alkoholipoliitiikan hoidosta. Samalla hallitus antoi ministeriölle tehtäväksi valmistella PRNK:n mainitun esityksen pohjalta toimenpiteitä alkoholiohjelman toteuttamiseksi. Ministeriö puolestaan delegoi asian läh-töruutuun eli PRNK:lle. Ympyrän sulkeutuminen vahvisti entisestään it-sensä heikoksi kokevan neuvottelukunnan roolia kansallisen alkoholipoli-tiikan suunnittelussa ja toteutuksessa.

Neuvottelukunnan uusi esitys *“Onks tietoo? Esitys kansallisen alkoholi-ohjelman toimeenpanemiseksi* (1997 - 2000)” annettiin sosiaali- ja terveystmi-nisteriölle maaliskuussa 1997. Työnjako- ja vastuukysymykset näyttivät mutkistuvan entisestään. Ohjelmaesityksen mukaan valmisteluelin itse eli PRNK toimisi nimittäin myös toimeenpanon johtoryhmänä. Lisäksi johtoryh-mälle annettiin rajaton määrä vastuuta. Sen tuli vastata “toimintojen koor-dinoinnista, seurannasta, tuesta, arvioinnista ja raportoinnista” (Onks tietoo?, 1997, 7). Muun muassa eettisistä ja tehokkuussyistä nämä tehtävät jaetaan yleensä selkeästi eri elinten kesken.

Sisältönsä puolesta ohjelma pyrki strategiseen irtiottoon vanhan Alkon aikaisesta politiikasta. Sen perimmäiseksi tavoitteeksi asetettiin alkoholipo-litiikan ja ehkäisevän päihdetyön painopisteen siirtäminen kansalliselta tasolta paikallistasolle. Vanhan alkoholipoliitiikan rakenteen murruttua ih-meteltiin, missä ja miten politiikkaa nyt tehtäisiin. Tässä tilanteessa oh-

jelma omaksui suomalaiselle alkoholin sääntelylle aivan uuden ja samalla hyvin epämääräisen kielen, jossa avainasemassa olivat verkostoituminen, kansalaisnäkökulma, lähiyhteisöhankkeet, omavastuu ja julkinen alkoholi-poliittinen keskustelu. (Ks. Heinonen, 1997; Tigerstedt, 1999; Karlsson, 2001.)

Toteutus kiikasti kuitenkin pahasti. Ohjelmasta ei juuri tiedotettu kansalaisille eikä viranomaisillekaan. PRNK:n toiminta alkoholiohjelman johtoryhmänä oli miltei olematonta. Myös sosiaali- ja terveysministeriön kiinnostus oli vähäistä eikä ohjelma nauttinut mitään erillisrahoitusta. Ohjelman operatiiviset toimijatkaan (Stakes, Kansanterveyslaitos, Terveiden edistämisen keskus ja lääninhallitukset) eivät sitoutuneet toimeenpanoon. (Karlsson, 2001.) Sitoutumisen puutetta voi osittain selittää se, että Onks tietoo? -ohjelmaa valmisteltiin ennen ns. Franzén-tapauksen ratkaisemista EY-tuomioistuimessa lokakuussa 1997, jolloin Suomen ja Ruotsin alkoholin vähittäismyyntimonopolioiden tulevaisuus oli katkolla (Ugland, 2002). Ohjelman laimeaksi osoittautunut toimeenpanovaihe puolestaan osui heti tuomion jälkeen, jolloin tiedettiin, ettei ainakaan keskeisenä pidetystä alkoholin saatavuuteen vaikuttavasta kulmakivestä tarvinnut luopua.

Olennaisempi puute oli kuitenkin se, että ohjelman toimeenpanosuunnitelma rakentui suurelta osin olemattomalle toimijaverkostolle. Ehkäisevän päihdetyön paikallistason verkostoa ei ollut olemassa, eikä liioin vakiintunutta yhteydenpitoa alkoholiohjelman eri toimijoiden välillä (Karlsson, 2001). Tässä mielessä ohjelman johdon tehtävä oli epäkiitollinen. Toimeenpanon epäonnistuminen voidaan tulkita yhdeksi alkoholihallinnon ja ehkäisevän päihdetyön 1990-luvun jälkipuoliskon varsin kaoottisen tilan ilmentymäksi (mt., 77; Warpenius, 2002, 43-44).

Uusi yritys

Nykyinen alkoholiohjelma, *2000-luvun alkoholiohjelma. Yhteistyötä ja vastuuta* (2001-2003), on suoraa jatkoa heikosti onnistuneelle edeltäjälleen. Muodollisesti ei ole kyse uudesta ohjelmasta. Toimeksiannossaan toukokuulta 2000 sosiaali- ja terveysministeriö edellytti nimittäin, että PRNK ”päivittää” edellisen ohjelman WHO:n Euroopan aluetoimiston syksyllä 1999 hyväksymän Euroopan toisen alkoholiohjelman (2000-2005) suunta-
viivojen mukaisesti (Euroopan ..., 2000).

Toimeksianto sisältää kaksi kiinnostavaa valintaa. Vaikka ensimmäisen ohjelman (1997-2000) katsottiin epäonnistuneen, ministeriö tyytyi sen ”päivittämiseen” eikä vakavaan uudelleen arviointiin. Uuden ohjelman taustoittava teksti on supistettu minimiin, eikä sieltä löydy perustietoja esimerkiksi alkoholin kulutuksesta, juomatavoista ja haitoista. Myös ehkäisevän päihdetyön toimijakentän sekava tila mainitaan vain ohimennen. Toinen valinta koski ohjelman strategista esikuvaa, joksi valittiin WHO:n Euroopan aluetoimiston alkoholiohjelma pikemmin kuin suomalaisista tai

pohjoismaisista lähtökohdista kumpuava analyysi alkoholioloista ja niiden säätelystä.

2000-luvun alkoholiohjelmaa voidaan myös pitää uutena yrityksenä strategiseen irtiottoon vanhasta alkoholipoliittisesta järjestelmästä (ks. Tigerstedt, 2002). Vielä selvemmin kuin ensimmäinen ohjelma se antoi rukkaset pyrkimyksille hallinnoida alkoholiasioita yhtenäisenä poliittisena ongelma-kimppuna: ”Alkoholikysymys (...) on vähitellen menettänyt painoarvoaan. (...). [K]okonaiskysymystä ei enää ole, vaan ratkaisut on etsittävä pala kerrallaan sieltä, missä julkisilla toimilla on reaalisia vaikutusmahdollisuuksia” (2000-luvun ..., 2001, 9). ”Pala kerrallaan”-ajattelu materialisoitui kymmeneksi hyvin erilaiseksi tavoitteeksi², joita on toteutettu vaihtelevalla menestyksellä.

Ohjelma ei myöskään omaksunut edeltäjänsä uskottelua kansalaisjärjestöjen ja yhteisöllisyyden uudesta alkoholipoliittisesta noususta. Edelleen luotettiin kyllä ”verkostoitumisen” voimaan, mutta järjestöjen sijasta painotettiin julkisen vallan mahdollisuuksia ja strategista asemaa.

Keskeisenä työmenetelmänä on ollut toimijatapaamisten järjestäminen. Tapaamisia on ollut kuusi kappaletta puolentoista vuoden aikana ja niissä on käsitelty yhden iltapäivän aikana yhtä ”palaa kerrallaan”, ts. terveydenhuoltoa, perusturvaa ja asumista, alueellista päihdetyötä, vapaaehtoisjärjestöjä jne. Osallistujat, joita on kutsuttu 10-25, ovat olleet kunkin teeman tärkeitä asiantuntijoita. Tapaamisten toiminnallinen funktio on kuitenkin jäänyt epäselväksi. Niissä ei ole tehty päätöksiä eikä muotoiltu suosituksia. Ne ovat lähinnä muistuttaneet laadukasta informaation vaihtoa ilman operatiivisia pyrkimyksiä.

Alkoholiohjelmalla on myös yksi pilottikunta, Keuruu, jossa ohjelman toimeenpanoa seuraa ja koordinoi paikallinen johtoryhmä.

Toisin kuin edeltäjänsä, 2000-luvun alkoholiohjelma pani suurta toivoa julkisen vallan mahdollisuuksiin ehkäistä alkoholiongelmia tarjoamalla sosiaali- ja terveyspalveluja. Tämä omalla tavallaan vahvisti 1990-luvun lopun ajattelun siirtymistä perinteisestä primaaripreventiosta – esim. korkeiden hintojen ja rajoitetun saatavuuden politiikasta – alkoholista johtuvien haittojen vähentämiseen (vrt. Euroopan ..., 2000).

Ohjelma on ministeriövetoinen. Yhdeksänjäsenisessä johtoryhmässä vain kaksi jäsentä ei kuulu ministeriöön tai sen alaisiin laitoksiin. Ohjelman virallinen nimi onkin ”STM Alkoholiohjelma”. Johtoryhmällä on ollut käytettävissään palkattu koordinaattori ja sittemmin myös avustaja (1.3 henkilötyövuotta 2003).

² Tavoitteet ulottuvat aina ehkäisevän päihdetyön organisaation vahvistamisesta ja julkisten päihdepalvelujen parantamisesta paikallisen päätösvallan lisäämiseen alkoholimyynin lupahallinnossa ja alkoholittomien vapaa-ajan ympäristöjen luomiseen erityisesti lapsille ja nuorille (2000-luvun ..., 2001, 34–39).

2000-luvun alkoholiohjelma on ensimmäinen ohjelma, joka nauttii erilisvaroja. Resurssit ovat kuitenkin olleet hyvin vaatimattomia, noin 300 000 euroa kolmeksi vuodeksi. Lisäksi ohjelma on voinut kilpailla ministeriön hallinnoimista yleisistä terveyden edistämisen määrärahoista. Huomionarvoista on, että Alkon osuus rahoituksesta on ollut suhteellisen suuri; se on maksanut muun muassa leijonanosan koordinaattorin ja avustajan palkkakuluista.

Johtoryhmä on ollut ohjelman ainoa hallinnollinen elin. Yksi ja sama ministeriövoittoinen ryhmä on ollut vastuussa sekä strategisista linjauksista että operatiivisesta toteuttamisesta. Ryhmän toiminta on kuitenkin keskittynyt lähinnä edelliseen. Operatiiviseksi johdoksi ryhmä ei ole ollut oikea elin.

Alkoholiohjelman hyvin erikoinen piirre on se, että sen johtoryhmä kesken ohjelmakauden kesällä 2002 olennaisesti muutti ohjelman tehtäviä ja asetti sille uusia tavoitteita. Uudeksi keskeiseksi tavoitteeksi tuli aktiivinen vaikuttaminen niihin valtakunnan alkoholipoliittisiin ratkaisuihin, jotka tehdään liittyen EU:sta tulevien matkustajien alkoholijuomien tuontisääntöjen vapautumiseen vuonna 2004. Tämä kuvastaa johtoryhmän halua toimia kansallisen alkoholipolitiikan keskeisenä vaikuttajana. Vuoden 2004 veroratkaisuun vaikuttaminen näyttää myös olleen lähempänä johtoryhmän kompetenssia (Holmila & Karlsson, 2003). Normaalioloissa tällaiset tehtävät kuuluisivat ministeriön virkamiehille eivätkä erityiselle toimintaohjelmalle.

Ruotsi

Kun Ruotsi oli havahtunut Euroopan Yhteisöjen uhkaan kansallista alkoholijärjestelmää kohtaan, sosiaalihallitus julkisti tammikuussa 1990 ehdotuksen ohjelmaksi, *Handlingsprogram för att minska alkoholkonsumtionen*, jonka tarkoituksena oli alkoholikontrollin tiukentaminen. Ohjelma oli tarkoitettu eduskuntakäsittelyä varten osoituksena siitä, että sosiaali- ja terveysasioissa kansallinen päätöksenteko oli edelleen mahdollista. On arvioitu, että tämä jäi Ruotsin viimeiseksi ohjelmalliseksi yritykseksi puolustaa järjestelmäänsä perinteisistä, kansallisista lähtökohdista käsin (ks. Olsson, 1991 & 2001; Tryggvesson & Olsson, 2002, 28).

Sosiaalihallituksen ehdotus kuitenkin raukesi, koska Ruotsin hallituksen mukaan vaatimuksille ei olisi löytynyt tarvittavaa poliittista tukea eduskunnasta. Myös yleisen mielipiteen muuttuminen saattoi vaikuttaa.

Euroopan Yhteisön alkoholipoliittisen haasteen edessä Ruotsi ei tyytynyt pragmaattisen ja teknisen työryhmän asettamiseen. Joulukuussa 1991 hallitus perusti parlamentaarisen komitean, jonka tehtävä oli arvioida siihenastista politiikkaa ja muotoilla tulevaisuuden strategia – muun muassa Euroopan integraation näkökulmasta.

Alkoholipoliittisen komitean mietintö, *Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden*, ilmestyi maaliskuussa 1994. Kuusiosainen, yli 1 300-sivuinen järkäle on uuvuttavan perusteellinen ja itseään toistava. Olennaista on kuitenkin se, että se yritti perustella, minkä politiikan taakse Ruotsin hallitus oli valmis asettumaan uudessa tilanteessa. Alkoholijärjestelmän historia ja sen ideologis-poliittiset perustelut käydään läpi juurta jaksan. Lähempi tarkastelu paljastaa, että komitea epäonnistui uuden strategian luomisessa. Jossain määrin varauduttiin kyllä tilanteeseen, jossa hintoja olisi laskettava ja saatavuutta lisättävä. Siinä tarkoituksessa suunnattiin katseet riskikuluttajien ja väärinkäyttäjien hoitoon sekä julkisiin palveluihin ja sekundaaripreventioon. Tärkeämpää oli kuitenkin, että mietintö onnistui perustelemaan hallitukselle kansallisen toimintaohjelman ja sen runsaskätisen rahoittamisen välttämättömyyden.

Osittainen erehdys

Suorana jatkona tälle mietinnölle hallitus määräsi kesäkuussa 1994 Kansanterveyslaitoksen (Folkhälsoinstitutet) johtamaan ja koordinoimaan vahvistettua ehkäisevää päihdetyötä (Nationell ..., 1995, 7). Toimeksianto perustui eduskunnan yksimieliseen päätökseen. *Kansallisen alkoholi- ja huume-ehkäisyn toimintaohjelman* (1995–1999) valmistuttua kesäkuussa 1995 se lähetettiin hallitukselle. Hallitus ei sen kummemmin käsitellyt ohjelmaa vaan antoi Kansanterveyslaitokselle rahat ja kehotuksen toimia.

Ohjelmalle perustettiin johtoryhmä, joka koostui virastojen pääjohtajista. Uudessa tilanteessa ryhmällä oli selviä orientoitumisvaikeuksia, josta ohjelman operatiivinen toteuttaminen kärsi. Vuonna 1995 hallitus myönsi ohjelmalle 74 miljoonaa kruunua, joka jaettiin niin pienille kuin isoille paikkallisille ja alueellisille projekteille ilman sen tiukempaa kokonaissuunnitelmaa (Arvidsson, 2000; ks. Visst är det möjligt, 1997).

Ohjelmaa on kutsuttu jopa Ruotsin ”uudeksi kansalliseksi alkoholipoliitikaksi” (Strid, Lindberg & Holder, 2000, 239 ff.). Luonnehdinta tuntuu yliampuvalta, mutta totta on ainakin, että ohjelma keksi uudelleen paikallistason - ja pyrki politisoimaan sen. ”Kansallisen suunnitelman tulee (...) ensisijaisesti keskittyä paikallistason resurssien vahvistamiseen.” Taustalla oli valtiollisten toimien riittämättömyyden avoin tunnustaminen: ”Valtio ei kykene eikä sen pidä ohjeistaa tätä paikallista työtä.” Pidettiin tärkeänä, että löytyy paikallista toimintahalua, että konkreettisiin ongelmiin löytyy oma, paikallinen määrittely – kunnissa, asuinalueilla, työpaikoilla, kouluissa ja kodeissa. (Nationell ..., 1995, 7-8.) Strategian muuttamisen ”syyksi” mainittiin EU-jäsenyys, joka rajoittaa kansallisen tason päätöksentekoa samalla kun se jättää pelivaraa alueelliselle ja paikalliselle toiminnalle.

Toimintaohjelma ei ollut menestys. Puhe paikallistason aktivoimisesta jäi pitkälti tyhjäksi puheeksi, eikä jatkuvuutta saatu aikaan. Syitä tähän on monta. Kun rahaa vielä oli, sitä jaettiin epäsystemaattisesti. Sitten varat yhtäkkiä hupenivat (1996 15 miljoonaa kruunua), kunnes ne loppuivat tyystin (1997 ei äyriäkään). Ruotsia oli kohdannut valtiontaloudellinen kriisi. Myös Kansanterveyslaitoksen yksinvaltiasta roolia toiminnan priorisoinnissa ja rahojen jakamisessa oli arvosteltu.

Kun muistelee 1990-luvun toisen puoliskon ruotsalaista alkoholipoliitiikkaa, Kansallinen toimintaohjelma 1995-1999 ei nousekaan ensimmäisenä mieleen. Paljon näkyvämmän, suorastaan ”ratkaisevan roolin” (Tryggvesson & Olsson, 2002, 25) saavutti mittava kampanja laitonta alkoholia – tai ”pimeää viinaa” (*svartsprit*)³ – vastaan. Kampanjan kohteena oli laiton valmistus, salakuljetus ja välittäminen. Sen ideoija ja toteuttaja oli *Oberoende Alkoholsamarbete* (OAS).

Säädyn avoliitto?

Oberoende Alkoholsamarbete eli Riippumaton yhteistyöelin ei ollut osa Kansallista toimintaohjelmaa (vaikka sen lähtökohtana olivat muodollisesti tuon ohjelman painotukset, ks. OAS ..., 1998, 10). Päinvastoin, sen syntymistä avitti tuon toimintaohjelman kuihtuminen kokoon Ruotsin budjettikriisin vaikeina vuosina 1996 ja 1997. Mistä siis rahaa alkoholin kulutuksen ennaltaehkäisyyn?

Vastaus oli yhtä yksinkertainen kuin kiistanalainen – alkoholipääomalta. Sosiaaliministeriössä järkeiltiin, että mikseivät alkoholista ansaitsevat tahot voisi osallistua alkoholin lieveilmiöiden ehkäisemisen rahoittamiseen.

Yhteistyöelimen lähtölaukaus ammuttiin lokakuussa 1996, kun Kanan Québecista kutsuttiin vierailija puhumaan sikäläisestä kampanjasta *Éduc’alcool*, johon osallistuivat myös Québecin osavaltion alkoholimonopolin, anniskelutoimen ja alkoholituottajien edustajat. Virallinen sinetti tuli tammikuun alussa 1997, kun hallitus teki päätöksen elimen perustamisesta.

Yhteistyöelin perustui poikkeukselliseen koalitioon. Sen jäseninä olivat sosiaaliministeriön lisäksi Panimoliitto, Viina- ja viiniagenttien yhdistys, Hotelli- ja ravintolayrittäjät, Elintarvikekauppiaiden liitto, Vakuutusliitto, Alkoholi- ja huumevalistuksen keskusliitto, alkoholintarkastusvirasto, kansallinen poliisihallitus, vähittäismyyntimonopoli, tullihallitus, valtiovarainministeriö, Kansanterveyslaitos, Tielaitos ja Osuustoimintaliitto. Pitkän tähtäimen tarkoitus oli tämän kokoonpanon yhteistyön vakiinnuttaminen.

³ Svartsprit-termi oli OAS:n innovaatio. Se lanseerattiin lehdistössä kampanjan yhteydessä vuonna 1999 (Tryggvesson & Olsson 2002, 31) ja jäi ruotsinkieleen.

Uuden yhteistyön yhtenä pontimena oli alkoholikaupan kansainvälistyminen. Valtiovalta ja viranomaiset halusivat luoda hyvät yhteistyösuhteet uuden alkoholilain (1995) synnyttämiin alan uusiin, kaupallisiin toimijoihin. Julkisen vallan myötämielinen suhtautuminen elinkeinoelämän osallistumiseen ja asettuminen kohtuujuomisen taakse sai aikaan historiallisen katkoksen, kun alkoholipoliitiikan konkari, raattiusliike, jättäytyi tämän elimen ulkopuolelle. Vaikuttaa myös siltä, että muut osapuolet tarkoituksella jättivät raattiusliikkeen rannalle, koska ne pelkäsivät että se estäisi tehokkaan ja joustavan yhteistyön.

Yhteistyöelimen piti olla vastaus myös periaatteelliseen kysymykseen. Toimintaohjelma 1995-1999 oli asettanut tehtäväksi ”pitkän tähtäimen ehkäisevän työn rakentamisen, joka mahdollisimman hyvin korvaa heikentynyttä kansallista alkoholipoliitiikkaa” (Nationell ..., 1995, 12). Yhdeksi keskeiseksi ”korvaavaksi” alueeksi oli määritelty tiedotus ja mielipiteiden muokkaus. Tähän toimintaan yhteistyöelimen piti keskittyä. Elimen yleiset tavoitteet olivat kohtuullisten ja pidättyväisten juomatapojen edistäminen, tilanneraittiuden propagointi ja laittoman alkoholin torjuminen (OAS ..., 1998, 9-10, 82). Elimestä toivottiin alkoholipoliitikalle dynaamista piristysruisketta, josta puuttui menneisyyden painolasti. Sen piti kehittää uudenlaista yhteistyötä uusien toimijoiden välillä uusilla mediapainottuneilla työskentelyotteilla. Käytännössä lähes kaikki resurssit käytettiin kuitenkin laittoman alkoholin torjumiseen (Leifman et al., 2003).

Yhteistyöelimelle laadituissa ohjeissa korostettiin myös paikallisten voimien mobilisaation tärkeyttä tiedotustoimenpiteiden vahvistamisessa. Suunnitelmissa häämötti jonkinlainen näkemys sosiaalisesti ja alueellisesti eriytyneestä tieto-ohjauksesta. Mielipiteiden muokkausta tuli räätälöidä alueen, sukupuolen ja iän mukaan purettujen kohderyhmien perusteella (OAS ..., 1998, 85). Käytännössä tieto-ohjaus toteutui pääosin eriytymättömästi eli suurille väestöryhmille tai koko kansalle suunnatuissa mediaiskuissa.

Yhteistyöelin kunnostautui etenkin laittomien alkoholijuomien torjumisessa. Tämän yksittäisen tavoitteen taakse oli mahdollista sovittaa niin valtion ja viranomaisten kansanterveydelliset ja järjestyksenpidolliset intressit kuin alkoholielinkeinojen intressit. Tätä varten kehitettiin laaja media-kampanja, jota elin tuki 1998 - 2000 n. 15 miljoonalla kruunulla per vuosi (Leifman et al., 2003). Toiminta käynnistettiin vuonna 1998. Se oli näkyvää ja mediaalisesti tehokasta. Laiton alkoholi nousi rakettimaisen nopeasti poliittisen keskustelun aiheeksi. Kampanjan ollessa aktiivisimmillaan sosiaaliministeri saattoi todeta: ”Yhteiskunnan tärkein alkoholipoliittinen tehtävä on nyt vastahyökkäyksen aikaansaaminen laitonta alkoholia vastaan” (ks. Tryggvesson & Olsson, 2002, 35).

Loistavaa alkua seurasi mahalasku. Alkuperäinen tarkoitus oli kehittää yhteistyölle vakinainen organisaatio. Vuonna 1999 eduskunta käsittelee lakiehdotusta (OAS ..., 1998), joka luonnosteli yhteistyöelimen tulevai-

suuden organisaatiomallia yksityiskohtaisesti. Monien yllätykseksi ongelmat alkoivat kasaantua tässä vaiheessa. Eduskunta ei nimittäin hyväksynyt lakiehdotusta. Perusteluna oli se, etteivät hallitus ja elinkeinoelämä voi olla yhdenvertaisia jäseniä tässä elimessä. Toisaalta elinkeinoelämä oli kiinnostunut elimestä ja sen rahoittamisesta vain sillä ehdolla, että hallitus (eikä mikä tahansa viranomainen) osallistui työskentelyyn.

Odotetumpi piikki yhteistyöelimen lihassa oli raittiusliike, joka oli katsonut yhteistyötä sivusta. Kritiikki ei kohdistunut niinkään elimen toimintaan laitonta viinaa vastaan. Yhteistyö alkoholipääoman kanssa oli sinänsä riittävän raskauttavaa. Hallitus kulki yksinkertaisesti alkoholi-elinkeinojen talutusnuorassa. Vuonna 1999 raittiusjärjestöt aloittivat mittavan kansanedustajien lobbaamisen. Jokaiselle edustajalle jaettiin kirjanen ”Staten och alkoholbranschen” (Valtio ja alkoholielinkeinot), jossa hallituksen hännystelyn arvostelua jatkettiin.

Yhteistyöelimen viimeinen yksittäinen kampanja vietiin läpi kesäkuussa 2000. Silloin elettiin alkoholipolitiikan valmistelussa jo aivan uusia aikoja.

Tositarkoituksella

Ruotsin nykyisen kansallisen alkoholiohjelman alkusysäyksenä oli EU:n ja Ruotsin välinen dramaattinen kiista. Toisin kuin Suomi, joka sopi EU:n kanssa jo 1996, että matkustajien tuontirajoitukset EU:ssa poistuvat asteittain ja häviävät kokonaan 1.1.2004, Ruotsi neuvotteli itselleen poikkeussäännön ensin 30.6.2000 asti. Hyvissä ajoin ennen sitä Ruotsin piti sopia jatkosta.

Ruotsin hallitus ei pitänyt kiirettä. Tammikuussa 2000 sosiaaliministeri Lars Engqvist ehdotti komissiolle, että Ruotsille myönnetään poikkeuslupa 1.1.2006 asti. EU:n sisämarkkinoista vastaavan komissaarin Fritz Bolkesteinin vastaus oli kylmä suihku ruotsalaisille. Hän ei alkuunkaan hyväksynyt poikkeussääntöjen lykkäämistä. Tällöin Ruotsi vaihtoi strategiaa ja onnistui maaliskuussa 2000 saamaan aikaan sopimuksen, joka vapauttaa tuontirajoitukset kokonaan yhtä aikaa Suomen kanssa. (Ugland, 2002, 142–143.) Erona Suomeen oli se, että Ruotsi joutui väljentämään tuontirajoitustaan nopeammassa tahdissa kuin Suomi (Österberg, 2002b, 236).

Ruotsin hallitus huolestui nyt pahan kerran. Se teki välittömästi huhtikuussa 2000 päätösehdotuksen alkoholijuomien verojen alentamisesta. Koska asia oli poliittisesti arka, hallitus poikkeuksellisesti alisti päätösehdotuksen sosiaalidemokraattisen (johtavan hallituspuolueen) eduskuntaryhmän käsittelyyn.

Kansanedustajat reagoivat protestoimalla. Heidän mielestään veroinstrumentista ei voinut luopua ilman, että esitetään sitä korvaavia alkoholi-poliittisia keinoja. Tilanne oli sikäli otollinen, että sosiaaliministeriö oli samanaikaisesti uudistamassa umpeutuvaa kansallista alkoholiohjelmaa

(1995–1999). Tähän sosiaalidemokraattiset poliitikot nyt tarttuivat. He edellyttivät, että valmisteilla oleva toimintaohjelma näytetään heille ennen kuin he suostuvat päättämään alkoholiverojen alentamisesta. Hallitus tulkitsi asian niin, että vakuuttavan toimintaohjelman olemassa olo oli ehtona sille, että eduskunnan enemmistö asettuu veronalennuksen taakse.

Tämä erikoinen tapahtumaketju takasi vahvan poliittisen statuksen nykyiselle alkoholiohjelmalle. Hallituksen esityksestä eduskunta hyväksyi viisivuotisen toimintaohjelman (Att förebygga ..., 2001), *Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador*, jolle luotiin uudenlainen organisaatiomalli (ks. Andréasson et al., 2001, 97-98). Ohjelmasta vastaa Alkoholikomitea, jota luotsaa kansallinen johtoryhmä. Ohjelman strategias-ta vastaavaan johtoryhmään kuuluvat 15:n asianosaisen viraston ja viranomaisen ylijohtajat tai pääjohtajat. Johtoryhmän puheenjohtajana toimii sosiaaliministeriön valtiosihteeri Ewa Persson-Göransson. Lisäksi komitealla on operatiivinen kanslia, jossa työskentelee viisi kokopäivätoimista ja yksi osapäivätoiminen (80 %) työntekijä. Kansliaa johtaa Håkan Wrede, joka myös edustaa ohjelmaa julkisuudessa.

Kiperästä alkoholipoliittisesta tilanteesta syntynyt toimintaohjelma nauttii erinomaisia taloudellisia resursseja. Valtio myönsi n. 500 miljoonaa kruunua ohjelmalle kolmeksi vuodeksi. Kuntien yhdyshenkilöille varattiin 150 miljoonaa kruunua, edellyttäen että kunnat lisäävät tähän toisen puoliskon. 100 miljoonaa kruunua menee kunnille alkoholistien lasten tukemiseen ja 90 miljoonaa kruunua kunnalliseen avohoitoon. Maakäräjille ja lääneille, eritoten niiden yhdyshenkilöille, annetaan 50 miljoonaa kruunua.

Toimintaohjelman uutuus on voimakas satsaus kunnallisiin koordinaattoreihin. Tavoitteena on, että jokainen Ruotsin 289 kunnasta palkkaa koordinaattorin puoliksi omin ja puoliksi valtion varoin. Tällä hetkellä 180 kuntaa on tämän tehnyt. Koordinaattoreiden toiminta perustuu kunnanhallituksen tai -valtuuston antamaan mandaattiin ja heille annetaan koulutusta Örebron korkeakoulussa (20 opintoviikkoa). Lisäksi koulutetaan 25 henkilöä, jotka saavat erityiskoulutusta ja toimivat muun muassa koordinaattoreiden ohjaajina. Lopuksi kuusi kuntaa varustetaan erityisresursseilla ikään kuin mallikunniksi.

Vaikuttaa siltä, että toimintaohjelmassa tähdätään systemaattisesti päihdetyöntekijöiden ammattikunnan perustamiseen. Havaintoa tukee ensinnäkin se, että koordinaattorit ovat järjestäytymässä omaksi yhdistyksekseen. Toiseksi, ehkäisevän päihdetyön järjestöille – varsinkin raittiusjärjestöille – on annettu heikohko asema ohjelmassa. Näin on pyritty välttämään niitä puutteita, jotka liittyivät edellisen toimintaohjelman järjestöjen sattumanvaraiseen tukemiseen. Vaikka nykyinen ohjelma on paikallisesti suuntautunut, se on poliittiselta luonteeltaan ennen kaikkea kansallinen hanke.

Erikseen?

Suomi ja Ruotsi irrottautuivat 1990-luvulla vuosikymmeniä vallinneesta alkoholipoliittisesta perinteestä. Maiden vertailu osoittaa, että samantyyppisiin haasteisiin reagoitiin aika eri tavalla:

1. Murrosvaiheessa Suomi on suhtautunut Ruotsia myötemielisemmin kansallista alkoholipoliittikkaa muokkaaviin *kansainvälisiin impulsseihin*. ETA- ja EY-neuvotteluissa valtiolta tulkitsi politiikan sopeuttamisen Euroopan integraatioon teknis-juridiseksi tehtäväksi eikä nähnyt vaivaa perustella itselleen ja kansalaisille siihenastisen politiikan etuja ja haittoja. Vastaavasti WHO:n alkoholiohjelmien ratkaisevalla tavalla vaikuttaneet molempien suomalaisten alkoholiohjelmien uusiin linjanvetoihin. Toimintaympäristön raju muuttuminen olisi edellyttänyt politiikan oikeutuksen ja itseymmärryksen pohdintaa. Nyt alkoholipoliitiikan perustelujen harveneminen ja oheneminen myötävaikuttaa aikaisemmin vahvan *institutionaalisen muistin* menettämiseen.

Ruotsi on pyrkinyt ehkäisemään muistikatkosta. Sekä ennen EU-jäsenyyttä että sen jälkeen valtiolta on jatkuvasti arvioinut omaa alkoholipoliittikkaansa ja sen ruotsalaista eetosta.

2. *Komitealaitos* on heikentynyt enemmän Suomessa kuin Ruotsissa. Ennen vanhaan valtioneuvosto tai sosiaali- ja terveysministeriö asetti laajapohjaisia alkoholikomiteoita, jotka luovuttivat mietintönsä valtioneuvostolle. Suomen 1990-luvun ja 2000-luvun alun alkoholipoliitiikan suunnittelu on malliesimerkki komitealaitoksen korvaamisesta nopeammilla ja kapea-alaisemmilla virkamiestyöryhmillä, joiden tuotoksena voi olla määräaikainen toimintaohjelma.

Ruotsissa komiteoita pidetään edelleen arvossa, mutta niiden toiminnan painopisteessä on tapahtumassa siirtymää valmistelevalta elimeltä toteuttavaan elimeen. Ruotsissa viisivuotista alkoholiohjelmaa panee toimeen Alkoholikomitea, jonka tehtävänä on myös tuottaa alkoholipoliittikkaa perustelevaa aineistoa.

3. Vanhan Alkon aikaisessa järjestelmässä alkoholipoliittikka oli loppuun asti valtiomiesten erityisessä suojeluksessa. Vuoden 1995 jälkeen keskeistä julkisen vallan vastuuta on kantanut Päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunta. Sen *poliittinen asema* valtionhallinnon aputoimielimenä on heikko. PRNK on neuvoa-antava elin, joka tekee esityksiä eikä sitovia päätöksiä. Esitykset alkoholiohjelmiksi eivät koskaan ole edenneet esitystasoa pitemmälle. Toisin kuin huumeasioissa valtiovallalta puuttuu erillinen elin, joka vastaa alkoholipoliitiikan ja ehkäisevän päihdetyön strategisesta linjanvedosta.

Ruotsissa asiat ovat toisella mallilla. Siellä toimii erityinen alkoholiohjelman johtoryhmä, joka vastaa poliittisesta strategiasta. Strategian operatiivisesta toteuttamisesta vastaa Alkoholikomitea. Jos Ruotsin mallia sovel-

lettaisiin Suomeen, alkoholiohjelman johtoryhmän puheenjohtajana toimisi sosiaali- ja terveysministeriön korkein virkamies eli kansliapäällikkö. Johtoryhmän jäsenet koostuisivat Kansanterveyslaitoksen (KTL) ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (Stakes) pääjohtajista sekä muitten asianosaisten virastojen, ministeriöiden ja järjestöjen – kuten sisäasiainministeriön, oikeusministeriön ja opetushallituksen – yliohtajista sekä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen, Kriminaalihuoltoyhdistyksen ja Liikenneturvan toiminnanjohtajista. Operatiivista toimintaa johtaisi taas sosiaali- ja terveysministeriön hallitusneuvos tai neuvotteleva virkamies, jolla olisi päätoiminen sihteeri ohjelman koordinaattorina sekä kaksi kokopäivätoimista työntekijää.

4. Ruotsin ja Suomen *toimintakonseptit* ovat osittain poikenneet toisistaan. Ruotsin meneillään oleva alkoholiohjelma voidaan tulkita määrätietoiseksi satsaukseksi uuden ammattikunnan, ”preventiivtyöntekijöiden”, perustamiseksi. Sen onnistumisesta ei voi vielä sanoa mitään varmaa. Jo nyt voi uumoilla, että kuntien ja kuntaliitosten alkoholiasioiden koordinaattoreiksi koulutettavat saavat vähitellen kontolleen kaikenlaista ehkäistävä. Tästä kielivät Ruotsin valtion tuoreimmat suunnitelmat huumeiden vastaisesta työstä ja kansanterveyden edistämisestä yleensä. Alkoholiasioiden pärjääminen muiden ehkäistävien ongelmien rinnalla on avoin kysymys.

Kiinnostavaa on, että tämä professiokeskeinen strategia voi merkitä irtaantumista ruotsalaisesta erityispiirteestä eli kansanliikkeisiin perustuvasta pitkästä perinteestä. Jäljellä olevat raittiusjärjestöt, ehkä järjestöt yleisemminkin, ovat nyt riippuvaisia tästä strategisesta pääuomasta.

Vastaavasta strategisesta määrätietoisuudesta alkoholipoliittikassa ja ehkäisevässä päihdetyössä ei voi puhua Suomessa. Sen syntymiseksi alkoholiasioita pitäisi käsitellä toimintakykyisissä elimissä, joilla on tarpeeksi poliittista mandaattia. Ei riitä, että alkoholiin liittyvät laajat ja monita- hoiset ongelmat tunnustetaan kansallisissa sosiaali- ja terveysohjelmissa.

5. Tarkastelumme osoittaa, että Suomen ja Ruotsin toisilleen läheistä sukua olleet alkoholipoliittiset järjestelmät ovat päätyneet varsin *erilaisiin irtiottoihin* yrittäessään sopeutua uuteen toimintaympäristöön ja uusiin politiikanteon tapoihin. Maat eivät enää ammenna pohjoismaisesta yhteistyöstä, joka oli itsestään selvä osa kokonaisvaltaisten alkoholimonopoliin ja raittiusjärjestöjen rutiineja. Myös ”pohjoismainen alkoholijärjestelmä”, jonka nimeen Alko vannoi vuoteen 1994 asti, on muisto vain. Juuri nyt näyttää siltä, että maat ovat lähtemässä omille teilleen.

Kirjallisuus

2000-luvun alkoholiohjelma. Yhteistyötä ja vastuuta (2001). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:29. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.

Ajankohtaisia alkoholipoliittisia kysymyksiä (1996). Sosiaali- ja terveysministeriö, ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan osasto 25.3.1996 (muistio).

Alkoholilain uudistamistyöryhmän muistio osa I (1992). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1992:15. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.

Andréasson, Sven & Göransson, Bengt & Lindberg, Jakob & Nycander, Svante & Romanus, Gabriel & Westerholm, Barbro (2001): Kris i alkoholfrågan. Nya villkor för folkhälsa och välfärd. Stockholm, Hjalmarson & Högberg.

Arvidsson, Ola (2000): Implementering av nationella handlingsplanen 1995-1999 för alkohol- och drogförebyggande insatser. Folkhälsoinstitutet, F-serie 9, Stockholm.

Att förebygga alkoholskador. En samlad politik för folkhälsa (2001). [Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador.] Stockholm, Regeringskansliet.

Esitys kansalliseksi alkoholiohjelmaksi vuosiksi 1996–1999 (1995). Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1995:28. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.

Euroopan alkoholiohjelma (1993). Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimisto. Helsinki, Alko Oy.

Euroopan alkoholiohjelma 2000–2005 (2000). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:4. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Heinonen, Jarmo (1997): Nio nyckelord inom alkoholpolitiken. En innehållsanalytisk fingerövning. Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift 14, 192–194.

Holder, H. D., Kühlhorn, E., Nordlund, S., Österberg, E., Romelsjö, A. & Ugland, T. (1998): European Integration and Nordic Alcohol Policies. Changes in Alcohol Controls and Consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980-1997. Ashgate, Aldershot.

Holmila, Marja & Karlsson, Thomas (2003): Finnish preventive alcohol policy in the beginning of the 2000's. Has alcohol control been substituted by programmes, networks, and knowledge-based guidance? Esitelmä Kettil Bruun Societyn temaattisessa kokouksessa, 24–27.2.2003, Fremantle, Australia.

Karlsson, Thomas (2001): Onks' tietoo? Arviointi kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanosta, teoksessa: 2000-luvun alkoholiohjelma. Yhteistyötä ja vastuuta, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:29. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö, 45–84.

Karlsson, Thomas & Törrönen, Jukka (2002): Alkoholpreventionens rationalitet ur de lokala myndigheternas perspektiv, Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift, 19, 347–363.

Koski, Heikki (1994): ETA, EU, Alko ja alkoholipolitiikka eli tapahtumien kulku 1988-1994 Alkosta katsottuna. Alkoholipolitiikka, 59, 423-439.

Leifman, Håkan & Arvidsson, Ola & Hibell, Björn & Kühlhorn, Eckart & Zetterberg, Hans L. (2003): Uppföljning och utvärdering av insatserna mot svartsprit 1998-2000, Rapport från Kamel-gruppen. Julkaisematon käsikirjoitus.

Mäenpää, Olli (2000): Hallinto-oikeus. 3. laitos. Helsinki, Werner Söderström lakitieto Oy.

Nationell handlingsplan för alkohol- och drogförebyggande insatser (1995). Folkhälsoinstitutet 1995:50, Stockholm.

OAS i framtiden (1998). Betänkande av Kommittén om samverkan angående information kring bruk av alkohol, dess risker och skadeverkningar mellan branschorganisationer, försäkringsbolag och berörda myndigheter (OAS). SOU 1998:154. Stockholm, socialdepartementet.

Olsson, Börje (1991): Instrumentell rationalitet eller populism. Om alkoholpolitikens rationalitet. Nordisk alkoholtidskrift, 8, 321–330.

Olsson, Börje & Nordlund, Sturla & Järvinen, Saija (2000): Media representation and public opinion, teoksessa Sulkunen, Pekka & Sutton, Caroline & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina, eds.: Broken spirits. Power and control in Nordic alcohol policy. Helsinki, NAD publication no. 39, 223–240.

Onks tietoo? Esitys kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanemiseksi (1997). Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:14. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.

Simpura, Jussi (1989): Alkoholikysymys, yhteiskuntapolitiikka ja hyvinvoinnin ulottuvuudet. Vuoden 1987 alkoholikomitean mietinnön pääteemat, Alkoholipolitiikka, 54, 2–5.

Strid, Lars & Lindberg, Jakob & Holder, Harold D. (2000): Options for local alcohol policy during a time of national alcohol policy changes, teoksessa Holder, Harold D., ed.: Sweden and the European Union. Changes in national alcohol policy and their consequences. Stockholm, Almqvist & Wiksell International, 239-254.

Sulkunen, Pekka & Sutton, Caroline & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina, eds. (2000): Broken spirits. Power and ideas in Nordic alcohol control. Helsinki, NAD publication no. 39.

Temmes, Markku (2001): Määräaikaisen valmistelun kehittäminen, Valtiovarainministeriö, tutkimukset ja selvitykset 6/2001. Helsinki, Edita.

Tigerstedt, Christoffer (1999): Minne menet, alkoholipolitiikka? Tiimi, 25, 22–25.

Tigerstedt, Christoffer (2002): Pikasuunnistus Suomen alkoholipoliittisen suunnittelun ryteikköön, Yhteiskuntapolitiikka, 67, 490-492.

Tryggvesson, Kalle & Olsson, Börje (2002): Dryckespolitik eller politisk dryck? Om illegal alkohol i svensk press, Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift, 19, 24–38.

Ugland, Trygve (2002): Policy re-categorization and integration. Europeanization of Nordic alcohol control policies. Oslo, Department of political science, University of Oslo.

Visst är det möjligt (1997). Alkoholprevention i primärvården, 14 exempel från Kalmar till Östersund, Folkhälsoinstitutet 1997:19. Stockholm, Folkhälsoinstitutet.

Warpenius, Katariina & Sutton, Caroline (2000): The Ideal of the Alcohol-free Society, teoksessa Sulkunen, Pekka & Sutton, Caroline & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina, eds.: Broken spirits. Power and ideas in Nordic alcohol control. Helsinki, NAD publication no. 39, 45–66.

Warpenius, Katariina (2002): Kuka ottaisi vastuun? Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston perustamisen arviointi. Raportteja 270, Helsinki, Stakes.

Yhteiskunnan muutos ja alkoholipolitiikka (1989). Vuoden 1987 alkoholikomitean mietintö. Komiteamietintö 1989:1. Helsinki, Valtion painatuskeskus.

Österberg, Esa (2002a): Alkoholipolitiikan muutos 1990-luvulla, teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko, toim.: Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki, Stakes, 230-248.

Österberg, Esa (2002b): Onko vuosi 2004 kohtalokas alkoholiveroillemme? Yhteiskuntapolitiikka, 67, 234–244.

• Ruotsalaisia asiakirjoja kronologisessa järjestyksessä

Handlingsprogram för att minska alkoholkonsumtionen med minst 25 procent till år 2000. Del 1. Förebyggande insatser, 1990. Stockholm, Socialstyrelsen.

Regeringens proposition 1990/91:175 om vissa folkhälsofrågor, 18.4.1991.

Alkoholpolitiska kommissionen SOU 1994:24-29. Stockholm, socialdepartementet.

Nationell handlingsplan för alkohol- och drogförebyggande insatser. Folkhälsoinstitutet 1995:50, Stockholm.

OAS i framtiden. Betänkande av Kommittén om samverkan angående information kring bruk av alkohol, dess risker och skadeverkningar mellan branschorganisationer, försäkringsbolag och berörda myndigheter (OAS). SOU 1998:154. Stockholm, socialdepartementet.

Alkoholpolitikens medel. Införsel av och parthandel med spritdrycker, vin och starköl. Delbetänkande av Alkoholutredningen. SOU 1998:156. Stockholm, socialdepartementet.

Regeringens proposition 1998/99:134 om vissa alkoholfrågor (http://social.regeringen.se/propositionermm/propositioner/pdf/p9899_134.pdf)

Sociallutschkottets betänkande 1999/2000:SoU4 Vissa alkoholfrågor (utfrågning 16.9.1999) (<http://www.riksdagen.se/debatt/9900/Utskott/SoU/SoU4/SOU40009.ASP>)

Bestämmelser om alkoholdrycker. Slutbetänkande av Alkoholutredningen. 2000:59-60 (<http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/sou2000.htm>)

Slutbetänkande från Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet. SOU 2000:57 (<http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/sou2000.htm>)

Att förebygga alkoholskador. En samlad politik för folkhälsa. [Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador.] Stockholm, Regeringskansliet 2001.

• Suomalaisia asiakirjoja kronologisessa järjestyksessä

Yhteiskunnan muutos ja alkoholipolitiikka. Vuoden 1987 alkoholikomitean mietintö. Komiteamietintö 1989:1. Helsinki, Valtion painatuskeskus.

Alkoholilain uudistamistyöryhmän muistio osa I. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1992:15. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.

Alkoholilain uudistamistyöryhmän muistio osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 1993:21. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.

Esitys kansalliseksi alkoholiohjelmaksi vuosiksi 1996–1999. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1995:28. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.

Onks tietoo? Esitys kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanemiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:14. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.

2000-luvun alkoholiohjelma. Yhteistyötä ja vastuuta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:29. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.

Kohti monen polun alkoholipolitiikkaa. Alkoholipolitiikka 2000 -työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:6. Helsinki, sosiaali- ja terveysministeriö.

Troublesome break: Redirecting alcohol policy in Finland and Sweden from 1990 onwards

Tigerstedt, Christoffer & Karlsson, Thomas

For a century Finnish and Swedish regulation of alcohol production and trade was a concern of the state, aiming to minimize private profit from alcohol sales. In the 1990's both national and local alcohol policy were reshaped in both countries. This was due to influences from international trade and reorganizations in managing the nation state.

The focus of this article is, first, on how the central public administrations in Finland and Sweden reacted to the new situation. New administrative practices and the political status of new policy documents are of particular interest. Second, the text analyses the guiding principles behind the activities set out in recent alcohol policy programmes in each country.

The results of the study show that

- in reshaping alcohol policy Finland has been more favorable to international influences than Sweden. This was true with regard to the EU negotiations in the first half of the 1990's, but is also clearly reflected in national alcohol policy programmes developed after the introduction of the new alcohol legislations (1995). In the latter case Finland has leaned heavily on the European Alcohol Action Plan put forth by the World Health Organization.
- preventative activities concerning alcohol policy have diminished in Finland and the size of official reports has shrunk. After 1989 the justifications of national policy have not been thoroughly stated. In this case, Sweden has acted very differently.
- in Finland parliamentary-based state committees have been replaced by working groups run by state officials. In Sweden committees are still appreciated, but in addition to their advisory tasks they are also given an operative mandate.
- in Finland alcohol policy is given only modest political status within the state administration. In Sweden alcohol policy issues are usually submitted to the government and/or the parliament.
- for the moment Sweden is resolutely opting for an alcohol policy strategy based on professional "prevention workers". In Finland the strategy is still under consideration.

The reaction to the break from a long-standing alcohol policy tradition has taken somewhat different routes in Finland and Sweden. Neither of the countries draws on the "Nordic alcohol policy" anymore. Rather they are choosing different policy practices.

Olavi Kaukonen



Tommi muuttuneissa palvelurakenteissa

Tässä artikkelissa arvioidaan päihdepalvelujen kehitystä menneen vuosikymmenen valossa tulevaisuuden haasteita silmälläpitäen. Taustana on verrattain nopea muutos päihteiden käytössä, palvelujen asiakasrakenteessa ja myös itse palvelujärjestelmässä. Palvelutarpeiden ennakoidaan edelleen kasvavan tuntuvasti lähivuosina etenkin EU:n itälaajentumisen myötä vuonna 2004, joten on syytä arvioida hoito- ja palvelujärjestelmän muuttuneita toimintatapoja, riittävyyttä, rakennetta ja järkevää kohdentumista.

Kokonaisuutta tarkastellaan keskeisten palveluille asetettujen periaatteiden näkökulmasta: miten tasa-arvo toteutuu, onnistutaanko päihdeongelmiin liittyvää asiakkaiden syrjäytymistä ehkäisemään ja edelleen, edistävätkö muutokset tavoitteita myös terveyden tasa-arvon toteutumisen näkökulmasta? Keskeistä on myös se, miten palvelut ovat uudessa tilanteessa ohjattavissa.

Aineistoina käytetään virallisia tilastoja sekä Stakesin neljän vuoden välein (1987 – 1999) tekemien päihdetapauskasvainten aineistoja. Laskennoissa ajatuksena on luoda pelkistetty läpileikkaus päihde-ehtoisesta palvelukysynnästä kaikissa sosiaali- ja terveystieteissä. Kun seuraavassa esitellään tapahtuneita muutoksia pääosin suhteellisina osuuksina, on syytä muistuttaa, että palvelukysyntä kokonaisuudessaan on jatkuvasti kasvanut ¹.

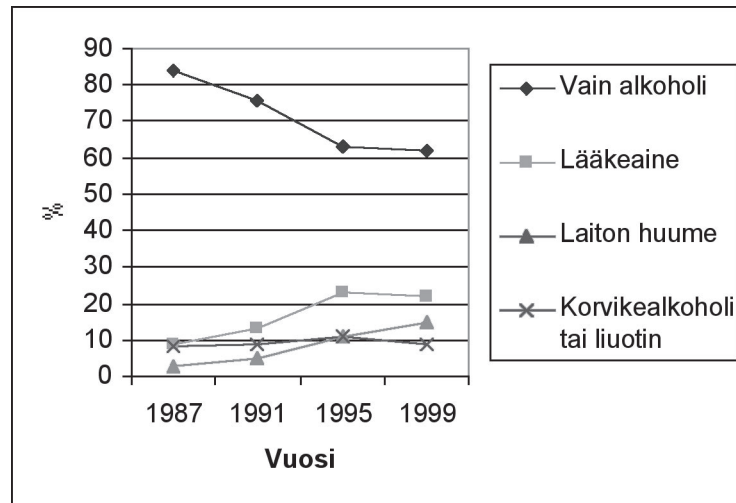
¹ Stakesin vuoden 1987 yhden vuorokauden laskenta-aineistossa oli 7 031 havaintoa, vuonna 1991 jo 7 631, vuonna 1995 kaikkiaan 10 139 ja vuonna 1999 edelleen 11 535. Vertailun mahdollistamiseksi eri vuosien aineistot on tässä yhdistetty, jolloin eri vuosien osalle syntyy pientä teknistä hävikkiä, mutta kokonaisaineisto on kuitenkin sisäisesti yhtenäisempi.

Viinaa, pillereitä, huumeita – ja korvikkeita

Päihdekulttuurin muutoksesta puhuttaessa on tavallisesti korostettu uusin päihteiden merkitystä ja myös niiden tuottamia uhkia. Huumeiden käyttö lisääntyikin nopeasti 1990-luvun kuluessa, jopa niin, että voitiin puhua ”toisesta huumeaallosta” (Partanen & Metso, 1999). Tämä kehitys alkoi näkyä nopeasti myös huumehoitopalvelujen kysynnässä.

Erityisen laajaksi on arvioitu erilaisten huumeiden viihdekäyttäjien joukko. Tällöin puhutaan sellaisesta säännöllisestäkin laittomien huumeiden käytöstä, joka on luonteeltaan sosiaalista ja liittyy paitsi yhdessäoloon, myös tietoiseen erottautumiseen massasta ja omaehtoiseen toisenlaisen elämäntavan valintaan (Salasuo & Rantanen, 2002, 45 – 46). Ongelma- ja viihdekäytön raja on mahdollista tehdä käsitteellisesti, mutta käytännössä raja on liukuva: osa viihdekäyttäjistäkin tarvitsee hoitopalveluja, osalla ongelmallisesti huumeita käyttävistä on ajanjaksoja, jolloin ammatillisista apua ei tarvita tai haeta.

Miten paljon huumeekulttuurit ovat eriytyneet alkoholikulttuurista? Vielä 1990-luvun alkupuolella pilvi oli ”märkää” (Partanen, 1994): kannabista käyttivät eniten kaupunkien nuorehkot aikuiset, joiden alkoholinkäyttökin oli keskimääräistä runsaampaa. Kannabis ei siis korvannut alkoholin kulutusta, vaan tuli sen lisäksi. Pelkästään huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneita onkin kaikista asiakkaista vähemmistö – mutta osuus on ollut kasvava, erityisesti, kun otetaan huomioon alkoholin, huumeiden ja lääkeaineiden sekakäyttö (kuvio 1).



Kuvio 1: Päihdeasiakkaiden erilaisten päihteiden käyttö 1987 – 1999

Kuviosta nähdään, että noin kaksi kolmannesta niistä asiakkaista, jotka ovat hakeutuneet palvelujen piiriin, ovat edelleen käyttäneet pelkästään alkoholia. Yli 90 % kaikista asiakkaista oli myös alkoholin käyttäjiä, vaika

ka muitakin aineita käytettiin. Huumeiden käyttäjiä on ollut kasvava määrä kaikista päihdeasiakkaista, ja vuonna 1999 heitä oli jo noin 15 % kaikista. Noin kolmannes kaikista asiakkaista oli väljästi puhuen sekakäyttäjiä – heidän siis tiedettiin käyttäneen useita päihteitä rinnakkain tai perättäisesti. Lääkeaineiden päihdekäyttö on pysynyt varsin korkeana, ja ainakin palvelujärjestelmästä katsottuna pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet muodostivat edelleen merkittävimmän huumeongelman.

Palveluiden perusteella ei voi muodostaa parasta mahdollista kuvaa päihdekulttuurin muutoksista. Toisaalta muualtakaan saatu kuva ei kerro kovin hienostuneesta alkoholikulttuurista. Laskentojen perusteella alkoholikorvikkeiden ja teknisten liuottimien käyttö ja siihen liittyvät palvelutarpeet eivät ole oleellisesti muuttuneet edes vuosikymmenten saatossa. Koko maassa korvikkeiden käyttäjiä on 1980-luvulta saakka ollut noin 10 % kaikista sosiaali- ja terveyspalvelujen päihdeasiakkaista, vuosikymmenen lopulla karkeasti arvioiden 6 000 – 8 000 henkeä. Sosiaalisesti tämä joukko oli keskimäärin muutoinkin huono-osaisten päihdeasiakkaiden kurjalistoa, koditonta, yksinäistä ja moniongelmaista. Syystä tai toisesta erilaisia alkoholeja sisältäviä kemikaaleja juovien asiakkaiden joukko uusiintuu hämmästyttävällä sitkeydellä. Vaikka halpa itäviina on joillakin paikkakunnilla korvannut korvikkeiden käyttöä jossakin määrin ainakin ajoittain 1990-luvun jälkipuoliskolla, se ei ole oleellisesti vaikuttanut korvikekäytön yleiskuvaan tai yleisyyteen. Kun vuodesta 1995 alkaen EU:n kilpailusäädösten vuoksi oli hyväksyttävä myös metanolin käyttö erilaisissa teknisissä alkoholeissa (huoltoasematuotteissa), alkoivat myös metanolikuolemat nopeasti lisääntyä (Malinen, 2003).

Korvikkeiden käytössä on kyse päihteiden käyttäjien marginaalista, mutta ei Suomen oloissa kuitenkaan aivan vähäisestä ongelmasta. Koko väestön näkökulmasta keskeisin päihde on laillinen alkoholi. Juomatapojen osalta on syytä kysyä, muuttuuko päihdekulttuuri oleellisesti edes kohtuullisen ajan myötä. Nuoremmat asiakkaat ovat selvästi halukkaampia myös muiden päihteiden käyttöön kuin iäkkäämmät (Kaukonen, 2000), mutta toisaalta viina maistuu aikaisempaa enemmän kaikille kansalaisille, myös niille, jotka kokeilevat muita päihteitä. 1990-luvun loppupuoli on ollut ennen näkemättömän kosteaa aikaa, eikä tätä kulutuksen kasvua ole mahdollista selittää pelkästään reunailmiöksi (Simpura, 2002).

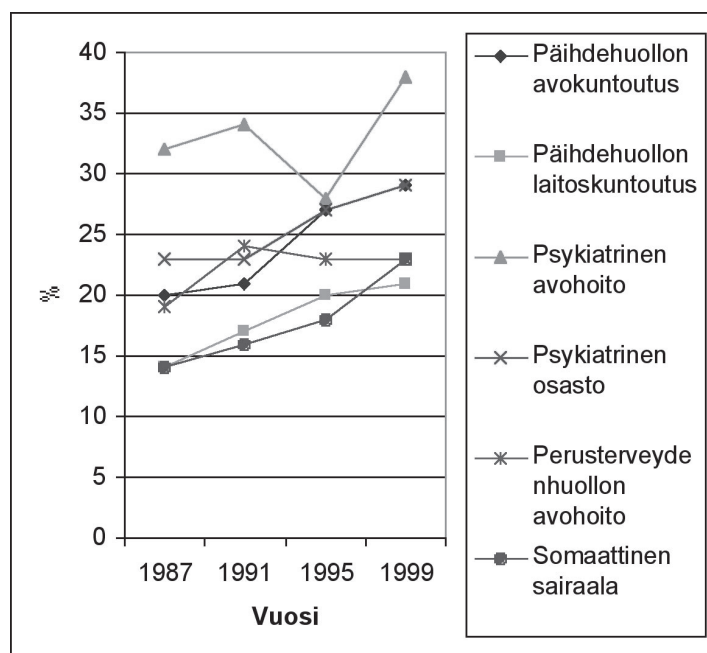
Naisten osuus päihdeasiakkaista kasvaa

Usein on oletettu, että alkoholin käyttö aloitetaan yhä nuorempana ja yhä humalahakuisemmin. Alkoholin käytön aloitusikä tai käyttäjien ikärakenne ei kuitenkaan ole oleellisesti muuttunut ainakaan 1990-luvulla (Ahlström & al. 1999). Sen sijaan sukupuolirakenne on: naisten osuus sekä alkoholin kulutuksesta että sen palvelutarpeisiin johtaneesta kulutuksesta on ollut

tasaisessa kasvussa 1970-luvun alusta alkaen. Kaikkien päihdeasiakkaiden keski-ikä on kuitenkin ollut hienoisessa kasvussa 1990-luvun ajan, ja nuorten, alle 20-vuotiaiden osuus on pysynyt muutamassa prosenttiyksikössä. Humalahakuisuus on kuitenkin sitkeästi pysynyt kaikkien suomalaisten yhteisenä kulttuurisena perimänä.

Viime vuosikymmenen lopulla kaikkien asiakkaiden keski-ikä oli 46 vuotta, naiset olivat pari vuotta nuorempia ja huumeiden käyttäjät kymmenkunta vuotta nuorempia. Huumehoitoihin erikoistuneissa yksiköissä huumeiden käyttäjien keski-ikä on ollut tätäkin alhaisempi, mutta asiakkaiden ohjautumiseen näihin pisteisiin vaikuttavat monet muutkin tekijät kuin päihteiden käytöstä kertyneet ja koetut haitat. Vanhemmilla ja oppilaitoksilla on merkittävä rooli etenkin alaikäisten ohjaamisessa palveluihin myös silloin, kun asiakas itse ei ole ollut erityisen halukas hoitoihin.

Siirtymää miehistä naisiin on kuitenkin selvästi tapahtunut, erityisesti päihdehuollon avomuotoisissa erityispalveluissa; A-klinikoilla ja vastaavissa yksiköissä naisten osuus oli vuosikymmenen lopulla jo kolmanneksen luokkaa. Hoitopalveluja hakeneet naiset eivät kuitenkaan olleet juuri parempiosaisia kuin miehetkään. Muuhun väestöön verrattuna yksinäisyys ja marginaalinen työmarkkina-asema oli huomattavan yleistä, vaikka naisten juomahistoria ennen hoitoon hakeutumista on ollut keskimäärin selvästi lyhyempi kuin miesten. Syynä voivat olla fysiologiset, mutta myös sosiaaliset seikat: naisten runsas juominen ei edelleenkään ole erityisen hyväksyttyä, joten sosiaalinen paine saattaa jouduttaa hoitoon hakeutumispäätöstä merkittävästikin. Naiset eivät kuitenkaan edusta mitään



Kuvio 2: Naisten osuus eräiden palveluyksiköiden päihdeasiakkaista 1987 – 1999 (%)

nuorisoa. Vaikeudet päihteiden, toimeentulon ja lasten huoltoon liittyvien kysymysten kanssa ovat tavallisia, mutta toisaalta naiset myös kykenevät verbalisoimaan ongelmiaan miehiä paremmin. Tämä voi osaltaan selittää sitä, että naisten osuus keskusteluterapioihin pohjaavissa kuntoutuspalveluissa on ollut jopa yllädyttävä suhteessa alkoholin kulutuksen jakautumaan, ja jatkuvasti kasvava (kuvio 2). Noin viidennes kaikista päihdeasiakkaista oli vuosikymmenen lopulla naisia, psykiatrisissa hoidoissa ja päihdehuollon avohoidossa kuitenkin selvästi useampi.

Naiset saavat selvästi paneutuvampaa hoitoa ja kuntoutusta kuin miehet. Ehkä tästäkin syystä heidän kuntoutumisedellytyksensä ja ennusteen- sa näyttävät myös paremmilta kuin miesten, vaikka tämä näyttääkin pätevän myös muualla maailmassa ja hoitointerventiosta riippumatta (Sanchez-Craig & al., 1991). Työntekijällekin on tietysti hausken- ja juttua paremmin motivoitunutta naista kuin ongelmis- ja joutavaa miestä.

Keski-ikäisten miesten kuntoutus näyttää kuitenkin kansainvälisen hoitotutkimuksen valossa olevan vaikuttavampaa kuin nuorten hoitaminen. Vaikka päihdeongelman elämäntavan omaksuneet ovat vaikeammin kuntoutettavissa kuin ne, joilla on myös raittiutta tukevia sosiaalisia suhteita, nuoret kuitenkin käytännössä keskeyttävät hoitonsa iäkkäämpiä helpommin (Kaukonen, 2002). Vaikka 1970-luvulta alkaen on korostettu päihdeongelmien varhaista toteamista ja hoitoa - ja tässä on tietysti oma järkensäkin - on sittenkin sekä hyödyllistä että kannattavaa antaa palveluja erityisesti niille, jotka niihin omaehtoisesti hakeutuvat.

Päihdeasiakkaiden huono-osaisin ydin näyttää kuitenkin uusiutuvan siitä joukosta, joiden syrjäytymiskehitys koulutuksesta, ihmissuhteista ja asumisestakin on alkanut jo varhain. Vaikka päihdehuolto ei heitä juurikaan kovin varhain tavoita, olisi tietysti järkevää kohdentaa erilaisia tukkeja ja varhaisia interventioita sellaisiin nuoriin, joiden elämässä ongelmat näyttävät kasautuvan ja viinakin maistuu keskimääräistä enemmän.

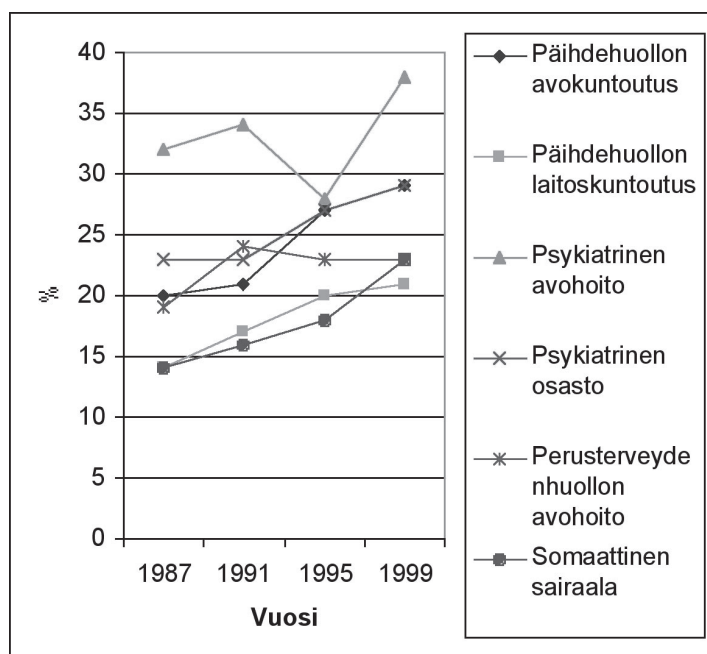
Ideologisesti, toiminnallisesti ja sosiaalisesti jakautunut palvelujärjestelmä

Kokonaisuutena päihdepalveluiden kysyntä on kasvanut koko 1990-luvun ajan, joten palvelujärjestelmän on ollut pakko joko kasvaa tai sopeutua. Käytännössä on tapahtunut molempia. Palveluja on tullut lisää, mutta myös laadullista muutosta on tapahtunut.

Kun vielä 1990-luvun puolivälin kehityksen valossa oli nähtävissä, että asunnottomille tarkoitetut ensisuoijat olivat katoavaa kansanperinnettä, puoli vuosikymmentä myöhemmin niitä oli taas perustettu lisää. Niiden asiakasmäärät olivat kasvussa ja myös päihdeasiakkaiden päiväkeskukset ja asumispalvelut olivat kasvattaneet nopeasti osuuttaan sosiaali- ja ter-

veyspalvelujen päihde-ehtoisesta työnjaosta (Kaukonen, 1995). Päiväkeskuksia, ensisuoja ja asumispalveluita voisi väljästi nimittää päihdehuollon uusiksi huono-osaispalveluiksi.

Koko 1990-luvun yhdeksi keskeiseksi perinnöksi voisikin täsmentää sen, että päihdepalvelut ovat viimeisen kymmenen vuoden kuluessa jakaantuneet sosiaalisesti ja toiminnallisesti siten, että kuntouttaviin palveluihin (A-klinikat, kuntoutuslaitokset ja vastaavat yksiköt) valikoituu päihdeongelmaisten parhaimmisto, kun taas huono-osaisimmille on tarjolla lähinnä aineellista perusturvaa ilman kummempia kuntouttavia ambitioneja (kuvio 3).



Kuvio 3: Päihdeasiakkaiden jakautuminen keskeisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin 1987 – 1999 (%)

Päihdehuollon huono-osaispalvelut ovat kasvattaneet osuuttaan päihde-ehtoisesta työnjaosta – paradoksaalisesti varsinkin sekä 1980-luvun että 1990-luvun nousukausien aikana. Yhtenä selittäjänä saattaa olla se, että kyse on palveluista, joissa asioidaan poikkeuksellisen usein. Se ei kuitenkaan ole koko selitys. Aikavälillä 1992-2001 on perustettu 19 uutta päihdehuollon polikliinista avopalvelupistettä (A-klinikkaa, nuorisoasemaa tai vastaavaa avohoitoyksikköä, joissa asiointiin ei vaadita lähetteitä), mutta asiakasmäärät ovat suunnilleen vuoden 1990 tasolla (Kaukonen, 1995; Päihdetilastollinen vuosikirja, 2002). Käyntimäärät ovat kasvaneet, mutta uusia asiakkaita palveluihin on päässyt yllättävän niukasti.

Kapasiteettia on 1990-luvun loppupuolella lisätty myös laituskuntoutuspalveluissa, mutta eri asiakkaiden määrä on runsaassa kymmenessä vuo-

dessä puoliintunut (Kaukonen, 1995, 163; Päihdetilastollinen vuosikirja 2002). Lisääntyneen laitospaasiteetin käyttö ei vaikuta erityisen tehokkaalta, kun vielä otetaan huomioon, että 62 % toteutetuista hoitajaksoista vuonna 2001 kesti korkeintaan viikon ja noin 78 % korkeintaan kaksi viikkoa.

Toinen kehityssuunta onkin asiakasvalikoinnin lisääntyminen kuntouttavassa päihdehuollossa. Yhä harvempi päihdepoliklinikka toimiikin varsinaisesti polikliinisin periaattein – asiakkailta edellytetään yhä useammin etukäteistä ajanvarausta ja päihdehoitoa asiointia (Nuorvala ym., 2000). Kaikkein vaikeimmin päihdeongelmaiset eivät näitä vaatimuksia pysty täyttämään.

Kolmas keskeinen ja erittäin selkeä 1990-luvun trendi on ollut päihdepalvelujen psykiatrisoituminen: vaikka polikliiniseen mielenterveystyöhön (mielenterveystoimistot ja psykiatriset poliklinikat) päihdeasiakkaita ei ole ohjautunut oleellisesti aikaisempaa enemmän, psykiatrisiin sairaaloihin heitä on otettu enenevästi. Voidaan puhua alkoholiosastojen paluusta psykiatriseen sairaalalaitokseen - kun niitä vielä 1980-luvulla päättäväisesti ja aktiivisesti lakkautettiin. Vaikka huumeapotilaiden määrä on lisääntynyt, valtaosa sairaalahoidoissa olleista päihdepotilaista on ollut alkoholisteja (Kaukonen, 2000). Hoidot ovat tavallisesti olleet alle viikon mittaisia vieroitushoitajaksoja, joten mielisairaalat ovat kompensoineet kiristynyttä päihdepalvelujen saatavuutta merkittävästi.

Neljäs kuviosta 3 luettava kehityssuunta on se, että päihdeasiakkaat syrjäytyvät enenevästi perusterveydenhuollosta, erityisesti julkisen avoterveydenhuollon palveluista. Perusterveydenhuollossa päihdehoito on osuus kokonaistyönjaosta on kaikkiaan ollut hämmästyttävän pieni koko 1990-luvun ajan ja suhteellisesti ottaen jopa laskeva.

Voisi siis sanoa, että vaikka alkoholisten hoito on osin psykiatrisoitunut, se ei oleellisesti ole medikalisoitunut ainakaan siinä mielessä, että terveydenhuollon resursseja - mielisairaaloita lukuun ottamatta - olisi ylenpalttisesti päihdesairauksien hoitoon käytetty. Hoitajakset ovat kyllä lisääntyneet kaikissa sairaalalaitoksissa ja erityisesti 1990-luvun alun laman aikana, kun päihdekuntoutuksessa säästettiin. Terveydenhuollon suhteellinen osuus päihde-ehtoisesta työnjaosta on kuitenkin supistunut, vaikka päihdeasiakkaat hoidetaan aikaisempaa enemmän pelkästään avohuollon piirissä. Asiakkaat siirtyivät osin sairaalavuoteille, mutta vielä suuremmassa määrin matalan kynnyksen huono-osaispalveluihin.

Asiaan liittyy terveyden tasa-arvon edistämisen kannalta hankala piirre: kaikkein vaikeimmin päihdeongelmaiset ja terveytensäkin suhteen huono-osaisimmat asiakkaat ovat enenevästi syrjäytyneet paitsi päihdehuollon professionaalisista kuntoutuspalveluista, myös somaattisista terveyspalveluista, koska päiväkeskuksissa, ensisuoissa tai asumispalveluissa ei juuri terveydenhuoltohenkilöstöä ole.

Huumeiden käyttäjien hoitojärjestelmä on kuitenkin osin medikalisoitunut myös sanan varsinaisessa merkityksessä. Yhtenä keskeisenä syynä tähän on huumehoitokeskustelun painottuminen yksipuolisesti opioidiriippuvaisten korvaushoitoihin. Näiden hoitojen edellytyksiä on hallinnollisesti väljennetty useampaankin otteeseen viime vuosina. Huumeiden käyttäjien hoitoon on lisäksi erillisinä korvamerkittyinä valtionavustuksina myönnetty kunnille vuosina 2001-2002 yhteensä noin 15 miljoonaa euroa. Satsaus on päihdehuollon mittakaavassa poikkeuksellisen suuri, mutta sekään ei välttämättä riitä, koska keskeiset palvelujen tuottajat ovat määritelleet ”palvelutuotteet” varsin hinnakkaiksi. Korvaus- tai ylläpito-hoidoissa on vuoden 2002 alussa ollut jo noin 400 henkeä, mutta jonot eivät ole hävinneet, pikemminkin pidentyneet.

Toinen Suomessa uusi ja nopeasti levinnyt toimintamuoto 1990-luvun lopulta alkaen on ollut huumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja sen osana ruiskujen ja neulojen vaihtaminen. Terveysneuvontaa vauhditti poikkeuksellisen nopea HIV-epidemia ruiskuhuumeita käyttävien keskuudessa. Kun huumeruiskujen vaihtoa ei käytännössä oltu järjestetty lainkaan vielä vuonna 1996, vuonna 2000 pisteitä oli jo useilla kymmenillä paikkakunnilla (taulukko 1).

	1996	2000	2001
Asiakkaita terveysneuvontapisteissä/huumeruiskujen vaihto-ohjelmissa	ei lainkaan	noin 4 800	noin 8 000
Asiakkaita korvaus- ja ylläpito-hoidoissa	alle 10	noin 200	noin 400

Taulukko 1: Huumeiden käyttäjien terveysneuvonnan ja opioidikorvaushoitojen kehitys 1996 – 2001 (Partanen, 2001 ja 2003).

Käytettävissä olevien tietojen mukaan näyttää siltä, että terveysneuvonnalla, käyttövälineiden vaihto-ohjelmilla ja korvaushoidoilla on ollut merkitystä ainakin HIV-infektioiden vähentämisessä. Huumeiden käytön vähentämisen tai asiakkaiden hyvinvoinnin lisääntymisen kannalta asia on toistaiseksi Suomessa laajemmin tutkimatta. Kansainväliset tutkimustulokset osoittavat, että korvaushoidoilla on onnistuttu lisäämään asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia merkittävästi, erityisesti, mikäli korvauslääkitykseen liittyy psykososiaalisia kuntoutusohjelmia (esim. Woody & al., 1995). Hoitotoimien tuottamien laajempien hyvinvointivaikutusten merkitys eri maissa ja kulttuureissa on kuitenkin vaikeampi kysymys.

Korvaushoitoasiakkaat ja hoitoon valikoituminen vaihtelevat suuresti maasta toiseen ja jopa maan sisällä, kuten Suomessa. Tiedetään myös, että varsinkin moniongelmaisten asiakkaiden kuntoutus edellyttää varsinais-

ten hoitotoimenpiteiden lisäksi monitahoisia samanaikaisia ja asiakkaan tilanteeseen sopeutettuja asumisen ja arjen hallinnan tukitoimia (Burnam & al., 1995). Juuri tällaisia räätälöityjä toimia näyttää olevan erityisen vaikea käytännössä saada kovin kattavasti aikaan millekään vaikeasti hoidettavalle asiakasryhmälle.

Kokonaisuutena voisi arvioida, että Suomen päihdehuoltojärjestelmässä painopiste on viimeisen kymmenen vuoden kuluessa ottanut ideologisen siirtymän kohti haittojen minimointia, aktiivisen kuntoutuksen sijasta. Perinteinen päihdehuollon kehityksessäkin keskeisesti vaikuttanut vanhan raittiusliikkeen selkeää päihdeettömyyttä ja raitistumista korostanut arvopohja on saanut osin väistyä. Alkoholistien kuntoutuksessa tämä näkyy siinä, että pitkäaikainen laitospäästäminen on jäänyt marginaaliseksi ja laajentuneet huono-osaispalvelut keskittyvät pitämään köyhyysrajan alapuolella elävät asunnottomat, työttömät ja eläkeläiset hengissä, huumeiden käyttäjien hoidossa se on taas merkinnyt kuvatuunlaisia haittojen vähentämishankkeita.

Toinen yhtä perusteltu tulkinta voisi olla se, että hoitojärjestelmä on jakautunut ideologisesti kuntouttaviin ja haittoja minimoiviin palveluihin. Perinteisten päihdehuollon erityispalveluyksiköiden on ollut vaikea aloittaa korvaushoitoa, ja ottaa vastaan lääkityksen piirissä olevia asiakkaita. Tästä syystä maahan on perustettu lukuisia uusia yksiköitä pelkästään huumeiden käyttäjille. Näiden uusien yksiköiden pulmana on kehittää riittäviä psykososiaalisia palveluja asiakkaille – vaikka juuri tätä psykososiaalista työtä tehdään perinteisissä päihdehuollon yksiköissä.

Järjestelmän kokonaisuutta tarkastellen saattaa käydä kuitenkin myös niin, että huumeiden käyttäjiin kohdennettu ylenpalttinen mielenkiinto syö sekä halua että resursseja alkoholistien hoidolta. Alkoholistien laitospäästämisessä pitkäaikaisesta hoidosta on pääosin luovuttu. Päihdehuoltolain mukaisia pakkopäätöksiä ei tehty vuonna 2000 enää lainkaan sosiaalihuollossa. Avokuntoutuksen piirissä sosiaalihuollollinen kuntoutusajattelu näyttäisi pitävän pintansa päätellen tiukentuneesta valikoinnista, samoin laitospuolelle on perustettu jonkin verran lisää päihdeettömyyteen tähtääviä yhteisöhoidollisia yksiköitä. Silti kokonaisuutena hoitojaksot ovat koko ajan lyhentyneet.

Palvelupoliittisesti tämä kunnianhimoinen ja samalla hyvin valikoiva kuntoutusajattelu ei tunnu erityisen hyödylliseltä - asiakkaalla on yhä pienemmät mahdollisuudet päästä näihin kapasiteetiltaan laajentuneisiin palveluihin. Rajalinja ei asiakkaan näkökulmasta kuljekaakaan raitistamistavoitteiden ja haittoja minimoivan toiminnan välillä, vaan niiden sisällä: miten laskea kynnystä ammatillisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän piiriin siten, että erityisesti terveyshaittoja torjuttaisiin nykyistä tehokkaammin.

Työ olisi myös tuloksellista ja vaikuttavaa: kansainväliset tutkimustulokset osoittavat, että lisäämällä alkoholihaittojen vuoksi hoitoon otettu-

jen potilaiden määrää onnistutaan oleellisesti vähentämään sekä terveydenhuollon kustannuksia että alkoholikuolleisuutta (Holder & Parker, 1992; Mann & al., 1988; Romelsjö, 1987). Myös hyvinkin huono-osaisille ja palveluihin vaikeasti kiinnittyville asiakkaille toistuvasti tarjottu vieroitusapu tuottaa merkittävää sosiaalista ja terveydenhuollollista hyötyä (Suojasalmi & Kaukonen, 2002).

Sosiaali- ja terveystalouden poliittisesti suomalaisen päihdepalvelujärjestelmän professionaalinen ydin uhkaa kuitenkin marginalisoitua samaa vauhtia kuin palvelujärjestelmän asiakkaille asetetaan sisäänpääsyrajoituksia. Siitä huolimatta myös kustannukset kasvavat. Kehitys on ongelmallinen sekä palvelujen ohjaukselle että palvelujen saatavuudelle, niin hallinnolle kuin asiakkaillekin.

Ohjauksen muutokset, kasvavat haasteet ja tasa-arvotavoitteet

Sosiaali- ja terveystalouden ohjaus on vuoden 1992 valtionosuusuudistuksen myötä aikaisempaa monisyisempää. Sosiaali- ja terveysministeriölle kuuluu muodollisesti palveluiden valvonta ja ohjaus, mutta toisaalta palvelujen järjestämisvastuu on siirretty yksiselitteisesti kunnille. Kuntien ohjausmahdollisuudetkin ovat muuttuneet rajallisiksi.

Raija Julkunen (2003) kuvaa sosiaalipoliittisen ja taloudellisen vallan siirtymistä julkishallinnosta yhtiöistä ”ulos” (markkinoille), toisaalta ”ylös” (kansainvälisille elimille, kuten EU-tasolle), ”alas” (kuntiin) sekä ”sivulle” (järjestöille). Alkoholipolitiikka ja päihdepalvelut ovat kehityksestä hyviä tyyppiesimerkkejä.

Markkinat, kilpailutalous ja kansainväliset sopimukset sääntelevät enenevästi alkoholipolitiikkaa ja sen ehtoja sekä valtiollisesti että paikallisesti. Kun Suomi liittyi Euroopan Unioniin vuonna 1995, sovittiin alkoholin tuontirajoituksiin liittyvistä siirtymäsäännöksistä. Säännökset eivät koskeneet kolmansia maita, joten kansalaisten omaehtoinen alkoholimatkailu Viroon ja Venäjälle kasvoi nopeasti. Tuontirajoituksia kolmansista maista oli mahdollista tiukentaa, jolloin turismialkoholin määrää pystyttiin vähentämään, mutta aiemmin mainitut korvikealkoholien metanolisäadokset ja niiden myötä metanolikuolemat jäivät. Unionin laajentuessa vuonna 2004 matkailuun liittyvän alkoholin tuonnin odotetaan jälleen lisääntyvän.

Tämä saattaa merkitä alkoholin kokonaiskulutuksen kasvua jopa viidenneksellä. Suomi varautuu hillitsemään alkoholin matkustajatuontia ja suojelemaan omaa alkoholiteollisuuttaan erityisesti alkoholiverotusta alentamalla. Veron alentaminen on taas varma keino lisätä alkoholin kulutusta, tuontirajoituksista riippumatta. Kokonaiskulutuksen kasvu tulee lisäämään palvelutarpeita suhteellisesti selvästi nopeammin kuin kulutuksen lisääntyminen (Kaukonen, 2000). Edellä kuvattu palvelujärjestelmän valikoiva toiminta siirtää vastuuta kansalaisyhteiskunnalle.

Päihdepalvelujen ohjausta ja valtaa on hajautettu ja siirretty kuntiin (”alas”) Suomessa enemmän kuin missään muualla Pohjoismaissa. Markkinakuri vaikuttaa kuitenkin myös kuntien palveluohjaukseen, mikä suurelta osin johtuu siitä, että päihdepalveluja on ulkoistettu nopeasti 1990-luvun jälkipuoliskolla: päihdehuollon erityispalveluista enää alle puolet on kuntien suorassa ohjauksessa, huumehoitopalveluista noin kolmannes (Kaukonen, 2002a). Palveluohjaus on siis siirtynyt huomattavassa määrin ”sivulle”. Kuntien on hankintalain mukaisesti kilpailutettava palvelunsa, ja kun niistä suurelta osin on ulkoistettu myös päihdetyön asiantuntemus, kilpailutus tapahtuu paljolti hintakilpailun periaatteella. Kun päihdepalveluita ulkoistetaan ja kilpailutetaan, ulkoistetaan myös suuri osa huono-osaisuuden hoidosta uusille palvelutuotemarkkinoille. Kuten edellä on kuvattu, ulkona eivät ole vain palvelujen tuottaminen ja ohjaus, vaan enenevästi myös päihdehuollon asiakkaat - hyvinkin konkreettisesti.

Kehitystä on yritetty hillitä erilaisin informaatio-ohjauksen keinoin, kuten laatusuosituksin (STM ja Suomen Kuntaliitto 2002). Toisaalta valtio on palannut enenevästi korvamerkittyjen rahojen käyttöön kaikkein suurimpien epäkohtien korjaamiseksi. Tämäkin keino on joskus epävarma eikä se sovi kovin hyvin kuntien ja valtion nykyiseen työnjakoon, mutta voimavaraohjaus koetaan kuitenkin konkreettisempänä, helpommin kohdennettavana ja vaikuttavampana kuin tieto-ohjaus, koska sitovia valtakunnallisia normeja hoitopalveluiden osalta on erityisen vaikea säätää.

Yhtenä seurauksena kehityksestä on kasvava ohjelmallisuus. Vaikka sitovia normeja kavahdetaan ja kunnat vaalivat itsenäisyyttään, on kuitenkin selvää tilausta uuden tyyppiselle sopimuksellisuudelle ainakin julkishallinnon sisällä. Yksi tämän sopimuksellisuuden ilmenemismuoto saatetaan olla uusi kansallinen alkoholiohjelma, jonka tulisi aikaisempaa konkreettisemmin pureutua myös päihdekuntoutuksen ja palveluiden perusongelmiin, niiden saatavuuteen, sisältöön ja toimintatapaan. Tehtävä on nykyoloissa ja nykyisen ohjauksen välinein varsin vaativa.

Erityisen vaativaksi sen tekee se, että alkoholin kulutuksen odotetaan kasvavan varsin rajusti - itse asiassa laskentamallein arvioitu kulutuksen lisäys hakee vertaistaan sodan jälkeisen Suomen historiassa. Ainoastaan vuoden 1968 alkoholilain säätämällä alkoholipolitiikkaa väljennettiin hypäyksellisesti siten, että kokonaiskulutus kasvoi nopeasti lähes puolella. Ketkä siis lisäsivät juomistaan keskioluen tultua vähittäiskauppoihin? Lähes kaikki - raittiiden osuus väestöstä väheni, naiset kasvattivat suhteellisesti eniten kulutustaan, mutta miehet absoluuttisesti eniten. Suurkuluttajien määrä väestössä kasvoi nopeasti, ja eniten lisäsivät juomistaan ne, jotka olivat aiemminkin käyttäneet alkoholia keskimääräistä enemmän (Mäkelä & al., 2002).

Seuraukset erityisesti terveystaloustaloudelle olivat merkittävät. Poikolainen (1980) seurasi alkoholiehtoisten sairaalahoidojen kehitystä aikavälillä 1969 – 1974, jolloin alkoholin kokonaiskulutus kasvoi kaikkiaan

120 %. Miesten alkoholiehtoiset sairaalahoidot lisääntyivät viidessä vuodessa erittäin nopeasti - alkoholipsykoosin perusteella 110 %, haimatulehduksen perusteella 100 %, alkoholismidiagnoosin perusteella 70 % ja maksakirroosin perusteella hoidettavat 20 %. Naisten sairaalahoidot lisääntyivät vielä enemmän, koska lähtötilanne oli alhaisempi ja suhteellinen alkoholin kulutuksen kasvukin oli siten suurempaa. Sairaaloihin otettiin alkoholismin perusteella 140 %, alkoholipsykoosin perusteella 130 %, alkoholimyrkytyksen vuoksi 90 % ja alkoholiperäisen haimatulehduksen perusteella 40 % enemmän naisia kuin ennen lainmuutosta.

Seuraamukset kohdistuivat ennen muuta terveyspalvelujärjestelmään, koska sosiaalihuollollisia päihdehuollon erityispalveluita oli tuolloin vain harvakseltaan. Sen sijaan järjestyspoliisin toteuttamat säilönotot alkoi-
vat kasvaa rajusti. Päihdehuollollisia avo- ja laitospalveluita alettiinkin nopeasti lisätä vuodesta 1975 alkaen, erityisesti siitä syystä, että pohjoismaisittain vielä suhteellisen kehittymättömät terveyspalvelut olivat tukehtua jatkuvasti eneneviin alkoholihaittoihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäisessä työnjaossa sovittiin päihdeongelmien hoidon kuuluvan pääosin sosiaalihuollon vastuulle.

1970-luvun rajun alkoholin kulutuksen lisäyksen syynä saattoi olla lainsäädäntömuutoksen lisäksi muitakin yhteiskunnallisia tekijöitä. Vuoden 2004 muutosten odotetaan tuottavan alkoholin kokonaiskulutukseen ”vain” viidenneksen lisäyksen lyhyellä aikavälillä. 1990-luvulla muuttuneen päihdepalvelurakenteen työnjaon jäljiltä tilanne saattaa kuitenkin olla juuri terveyspalvelujen kannalta erittäin haastava - kun erikoissairaanhoidon kohtalaisen kulutuskasvun oloissa näyttää kuormittuvan erityisesti psykiatrian osalta kohtuuttomasti, oletettavasti myös nopeasti kasvavat palvelutarpeet suuntautuvat tälle sektorille, mikäli palvelukenttään saadaan aikaan parempia ohjausmekanismeja. 1990-luvun kokemukset osoittavat, että rakennemuutokset ja niiden seuraukset ovat enemmän odottamattomia kuin ennustettavissa. Kaikkein huonoin on päihdeasiakkaan asema, jos palvelut eivät vedä, mutta ei ole syytä väheksyä muutosten kansantaloudellistakaan merkitystä sosiaalitalouden muutoinkin kiristytessä.

Terveyden suhteen epätasa-arvo lisääntyi Suomessa viime vuosikymmenen aikana, ja yksi keskeinen syy tähän sosioekonomisten terveyserojen kasvuun oli alkoholin kulutuksen kasvu ja haittojen kasautuminen alimpiin sosiaaliryhmiin (Kangas & al., 2002). Koska tilastolliset yhteydet ovat selkeitä, mutta toiminnalliset välitykset monimutkaisia, tulisi palvelujärjestelmälle löytää suhteellisen konkreettisia ja realistisia kehittämistavoitteita. Runsaan tutkimusnäytön perusteella tiedetään, että pelkästään valistuksella saadaan aikaan tuskin minkäänlaisia vaikutuksia väestön juomatavoissa (esim. Edwards & al., 1994, 173 – 175). Valistuskin voi olla hyödyllistä, mutta ollakseen vaikuttavaa se edellyttää rinnalleen muita hyvin konkreettisia ja samansuuntaisia ponnisteluja. Jos yleinen alkoholi-

politiikka väljenee, tarvitaan täsmennettyjä tavoitteita ainakin sosiaali- ja terveyspalveluille.

Edellisen perusteella konkreettisia tavoitteita voisi olla ainakin viisi. Ensinnäkin, perusterveydenhuollon tulisi aktivoitua niin sanottuihin sekundaaripreventiivisiin toimiin. Tällaisia ovat varsinkin niin sanotut lyhyet tai pienet interventiot, jossa perus- ja työterveyshuollon henkilöstö kiinnittää huomiota keskimääräistä runsaammin juovien potilaidensa alkoholin käyttöön ja sen omaehtoiseen sääntelyyn, vaikka sosiaalisia tai terveydellisiä haittoja ei toistaiseksi olisikaan havaittavissa. Tällä toiminnalla on todetusti merkittävä ehkäisevä ja kansanterveydellinen merkitys (esim. Poikolainen, 1999).

Toiseksi, perusterveydenhuollon palveluja tulisi ulottaa nopeasti kasva-neisiin huono-osaispalveluihin. Näihin ovat kasautuneet myös terveytensä puolesta kaikkein heikoimmassa asemassa olevat päihdeongelmaiset.

Kolmanneksi, vieroitushoitopalveluja tulisi tarjota huomattavasti nykyistä enemmän ja matalalla kynnyksellä etenkin päihdehuollon yksiköissä, sekä avohoidossa että laitoksissa. Vieroitushoito tiedetään yhtä tuloksekkaaksi kuin pidempiaikainenkin laitoshoido (esim. SBU, 2001), ja näiden hoitojen saatavuutta tulisi selkeästi lisätä.

Neljänneksi, vaikka pitkäaikainen laitostuntoutus ei raitistumisen kannalta ole välttämättä tuloksellisempaa kuin lyhytaikainenkaan hoito, pidempiaikaiset laitostuntoutusjaksot saattavat olla runsaasti juovien, ravitsemustilansa suhteen heikkojen ja huonoissa sosiaalisissa oloissa elävien asiakkaiden kannalta erittäin tärkeitä. Siksi myös paljolti hävinnyt mahdollisuus pitkäaikaisempaan laitostuntoutukseen tulisi palauttaa päihdehuollon palvelujen valikkoon.

Viidenneksi, kasvavien haasteiden edellyttämät henkilöstövoimavarat tulisi ottaa erityisen vakavaan tarkasteluun. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteisessä suosituksessa päihdepalvelujen laadun kehittämiseksi esitettiin, että päihdepalvelujen henkilöstön määrä olisi sidottava päihteiden, erityisesti alkoholin kulutustasoon koko maassa, mutta myös kunnassa tai seudullisesti. Päihdeongelmaisethan ovat hoitoaan maksaneet jo vuosikymmenien mittaan alkoholiveron muodossa. On pelkäättäväistä, että julkishallinto vastaa omalta osaltaan tästä päihdepalvelusopimuksesta siten, että päihdetyön henkilöstön määrä ja kvalifikaatiot kohotetaan koko maassa vähintäänkin yhteisesti sovittujen laatusuosittelujen minimitasolle.

Viitteet:

Ahlström, Salme & Metso, Leena & Tuovinen, Eeva-Liisa (1999). Miten nuorten päihteiden käyttö on muuttunut vuodesta 1995 vuoteen 1999? Yhteiskuntapolitiikka 64: 5 – 6: 480 – 487.

Burnam, M. A. & Morton, S. C. & McGlynn, E. A. & Petersen, L. P. Stecher, B. M. & Hayes, C. & Vaccaro, J. V. (1995). Experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless addicts. Journal of Addict Dis 14: 111 – 134.

Edwards, Griffith & Anderson, P. & Babor, T. S. & Casswell, S. & Ferrence, R. & Giesbrecht, N. & Godfrey, C. & Holder, H. D. & Lemmens, P. & Mäkelä, K. & Midanik, L. T. & Norström, T. & Österberg, E. & Romelsjö, A. & Room, R. & Simpura, J. & Skog, O-J. (1994). Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press: WHO Europe.

Holder, Harold & Parker, R. N. (1992). Effect of alcoholism treatment on cirrhosis mortality: a 20-year multivariate time series analysis. British Journal of Addiction 87: 1263 – 1274.

Julkunen, Raija (2003). Hyvinvointistrategisen ajattelun muutos. Teoksessa Kinnunen, Petri & Kostamo-Pääkkö, Kaisa (toim.) (2003): Alueelliset hyvinvointistrategiat. Oulu: Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 5, 16 – 37.

Kangas, Ilkka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) (2002). Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.

Kaukonen, Olavi (1995): Leikatut päihdepalvelut – kuntoutuksesta pysyviin huoltosuhteisiin? Teoksessa Uusitalo, Hannu ym. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Helsinki: Stakes, 158 – 173.

Kaukonen, Olavi (2000). Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Stakes, tutkimuksia 107.

Kaukonen, Olavi (2002). Päihdekuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, Anna-Mari ym. (toim.). Kannattaa-ko kuntoutus. Helsinki: Stakes, raportteja 267, 125 – 139.

Kaukonen, Olavi (2002a). Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.) (2002): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 137 – 166.

Malinen, Anette (2003). Kartoitus alkoholikorvikkeiden käytöstä Suomessa 2002. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003:3 .

Mann, R. E. & Smart, R.E. & Anglin, L. & Rush, B (1988). Are decreases in liver cirrhosis rates a result of increased treatment for alcoholism? British Journal of Addiction 83: 683 – 688.

Mäkelä, Pia & Rossow, Ingeborg & Tryggvesson, Kalle (2002). Who drinks more and less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. In Room, Robin (ed.) (2002): The effects of Nordic alcohol policies. What happens to drinking and harm when alcohol controls change? Helsinki: NAD-publication 42.

Nuorvala, Yrjö & Metso, Leena & Kaukonen, Olavi & Haavisto, Kari (2000). Päihde-ehdotin asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauslaskentojen vertailu. Yhteiskuntapolitiikka 65: 3: 246 – 254.

Partanen, Airi (2001 ja 2003). Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja opioidikorvaushoidot. Suullinen tiedonanto.

Partanen, Juha (1994). Märkä pilvi. Alkoholipolitiikka 59: 6: 397 – 411.

Partanen, Juha & Metso, Leena (1999). Suomen toinen huumeaalto. Yhteiskuntapolitiikka 64: 2: 143 – 149.

Poikolainen, Kari (1980). Increase in alcohol-related hospitalisations in Finland 1969 – 1975. British Journal of Addiction 75: 281 – 291.

Poikolainen, Kari (1999). Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. Preventive Medicine 28: 503 – 509.

Päihdetilastolliset vuosikirjat 1997 – 2002. Helsinki: Stakes.

Romelsjö, A. (1987). Decline in alcohol-related in-patient care and mortality in Stockholm County. British Journal of Addiction 82: 653 – 663.

Salasuo, Mikko & Rantala, Kati (2002). Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.) (2002): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 38 – 67.

Sanchez-Craig, M. & Spivak, K. & Davila, R. (1991). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: replication and report of therapist effects. British Journal of Addiction 86: 867 – 871.

SBU (2001): Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning (Volym I). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Simpura, Jussi (2002). Mitä melkoisimpia viinavuosia. Teoksessa Heinonen, Jarmo (toim.) (2002): Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeitutkimuksesta. Helsinki: Alkoholi- ja huumeitutkijain seura ry.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto (2002). Päihdepalvelujen laatusuosittukset. STM, oppaita 2002:3.

Suojasalmi, Jussi & Kaukonen, Olavi (2002). Kanta-asiakas ilman bonuskorttia. Yhteiskuntapolitiikka 67: 1: 54 – 60.

Woody, G. E. & McLellan, A.T. & Luborsky, L. & O'Brien, C. P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. American Journal of Psychiatry 152: 1302 – 1308.

Peter Perdition in a changing treatment environment

Olavi Kaukonen

The aim of this article is to illustrate the main changes in Finland concerning the culture related to alcohol and drug use and the resulting harm and to explore the changing structures of related care or treatment. The demand for treatment services has expanded also because of the increases in alcohol consumption in recent years. One objective of this article is to sketch the alternatives for the treatment system to strengthen its capacities and procedures in order to be better prepared for even higher alcohol consumption in 2004 and the more challenging environment.

Even though the use of illegal drugs had increased sharply in Finland from the point of view of the social and health services, alcohol has remained the main intoxicant and the most harmful. The treatment for drug dependence has expanded in a relatively short time. Nevertheless, the use of alcohol surrogates (e.g., denatured industrial alcohol products) seems to be almost as big a challenge for the service system as the illegal drugs, especially because the surrogates are generally consumed by homeless men.

Since late 1980s the clientele of alcohol-related services has changed. Although the majority of the clients still are middle-aged men, the proportion of women has steadily increased. However, also the women contacting the services are most often middle-aged and live under unfortunate living conditions.

The division of labor in the service system has changed during the 1990s. The use for alcohol problems of hospitals and especially mental hospitals has rapidly increased. Both the institutions for outpatient and inpatient treatment have been expanding, but the availability of treatment has decreased. Especially those clients with the worst living conditions have to abide with services of a remarkably lower quality. Especially the share of primary health care used in the care of alcohol related patients has been decreasing.

In addition the steering mechanisms of the social and health services have been changing. The political power controlling these services has been removed from the state, but municipalities also seem to have progressively less possibilities for steering the treatment services. Although the services are publicly financed, globalization and externalization (contracting out the services) have challenged the capacity to fix either the direction or the costs of the services. The clients must adapt themselves to the services more often than the services adapt to the clients. However, various remedies are still possible; some most concrete and relevant are suggested.

Erkki Vuori



Alkoholi- ja huumekuolemat

Yllättävä ja äkillinen kuolema on Suomessa aina poliisiasia ja sen tutkimisesta määrää laki kuolemansyyn selvittämisestä (laki 459/1973). Poliisi käyttää kuolemansyyn selvitystyössä apuna ja asiantuntijana oikeuslääkärinä, joka suorittaa vainajan ulkotarkastuksen ja ruumiinavauksen. Epäiltäessä myrkytystä tai alkoholin ja huumeaineiden osuutta kuolemantapahtumaan, avauksen yhteydessä otetaan oikeuskemialliset näytteet, jotka tutkitaan keskitetysti Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitoksella (asetus 169/1948). Tutkimusten jälkeen oikeuslääkäri antaa kuolintodistuksen, jossa määritellään kuolemansyy ja kuolemanluokka.

Suomessa kuolee vuosittain n. 50 000 kansalaista. Kuolemansyyn selvittämiseksi tehdään joka vuosi oikeuslääketieteellisiä ruumiinavauksia yli 10 000 ja keskimäärin joka toisessa tapauksessa oikeuslääkäri pyytää oikeuskemiallista tutkimusta. Maassamme on siten poikkeuksellisen tarkka kuolemansyyn selvittämisen järjestelmä ja lähes kaikki myrkytyskuolemat ovat myös kemiallisesti varmistettuja.

Jo usean vuoden ajan myrkytyskuolemien määrä on ollut maassamme yli 1 000 tapausta vuodessa, vuosina 2000 ja 2001 myrkytyksiä oli 1 163 ja 1 059 (Vuori ym., 2003). Näistä alkoholien aiheuttamia myrkytyskuolemia on n. 450; lääkeaineet (johon ryhmään luokitellaan myös huumeaineet) aiheuttivat vastaavasti n. 550 myrkytyskuolemaa. Tämän lisäksi alkoholi, ja lisääntyvässä määrin myös huumeaineet, ovat tavallisia löydöksiä tapaturmissa, itsemurhissa ja henkirikosten uhreissa.

Alkoholimyrkytyskuolemat

Etanoli on Suomen yleisin ja tutuin, mutta samalla tappavin myrkyllinen kemikaali; myrkytyskuolemia oli 408 vuonna 2000 ja 388 vuonna 2001. Kuolemanluokaltaan etanolikuolemat ovat lähes aina tapaturmaisia; ainetta nauttineen henkilön tarkoituksena ei ole ollut tappaa itseään alkoholilla. Kerralla nautittu alkoholimäärä on vain noussut liian suureksi. Etanolilla tehtyjä itsemurhia on vain muutama vuosittain. Kuolema kohtaa todennäköisimmin keski-ikäistä miestä. Miesten ikämediaani on viime vuosina ollut 49-50 vuotta ja suurimmat kymmenvuotisikäryhmät ovat 40-49

ja 50-59 vuotta, joihin kuuluu yhteensä 2/3 kaikista etanolimyrkytyskuolemista. Naisten osuus on viimeisten kahden vuosikymmenen aikana nousut. Naisia oli 1980-luvulla 11 %:ssa ja 1990-luvulla 14 %:ssa tapauksista, mutta vuonna 2001 naisten osuus oli jo lähes neljäsosa, 23 %. Etanolimyrkytyskuolema kohtaa naisen keskimäärin hieman vanhempana kuin miehen, ikämediaani on ollut eri vuosina 50-52 vuotta.

Nuorimmat alkoholimyrkytykseen kuolleet uhrit ovat yleensä olleet 19-20 vuotta vanhoja, näin nuoria todetaan kuitenkin yleensä vain 1-2 vuodessa. Vuonna 2000 ei ollut yhtään alle kaksikymmenvuotiaista, vuonna 2001 nuorin oli 17-vuotias poika. Vuonna 1997 nuorin uhri oli 15 vuotta vanha tyttö, joka alkoholimyrkytyksen vuoksi oli sammunut lumihankeen, ja jonka välitön kuolinsyy tässä tapauksessa oli paleltuminen.

Naisten lisääntyvästä riskistä kuolla alkoholimyrkytykseen saatiin ensimmäinen vihje tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin sukupuolen, sosiaaliryhmän ja ammatin vaikutusta alkoholimyrkytyskuolemiin (Poikolainen ja Vuori, 1985). Mainitun tutkimuksen mukaan vuosina 1978-1982 alkoholimyrkytykset kasaantuivat keski-ikäisiin miehiin, naisten osuus oli vain 11 %. Riskiryhmässä olevien miesten osalta eronneilla eläkeläisillä oli yli 15 kertaa suurempi riski kuolla alkoholimyrkytykseen kuin ylemmän sosiaaliluokan naimisissa olevilla miehillä. Mikään ammatti tai koulutuksen taso ei näyttänyt suojelevan alkoholimyrkytyskuolemalta. Sen sijaan miehillä erityisen suuri riski oli pienten yritysten itsenäisillä yrittäjillä, naisilla suurin riski oli journalisteilla. Mainittu naisryhmä edusti jo silloin miesten kanssa tasa-arvoiseen asemaan pyrkiviä naisia ja miehisiä käyttäytymismalleja. Omaksuessaan yleisemmin miesmäiset elämänarvot ja tavat naiset maksavat siitä saman hinnan kuin miehet.

Alkoholimyrkytysten määrä seuraa viinan kulutusta. Erityisen suuri myrkytyskuoleman riski liittyy kulutushuippuihin, kuten viikonloppuihin ja perinteisiin suomalaisiin juhlapäiviin (Poikolainen ym., 2002). Tällaisia juhlapäiviä ovat ymmärrettävästi vappu ja juhannus, mutta, ehkä hieman yllättäen, myös jouluku. Kun arvioidaan alkoholin kulutusta, virallisiin myyntilukuihin tulee nykyisin lisätä tax-free-tuonti ja salakuljetettu alkoholi. Vaikka viralliset alkoholin myyntiluvut eivät enää kuvaakaan koko alkoholin kulutusta, ovat ne silti käyttökelpoisia vertailulukuja. Siten Poikolainen ym. (2002) osoittivat regressioanalyysin perusteella, että 1 %:n laillisen myynnin lisääntymistä vastaa alkoholimyrkytysten määrän lisääntyminen 0,4 %:lla.

Osa alkoholisteistamme on oppinut turvautumaan etanolia sisältäviin autokemikaaleihin. Suomen liittyessä Euroopan Yhteisöön myyntiin tuli uutena ryhmänä metanolia sisältäviä tuotteita, joita on markkinoilla jo yli 420 nimikettä. Alussa nämä tuotteet oli merkitty kahdella eri tavalla riippuen metanolin määrästä, mikä vielä lisäsi sekaannusta. Teknisten alkoholituotteiden väärinkäyttäjät eivät selvästi luota viranomaismerkintöihin. Meillä lähes tuntemattomat metanolimyrkytykset kääntyivätkin jyrkkään

kasvuun vuodesta 1995 (Vuori ym., 1997) ja myrkytysten määrä oli huipussaan vuonna 2000, jolloin niitä todettiin kaikkiaan 46. Metanolipakkausten merkintöjä muutettiin samana vuonna ja myrkytykset ovat vähentyneet sen jälkeen, tapauksia oli kuitenkin vuonna 2001 vielä 30. Metanolimyrkytykset eivät siis johdu meillä ”pimeistä itäviinapulloista” vaan lähes aina auton tuulilasin pesuliuoksista.

Huumausainelöydökset

Muihin Pohjoismaihin verrattuna (Islanti pois lukien) huumausainelöydökset olivat pitkään Suomessa harvinaisia (Steentoft ym., 1989; Steentoft ym., 1996; Steentoft ym., 2001). Vielä 1980-luvun lopulla huumeita löydettiin keskimäärin vain kerran kuukaudessa. Tapaukset yleistyivät 1990-luvun alussa ja löydöksiä oli viikoittain (Vuori ym., 2001). Huumetapausten nopea kasvu alkoi vasta vuodesta 1995 ja vuonna 2000 löydöksiä oli ennätysmäärä, yhteensä 170.

Positiivinen huumausainelöydös ei aina kerro kuolemansyytä. Myrkytys on todennäköisemmin kuolemansyynä, jos löydös on opioidi. Tämä johtuu suonensisäisestä käytämisestä ja ryhmän aineiden yhteisestä ongelmasta: ne aiheuttavat helposti hengityksen lamaantumisen. Huumausaineiden pistämiseen suoneen liittyy joka kerta erityisen suuri hengenvaara, koska virheellisen suuri annos vaikuttaa peruuttamattomasti ja heti.

Oikeuskemiallisessa tutkimuksessa huumausaineen löytymisen todennäköisyyteen vaikuttaa myös kyseisen yhdisteen aineenvaihdunnan nopeus. Opioidit, amfetamiinit ja kokaiini näkyvät verinäytteessä vain lyhyen ajan ja virtsanäytteessäkin tyypillisesti vain muutaman vuorokauden. Sen sijaan kannabinoideja voi löytyä suurkuluttajan virtsasta vielä kuukaudenkin kuluttua käytön lopettamisen jälkeen. Siten oikeuskemialliset löydökset eivät välttämättä kerro vaikutuksenalaisuudesta. Sen sijaan ne kertovat aina aineiden käytämisestä.

Vuonna 2000 todetuista 170 tapauksessa olivat opiaatit löydöksenä 106 kertaa, seuraavaksi yleisempiä olivat amfetamiinit, 77 kertaa, kannabista todettiin 62 vainajassa ja kokaiinilöydöksiä oli yksi. Luvut osoittavat, että usein samasta vainajasta löydetään useita huumausaineita, tällaisia monen huumeen löydöksiä oli vuonna 2000 kaikkiaan kolmasosa tapauksista.

Määrällisesti eniten huumausainelöydöksiä todetaan helsinkiläisissä, mutta huumeet eivät ole enää vain pääkaupunkiseudun ongelma. Tapauksia tulee esiin koko maasta ja ajoittain paikallisia tihentymiä todetaan pienilläkin paikkakunnilla. Jos vuosien 1999 ja 2000 huumausainelöydökset suhteutetaan paikkakunnan väkilukuun ja jos esiintyvyyttä verrataan Helsinkiin, niin näin laskien Forssassa ongelma on ollut kolminkertainen, mutta Turussa, Jyväskylässä sekä Rovaniemellä samaa suuruusluokkaa kuin Helsingissä. Vastaavasti Vantaalla ja Espoossa esiintyvyys on ollut puolet ja Kuopiossa vain viidesosa.

Kuolemansyyn tutkimisen yhteydessä todettujen löydösten perusteella ei huumausaineen vaarallisuudesta voi tehdä suoria päätelmiä. Oikeuskemian tilastoissa korostuvat suonensisäisesti käytetyt huumausaineet ja sellaiset huumeet, joiden käyttöön liittyy äkkikuoleman vaara. Siten esim. ekstaasi on, ainakin takavarikkojen suuruuden perusteella arvioiden, maassamme yleisesti väärinkäytetty huumausaine. Se on kuitenkin ollut löydöksenä vuosina 2000 ja 2001 vain 8 ja 11 kertaa. Aineen suurimmat terveysvaarat liittyvätkin sen pitkäaikaisvaikutuksiin.

Heroiini

Heroiini oli Suomessa 1990-luvun puoliväliin saakka harvinainen löydös. Tapauksia oli vain muutama vuodessa ja esim. vuonna 1995 heroiniä todettiin vain yhdestä vainajasta. Vuonna 1996 tapauksia oli jo 9, seuraavana vuonna 15 ja esiintymisen maksimi saavutettiin vuonna 2000, jolloin todettiin 62 tapausta. Heroiinin esiintyminen noudatti tässä vaiheessa klassista epidemian kuvaa: ensin hidas ja sitten kiihtyvä kasvu.

Heroiiniin liittyvien erityisongelmien mukaisesti lähes kaikki tapaukset olivat samalla kuolemaan johtaneita myrkytyksiä. Uhrit olivat poikkeuksellisen nuoria, esim. vuonna 1999 50 tapauksesta yli puolet, 29 tapauksista, oli alle 25 vuotta vanhoja, nuorimmat heroiniin kuolleet olivat 16-vuotias tyttö ja 17-vuotias poika.

Vaikka heroinin esiintyvyys noudatti epidemian kuvaa, on sen loppuminen poikkeava. Vuosi 2001 alkoi heroinin osalta samanlaisena kuin edellinen vuosi oli ollut; kesällä tapauksia oli hieman vähemmän, mutta syyskuussa 2001 heroinilöydökset loppuivat yht’äkkisesti. Seuraava heroinimyrkytys todettiin Suomessa vasta vuoden kuluttua syyskuussa 2002. Samaan aikaan ei poliisilta saadun tiedon mukaan ollut heroiniä entiseen tapaan saatavilla ja tavattu heroini oli entistä laimeampaa. Vuonna 2001 heroinilöydösten määrä oli 30 ja vuonna 2002 tapauksia on toistaiseksi kirjautunut viisi, joista kahdessa oli kyse ulkomailla kuolleista suomalaisista.

Heroiniepidemia on siis, ainakin toistaiseksi, ohi. Sen aikana kuoli kaikkiaan 194 käyttäjää, joista suurin osa oli miehiä, naisten osuus oli alle 7 % tapauksista. Heroinikuolemien loppuminen ei merkitse sitä, että vaara olisi ohi ja käyttäjät osaisivat käyttää sitä tai olisivat tulleet immuuneiksi aineelle. Jos heroiniä on saatavilla, niin odotettavissa on väistämättä uusi epidemia.

Sentraaliset kipulääkkeet

Dekstropropoksifeeni ja tramadoli ovat molemmat opioideina ns. sentraalisia kipulääkkeitä. Ne vaikuttavat samojen keskushermostossa olevien reseptorijärjestelmien kautta kuin muutkin saman ryhmän lääkkeet kuten morfiini, kodeiini, buprenorfiini tai heroini. Dekstropropoksifeeni-valmisteita on pitkään yleisesti väärinkäytetty ja lääkeaine on useana vuonna aiheuttanut Suomessa eniten myrkytyskuolemia. Kuolemantapausten määrä oli 1990-luvun puolivälissä kolmena vuonna yli seitsemänkymmentä ja vuonna 1995 tapauksia oli peräti 77. Dekstropropoksifeenin myyntiin suhteutettu riskiluku vaihteli tällöin vuosittain 26 ja 40 välillä. Dekstropropoksifeeni-ongelmaan kiinnitettiin huomiota (Vuori ja Ojanperä, 1995) ja tapausten määrä kääntyi laskuun. Dekstropropoksifeenin myynti on nykyisin alle kolmasosa huippuvuosien myynnistä ja vastaavasti myös myrkytyskuolemien määrä on laskenut kolmasosaan entisestä.

Dekstropropoksifeeni on riippuvuutta aiheuttava lääkeaine ja se on yliannoksena kardiotoksinen yhdiste. Toksisuutta lisää samanaikainen alkoholin nauttiminen. Lisäksi yhdisteen pitkäikäinen ja siten elimistöön kumuloituva aineenvaihduntatuote on niin ikään toksinen. Väärinkäytön yhteydessä erityisen suuri kuoleman vaara liittyy meillä yleiseen dektopropoksifeenia sisältävään lääkevalmisteeseen, koska se on pitkävaikutteisessa retard-muodossa. Valmistella on pitkä viive ennen vaikutuksen ilmenemistä ja kärsimätön väärinkäyttäjä saattaa ottaa lisää lääkettä luulleessaan sitä tehottomaksi. Kun lääke lopulta alkaa vaikuttaa, imeytynyt lääkemäärä saattaa olla yllättävän korkea.

Tramadoli tuli Suomessa myyntiin vuonna 1995 ja samana vuonna todettiin ensimmäinen myrkytyskuolema. Myrkytyskuolemia on ollut tyypillisesti vain muutama vuodessa, vuonna 2000 tapauksia oli kuitenkin poikkeuksellisen paljon, yhteensä 12. Tramadolín myynti on kasvanut nopeasti samalla kun dektopropoksifeenin myynti on laskenut. Tramadoli ohittikin yleisyydessä kilpailijansa vuonna 1998. Nykyisin tramadolín myynti on samaa suuruusluokkaa, kuin dektopropoksifeenin myynti oli 1990-luvun puolivälissä. Alkuvuosien jälkeen tramadolín riskiluku on vaihdellut 1.4 ja 5.4 välillä, eli myyntiin suhteutettuna myrkytyskuolemia on ollut selkeästi vähemmän kuin dektopropoksifeenilla.

Tramadoli ja dektopropoksifeeni profiloituivat pitkään selvästi toisistaan eroavalla tavalla. Esim. vuonna 1999, jolloin tramadolín myynti oli kilpailijaansa verrattuna noin kaksi kertaa suurempi, todettiin tramadoli tärkeimpänä löydöksenä kahdessa myrkytyskuolemassa, kun samanaikaisesti dektopropoksifeenia oli 29:ssä tapauksessa. Samana vuonna tramadolia ja dektopropoksifeenia löytyi kaikissa oikeustoksikologisissa tutkimustapauksissa vastaavasti 68 ja 49 kertaa. Löydösten ikäjakautumat olivat toisistaan poikkeavat, tramadolia ei löytynyt yhdestäkään alle 20-vuotiaasta, alle 40-vuotiaita oli tapauksista kymmenesosa mutta yli seitse-

mänkymmenvuotiaita oli 35 %. Dekstropropoksifeenia löydettiin sen sijaan jo alle 20-vuotiaiden uhrien näytteistä, alle neljäkymmentä vuotta vanhoja oli 35 % tapauksista ja yli 70-vuotiaita oli vain 16 %. Kaikki tunnusluvut osoittivat tällöin, että tramadoliin ei liittynisi kovin suurta väärinkäytön potentiaalia.

Tilanne on kuitenkin nopeasti muuttunut. Ennakkotiedon mukaan vuonna 2002 tramadolimyrkytysten määrä kasvoi rajusti ja tapauksia on ainakin 25, kun edellisenä vuonna myrkytyksiä oli vain viisi. Tramadolimyrkytykset olivat vuonna 2002 jopa dektopropoksifeenimyrkytyksiä yleisempiä ja uhrien joukossa on aikaisempaan verrattuna useammin nuoria. Havainto viittaa voimakkaasti siihen, että väärinkäyttäjät ovat lopulta löytäneet tramadolín. Nähtäväksi jää jatkuuko käytön suosio. Jos näin käy, tästä on seurauksena kuolemantapausten määrän kasvu.

Buprenorfiinia käytetään sekä kipulääkkeenä että narkomaanien hoidossa. Sillä on myös selvää huumausainekäyttöä. Vaikka buprenorfiini eroaa farmakologisesti vaikutukseltaan eräissä suhteissa muista opioideista, on sillä ryhmään kuuluvana myös ryhmän yhteiset ongelmat. Buprenorfiinin käytön yleistymisen näkyy myös oikeuskemiallisten tutkimusten löydösten määrän lisääntymisenä: huumausainetapauksissa vuonna 2000 buprenorfiinia todettiin neljä kertaa, vuonna 2001 seitsemän kertaa ja vuonna 2002 tapauksia on jo raportoitu yli kaksikymmentä. Kuolemantapauksissa yleensä buprenorfiini on otettu pistämällä ja samanaikaisesti on nautittu myös alkoholia ja muita lääkeaineita, tavallisimmin bentsodiatsepiinejä. Nykyisin yleisin bentsodiatsepiini tässä yhteydessä on alpratsolaami, aikaisemmin se oli tematsepaami.

Mitä on tulossa?

Mikään maa, ei syrjäinen Suomikaan, ole enää turvassa huumarikollisuudelta; kysyntä luo tarjontaa ja tarjonta kysyntää. Suomi on maantieteellisen sijaintinsa vuoksi erikoisasemassa. Itärajamme tuntumassa on suurkaupunki, jonka asukasmäärä on samaa suuruusluokkaa kuin koko Suomen väkiluku. Venäjällä on tarjolla poikkeava huumevalikoima. Esim. fentanyylijohtannaisista 3-metyylifentanyyli (China White) on ollut koko 1990-luvun ajan poissa läntisiltä markkinoilta yhdisteen toksisuuden ja annostelun vaikeuden vuoksi. Pietarissa ja Moskovassa sitä sen sijaan on ollut saatavilla.

Keväällä 2001 Suomen tullit takavarikoi ensi kerran 3-metyylifentanyyliä sisältävän huumausaine-erän rajalta. Vuonna 2002 todettiin maassamme kolme kuolemantapausta, jotka kaikki tapahtuivat kyseisen huumeen suoneen pistämisen yhteydessä. On mahdollista, että Venäjältä voi tulla muitakin meille tuntemattomia fentanyylijohtannaisia markkinoille. Ryhmään kuuluvia yhdisteitä on selvästi tutkittu ja kokeiltu Venäjällä, koska mm. Venäjän terveysministerin mukaan terroristien tekemä Dubrovka-

teatterin kaappaus uskallettiin laukaista käyttäen tarkemmin määrittelämätöntä fentanyyli johdannaisista.

Aikaisemmin hyvin tunnetut ja tuttuina pidetyt huumausaineet voivat myös aiheuttaa yllätyksiä. Ekstaasin vaikutuksesta keskushermoston oma serotoniinivarasto käytetään kerralla. Tästä seuraa väistämättä käytön jälkeinen mielenmasennus. Internetissä julkaistujen ohjeiden mukaan tätä käytön aiheuttamaa ongelmaa voidaan estää ottamalla ekstaasin kanssa samanaikaisesti masennuksen hoitoon käytettyjä lääkkeitä. Näiden lääkkeiden joukossa on kuitenkin ekstaasin kanssa hengenvaarallisen yhteisvaikutuksen aiheuttava lääkeaine, moklobemidi, joka estää serotoniinin aineenvaihdunnan. Seurauksena on kuolemaan johtava ns. serotoniini-syndrooma, johon oireina kuuluvat mm. korkea ruumiinlämpö, lihasjäykkyys ja kouristelu. Suomessa todettiin neljä tällaista kuolemantapausta vuosina 2000 ja 2001 (Vuori ym., 2003).

Muista uusista huumausaineista oikeuskemiallisessa tutkimuksessa on todettu mm. gammahydroksibutyraattia, joka on aiheuttanut vuosina 2000 ja 2001 kumpanakin vuonna yhden kuolemantapauksen.

Kirjallisuus:

Poikolainen K, Leppänen K, Vuori E. Alcohol sales and fatal alcohol poisonings: a time-series analysis. *Addiction* 2002; 97:1037-1040.

Poikolainen K, Vuori E. Risk of fatal alcohol poisoning by marital and occupational status. *Alcohol & Alcoholism* 1985; 20:329-332.

Steentoft A, Teige B, Vuori E, Ceder G, Holmgren P, Kaa E, Kristinsson J, Normann PT, Pikkarainen J. Fatal intoxications in the Nordic countries. A forensic toxicological study with special reference to young drug addicts. *Z Rechtsmed* 1989; 102:355-365.

Steentoft A, Teige B, Holmgren P, Vuori E, Kristinsson J, Kaa E, Wethe G, Ceder G, Pikkarainen J, Simonsen KW. Drug addict deaths in the Nordic countries: a study based on medicolegally examined cases in the five Nordic countries in 1991. *Forensic Sci Int* 1996;77:109-118.

Steentoft A, Teige B, Ceder G, Vuori E, Kristinsson J, Simonsen KW, Holmgren P, Wethe G, Kaa E. Fatal poisonings in drug addicts in the Nordic countries. *Forensic Sci Int* 2001; 123:63-69.

Vuori E, Ojanperä I. Dekstropropoksifeenin aiheuttamat myrkytyskuolemat. *Suom Lääkäril* 1995:1988-1989.

Vuori E, Kivistö K, Pelander A, Pyötsiä J. Metanolimyrkytysten hoito ja metanolin aiheuttamat kuolemat. *Suom Lääkäril* 1997; 1529-1532.

Vuori E, Poikolainen K, Kontula O, Virtanen A. Suomalainen huumekuolema 1990-1996. *Suom Lääkäril* 2001:2635-2640.

Vuori E, Henry JA, Ojanperä I, Nieminen R, Savolainen T, Wahlsten P, Jäntti M. Death following ingestion of MDMA (ecstasy) and moclobemide. *Addiction* 2003;98:365-368.

Vuori E, Ojanperä I, Nokua J, Ojansivu R-L. Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat vuosina 2000 ja 2001. *Suom Lääkäril* 2003 (painossa).

**Alcohol and drug deaths
Erkki vuori**

Twenty years ago there were about 600 poisoning deaths annually in Finland, and barbiturates were the primary drugs. In recent years we have been having about 1100 fatalities per year with 400 alcohol poisonings, 450 drug poisonings and 150 carbon monoxide poisonings. A Western pattern has emerged: drugs of abuse and antidepressants are main drugs. Ethanol fatalities peak on weekends and on holidays such as May Day, Midsummer Day and during the Christmas season. A time-series analysis revealed a correlation between retail sales and number of fatalities, a 1 % increase in sales corresponds with a 0.4 % increase in deaths. The sex ratio of victims is changing: females now represent 23 % of cases whereas the previous ratio 10 years before was 15 %, and 20 years ago 11%. Methanol used to be a rare finding in toxicological analysis until 1995. Membership in the European Union has forced Finland to accept the sale of methanol containing products, which were not earlier on the market. A typical product group is windscreen-washing solutions. The maximum number of methanol fatalities was 46 cases in 2000. The high number of fatal methanol poisoning is not due to drinking of smuggled alcohol but to the consumption of chemicals used in automobile maintenance products. Propoxyphene, tramadol and buprenorphine are all centrally active, opioid-type analgesic drugs. In the mid-1990's, propoxyphene was the most important finding in fatal poisonings due to its widespread abuse. The present sales volume of propoxyphene is only one-third of what it was at that time and is reflected in a corresponding decline in the number of deaths. Tramadol has now replaced propoxyphene as the leading painkiller. Until 2002 only a few deaths were caused by tramadol and typically the victims were elderly individuals. In 2002, however, tramadol fatalities suddenly outnumbered those of propoxyphene and among the victims were several young people. This is a clear sign that abusers have finally found tramadol. In the past drugs of abuse were only seldom detected in forensic toxicological investigations. The rise in positive cases began in 1994 and peaked in 2000 when 170 cases were detected. A heroin epidemic started in 1996. Typically to the pattern seen in an epidemic, the rise was slow at first but then accelerated. In the worst year, 2000, we found a total of 62 heroin positive cases. The year 2001 started like the previous one, but was characterized by a total cessation in the number of cases in September 2001. The next fatal heroin poisoning was detected only after a period of one year. The pattern of drugs keeps changing: buprenorphine and ecstasy are more common findings now. The common border with Russia brings us drugs, that nowadays are not common in the Western World, like 3-methyl fentanyl, better known as 'China White'.

Mikko Salaspuro



Mitä on näyttöön perustuva hoito?

Tiivistelmä

Näyttöön perustuvalla hoidolla tarkoitetaan oman ammatillisen kokemuksen ja osaamisen yhdistämistä parhaaseen saatavissa olevaan tieteelliseen näyttöön. Hoitotavoitteen määrittäminen on hoitotyötä tekevän ensimmäinen tärkeä tehtävä. Koska päihderiippuvuus on vaikea ja monitahoinen sairaus, on myös hoitotavoitteen oltava realistinen ja usein porrasteinen. Hoitotavoitteen määrittämisessä tulee huomioida potilaan käyttämä päihde, päihderiippuvuuden kesto ja vaikeusaste, mahdolliset somaattiset tai psykiatriset liitännäissairaudet, sosiaaliset olosuhteet ja perhesuhteet.

Hoitopäätökset perustuvat tavallisesti oppikirjoihin, katsausartikkeleihin, kansainvälisten tutkijoiden esitelmiin tai arvostetun kollegan mielipiteeseen. Joskus yllämainituista lähteistä saatu tieto on oikea tai ainakin potilaalle vaaraton. Toisaalta on olemassa lukuisia esimerkkejä siitä, että yleisessä käytössä ollut hoitomuoto on tarkemmassa tutkimuksessa osoittautunut tehottomaksi, epätaloudelliseksi tai jopa vaaralliseksi. Yksittäisen tutkimuksen laadun arvioinnissa ja tuloksen tulokinnassa noudatetaan tiettyjä periaatteita, jotka jokaisen hoitotyötä tekevän ja hoitojen vaikuttavuutta tutkivan tulisi hallita. On syytä myös muistaa, että katsausartikkeleissa ja oppikirjoissa annetut hoito-ohjeet voivat olla epäluotettavia, virheellisiä tai vanhentuneita.

Tiettyjen termien ymmärtäminen on välttämätöntä sekä yksittäisen hoitotutkimuksen luotettavuuden että myös tehokkaaksi osoitetun hoitomuodon merkittävyyden arvioinnissa. Niin päihdehoidon kuin muidenkin sairauksien hoitojen kohdalla hoitotutkimukset on yleensä tehty jossain toisessa maassa, toisenlaisessa hoitojärjestelmässä, ja ehkä erilaisilla potilailla kuin mitä itse joutuu hoitamaan. Muualla saatu hoitotulos ei välttämättä aina ole sovellettavissa oman potilaan ongelmaan.

Henkilökohtaiset asenteet ja erilaiset arvomaailmat näyttelevät huomattavaa osaa erityisesti huumeriippuvuuden hoidossa. Monet ihmiset, jopa hoitotyötä tekevät, saattavat pitää korvaushoidossa olevaa opiaattiriip-

puvaista edelleenkin huumeiden orjana. Satunnainen retkahdus saattaa asenteellista syistä johtaa rankaisutoimenpiteisiin kuten hoitosuhteen katkaisemiseen. Toisaalta onnistunut väliaikainenkin irtautuminen tuhoavasta päihdekierteestä ja rikollisuudesta saattaa olla potilaalle ja hänen läheisilleen parasta, mitä heille on tapahtunut vuosikausiin. Kuuleminen kuuntelun sijasta ja avoin keskustelu ovat avainasemassa hoitotyötä tekevien, potilaan ja hänen läheistensä asenteiden ja arvomaailmojen yhteen sovittamisessa.

Päihderiippuvaiset ovat usein syrjäytyneitä kaikilla elämän alueilla niin henkisesti kuin sosiaalisestikin. Päihdehuollon alalla työskentelevien eettinen velvollisuus on pyrkiä hoitopäätöksiä tehdessään niin suureen objektiivisuuteen kuin on mahdollista. Mikäli jotain tietoa ei vielä ole saatavissa, viranomaisten eettinen velvollisuus on huolehtia tuon tiedon hankkimiseen tarvittavien resurssien järjestämisestä.

Johdanto

Näyttöön perustuvalla hoidolla tarkoitetaan oman ammatillisen kokemuksen ja osaamisen yhdistämistä parhaaseen saatavissa olevaan tutkimukselliseen näyttöön. Näiden kahden perusvaatimuksen suhteen päihderiippuvuuden näyttöön perustuva hoito ei eroa muiden sairauksien hoitomuodoista. Parasta tietoa etsitään systemaattisista katsauksista tai alkuperäistutkimuksista. Koska paras saatavilla oleva tieto ei läheskään aina ole löydettävissä satunnaistetuista tutkimuksista tai meta-analyyseista, myös muiden tutkimusten näytön arvoa joudutaan usein arvioimaan. Ensimmäinen satunnaistettu hoitotutkimus, joka koski influenssan hoitoa patuliini-penisilliinillä, tehtiin Englannissa 1940-luvun alussa. Viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana satunnaistettujen ja hyvin tehtyjen hoitotutkimusten määrä on ratkaisevasti lisääntynyt. Näiden tutkimusten perusteella joidenkin hoitomuotojen teho on tullut varmuudella toteen näytetyksi. Toisaalta jotkut toiset hoidot ovat osoittautuneet hyödyttömiksi tai jopa vaarallisiksi.

Päihderiippuvuuden hoitoa käsitteleviä tutkimuksia löytyy satoja. Hoitotyötä tekevän on käytännössä mahdotonta tutustua niihin kaikkiin tai edes uusimpiin. Toisaalta ilman koulutusta on vaikea arvioida käteen sattuneen uuden tai vanhan ja arvostetun hoitotutkimuksen luotettavuutta ja tieteellistä arvoa. Oppikirjoissa tai katsauksissa esitetyt hoito-ohjeet eivät välttämättä ole sen luotettavampia. Niissä esitetään harvoin viittauksia niihin dokumentteihin tai taustatietoihin, joihin kirjoittajan mielipiteet ja hoitosuosituks perustuvat. Omat tai omia käsityksiä ja kokemuksia tukevat tutkimukset ja asenteet saattavat olla ratkaisevampia kuin kriittinen ja systemaattinen katsaus alan koko kirjallisuuteen. Potilaan, hoitotyötä tekevän ja hoidon maksajan etu kuitenkin on, että hoitopäätökset perustuvat myös päihderiippuvaisten kohdalla mahdollisimman luotettavaan tieteelliseen näyttöön.

Suomalaisen päihdetutkimuksen ei suinkaan tarvitse hävetä osaamattomuuttaan näyttöön perustuvan hoitotieteen alalla. Ensimmäinen satunnaistettu, tutkijoiden suhteen sokkoutettu ja reaalimaailmassa toteutettu alkoholismien hoitoa käsittelevä tutkimus tehtiin Suomessa jo 1950-luvulla (Bruun ym., 1961). Tutkimuksen suunnittelusta vastasi silloisen Väki-juomakysymyksen Tutkimussäätiön uusi sihteeri valtiotieteen tohtori Kettil Bruun. Tuon tutkimuksen tasolle yltävää hoitotutkimusta ei ole päihdealalla sittemmin Suomessa tehty. Tähän päivään suhteutettuna vastaava tutkimus tulisi maksamaan ainakin miljoona euroa. Tutkimuksessa arvottiin 203 alkoholista hoitoon A-klinikalle ja 100 Hesperian sairaalaan. Lisäksi tutkimukseen otettiin mukaan 460 henkilön normaali-ryhmä. Tutkimus käynnistettiin vuonna 1956 ja seuranta kesti kolme vuotta. Jälkihaastatteluihin osallistuneiden 15 henkilön nimilista on vaikuttava: Kettil Bruun, Kauko Innanen, Eero Lähde, Reino Lönnblad, Heikki Meriluoto, Leo Mäkinen, Risto Mäkinen, Yrjö Orpana, Toivo Pöysä, Torsten Roos, Osmo Ruija, Poju Suurto, Eino Säisä, Eero Tuominen ja Arvo Ylipiessa. Tutkimuksen vaatimat korrelaatio- ja faktorianalyysit tehtiin IBM:n elektronisilla laskukoneilla Pariisissa ja Tukholmassa. Tutkimustulokset julkaistiin kirjana, jonka lopusta on aiheellista liittää kaksi kappaletta myös tähän katsaukseen. Onkohan mikään 50 vuoden kuluessa muuttunut?

”Nykyaikaisen alkoholistien hoidon tuloksia selvittelyä tutkimuksemme on näyttänyt miten saattaa käydä, kun uskoa ryhdytään osoittamaan oikeaksi. Tutkimuksemme alussa uskottiin sekä Väki-juomakysymyksen Tutkimussäätiön että A-klinikan piirissä A-klinikan hoitotoimien paremmuuteen. Tieteen tehtäväksi näytti jäävän vain tuon paremmuuden ristiriidaton todistaminen. Odotettiin vain tutkimuksen antamaa tulosta, joka kertoisi: kuinka paljon parempi A-klinikka on muita alkoholistien hoitojärjestelmiä. Näin uskottiin, mutta toisin kävi: A-klinikka ei ole parantanut sen useampia alkoholisteja kuin vertailukohteeksi otettu toinen hoitopaikka, Hesperian sairaalan poliklinikka paransi.”

Viimeisen kappaleen nimi on *”Väistymätön usko”*: *”Tutkimuksemme tulokset koskevat hoitoa vuosina 1956 - 1958. Näin ollen on varsin luonnollista, että A-klinikan ja Hesperian taholta tutkimuksen ennakkotuloksia esitellessä todettiin tutkimuksen selvittelyä menneitä asiain tilaa. Heidän käsityksensä mukaan tilanne on muuttunut - ja tietenkin paremmaksi. Olemme siis jälleen siinä, mistä aloitimme: usko sanoo uusien näkemysten ja toimien myötä alkoholistien hoidon tulosten parantuneen, mutta tosiasiallisista tuloksista emme tiedä mitään.”*

Hoitosuositukset

Kriittiseen arviointiin ja tieteelliseen näyttöön perustuvat hoitosuositukset ovat yleistymässä maailmanlaajuisesti. Muutaman vuoden kuluttua ne ovat tietokoneen napin painalluksella jokaisen hoitotyötä tekevän saatavissa.

Ne voivat estää epäeettisen, potilaan hoitoa tai tutkimusta koskevan päätöksen, ja niillä tulee olemaan keskeinen sija priorisointikeskustelussa. Toivottavasti myös tuomioistuimille ja Terveystieteiden oikeusturvakeskukselle laadituilta asiantuntijalausunnoilta tullaan mahdollisimman pian edellyttämään systemaattiseen kirjallisuushakuun perustuvaa rakennetta. Näin voidaan taata päihdeongelmalliselle ja häntä hoitavalle henkilölle tai yhteisölle paras mahdollinen oikeusturva.

Keskeistä hoitosuosituksen laatimisessa on kirjallisuushaku, joka pyritään ulottamaan myös julkaisemattomiin tutkimuksiin. Tärkein rooli on satunnaistetuilla tutkimuksilla, joissa toisiaan vastaavat potilasryhmät on arvottu joko hoito- tai vertailuryhmään. Mikäli satunnaistettuja hoitotutkimuksia ei löydy, voidaan totuutta pyrkiä etsimään myös heikompi- tasoista tutkimuksista. Jokaisen hoitotutkimuksen laatu tulee arvioida systemaattisesti. Puutteelliset tai valikoidulla potilasmateriaalilla tehdyt tutkimukset suljetaan lopullisesta tarkastelusta pois. Hoitosuositus perustuu taulukossa 1 esitettyyn näytön varmuusasteen arviointiin.

Koodi	Näytön aste	Selitys
A	Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset
B	Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelpollisia tutkimuksia
C	Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelpollinen tutkimus
D	Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tutkimukseen perustuvan näytön vaatimuksia

Taulukko 1. Tieteellisen näytön varmuusasteen arvioiminen

Esimerkiksi opiaattiriippuvuuden näyttöön perustuvasta hoidosta on äskettäin laadittu yllä mainittuun taulukkoon perustuva systemaattinen suomenkielinen katsaus (Salaspuro, 2002).

Hoitotavoite

Oikean ja realistisen hoitotavoitteen määrittämisen tulee näytellä keskeistä sijaa hoitosuosituksen laatimisessa, varsinkin päihteiden aiheuttamien sairauksien hoidossa. Päihderiippuvuus on huomattavasti monitahoisempi ongelma kuin vaikkapa keuhkokuume tai raajamurtuma. Niinpä myös hoitotavoitteen on oltava realistinen ja usein porrasteinen. Hoitotavoitteen määrittämisessä tulee huomioida potilaan käyttämä päihde, päihderiippuvuuden kesto, mahdolliset somaattiset tai psykiatriset liitännäissairaudet, sosiaaliset olosuhteet ja perhesuhteet. Realistinen hoitotavoite tulee suhteut-

taa hoidettavan riippuvuussairauden vaikeusasteeseen ja asiakkaan sen hetkiseen elämäntilanteeseensa seuraavien periaatteiden mukaan.

1. Täydellinen parantuminen on harvoin realistinen tavoite päihderiippuvuuden hoidossa, vaikka asiakkaan läheiset ja usein jopa hän itse saattaa niin aluksi esittää. Päihderiippuvuus on krooninen ja uusiutuva sairaus kuten diabetes tai verenpainetauti. Täydellinen parantuminen harvoin sopii päihderiippuvuuden tai minkään muunkaan kroonisen sairauden tulostittariksi.

2. Hillitsemättömän päihdekierteen katkaisu on katkaisu- ja vieroitushoidon tärkein tavoite. Hoidon tulostittarina voidaan tällöin pitää esimerkiksi asiakkaan hoidossa pysymistä tai asiakkaiden halukkuutta hoitoon hakeutumiseen.

3. Uusiutumisen ehkäiseminen on päihderiippuvuuden hoidossa realistinen hoitotavoite. Hoidon tulostittareita voivat tällöin olla esimerkiksi raittiin jakson kesto ongelmia aiheuttaneen pääpäihteen suhteen, retkahdusten kesto ja vaikeusaste, hoidossa pysyminen, irrottautuminen päihdekulttuurista tai laskusuunta positiivisten päihdetestien lukumäärässä.

4. Liitännäissairauksien ehkäisyllä pyritään vähentämään vakavien ja hoitokustannuksiltaan kalliiden sairauksien kuten esimerkiksi C-hepatiitin ja HIV:n leviämistä.

5. Tärkeitä ja inhimillisiä tavoitteita ovat rikollisuuden vähentäminen ja ihmisarvoisen elämisen mahdollisuuden tarjoaminen toivottomassa päihdekierteessä olevalle.

Parhaan näytön etsiminen

Hoitopäätökset perustuvat tavallisesti oppikirjoihin, katsausartikkeleihin, kansainvälisten tutkijoiden esitelmiin, arvostetun kollegan mielipiteeseen tai hoitotiimin yhteiseen päätökseen. Harvoin yllämainituista lähteistä kuitenkin käy ilmi esitettyjen hoito-ohjeiden hankintatapa kuten kirjallisuussinnän laajuus tai tiedon luotettavuuden arviointikriteerit. Joskus yllämainituista lähteistä saatu tieto on oikea tai ainakin potilaalle vaaraton. Toisaalta on olemassa lukuisia esimerkkejä siitä, että yleisessä käytössä ollut hoitomuoto on tarkemmassa tutkimuksessa osoittautunut tehottomaksi, epätaloudelliseksi tai jopa vaaralliseksi.

Yksittäisiä päihderiippuvuuksien hoitoa käsitteleviä tutkimuksia voi nykyään helposti hakea erilaisista tietokannoista, joista tärkeimpiä ja käytetyimpiä ovat PubMed ja Medline. Päihdeongelmien kohdalla nämä eivät kuitenkaan aina ole riittäviä, sillä osa alan julkaisuista löytyy spesifisemmistä tietokannoista kuten Alconline, PsycINFO, Social Sciences Index ja Sociological Abstracts. Perusteelliseenkin kirjallisuushakuun saattaa kuitenkin liittyä edustavuuden vääristymä, jota kutsutaan julkaisuharhaksi. Hoitotutkimuksista julkaistaan useimmiten ne, joissa todetaan merkitseviä eroja tutkittavien hoitomuotojen tai lääkkeiden välillä. Systemaattisia

kirjallisuuskatsauksia tekevät pyrkivät tästä johtuen kaivamaan myös julkaisemattomat tutkimustulokset esiin lääkefirmoista, väitöskirjoista tai suoraan kysymällä yksittäisiltä tutkijoilta ja tutkijaryhmiltä. Tietokantojen suuri puute on usein myös se, että sieltä on saatavissa tutkijan käyttöön vain lyhennelmä tai joskus pelkkä tutkimuksen nimi. Alkuperäisen artikkelin hankkiminen vie sekä aikaa että rahaa.

Tietoa etsivän tilannetta on viime vuosina pyritty parantamaan perustamalla uusia lehtiä, jotka keskittyvät luotettavan tiedon etsimiseen ja evaluamiseen tunnetuista ja hyvätasoisista julkaisusarjoista. Näihin lehtiin hyväksytään julkaistavaksi ainoastaan tutkimuksia, jotka täyttävät tietyt luotettavan tutkimuksen kriteerit. Lisäksi katsaukset pyritään julkaisemaan mahdollisimman helppolukuisessa muodossa, ja siten että lukija pystyy itse arvioimaan tutkimuksen luotettavuuden sekä sen soveltuvuuden hänen omaan potilaaseensa. Tällaisia lehtiä ovat esimerkiksi ACP Journal Club, joka kattaa lähinnä sisätautiopin kirjallisuuden sekä Evidence Based Medicine, jossa on mukana sisätautien lisäksi myös yleislääketiede, kirurgia, gynekologia, obstetriikka, psykiatria ja pediatria.

Systemaattisesti koottua ja osin jo järjestettyäkin tietoa voi etsiä myös Cochrane-tietokannasta, johon tutkijaryhmät keräävät systemaattisesti tietoa omilta aloiltaan. Cochrane-tietokannasta löytyy myös systemaattisia katsauksia (Cochrane Databases of Systematic Reviews). SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik) on Tukholmassa toimiva valtiollinen tutkimusyksikkö, joka on vuodesta 1987 lähtien valmistanut systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuvia lääketieteellisiä menetelmiä ja hoitoja koskevia suosituksia. Vuonna 1997 SBU asetti työryhmän valmistamaan alkoholi- ja huumeongelmien hoitoa koskevaa suositusta. Suosituksen perustan muodostaa alaa koskevien tutkimusten systemaattinen etsiminen ja arviointi sekä niistä saadun tiedon soveltaminen ruotsalaiseen päihdehoitojärjestelmään. Työryhmän tulokset on julkaistu 800 sivuisena ruotsinkielisenä kirjana, jonka englanninkielinen ja uusittu versio on painossa (www.sbu.se). Äskettäin on myös Australiassa laadittu tieteelliseen näyttöön perustuva kansallinen selvitys huumehoitojen vaikuttavuudesta (www.ancd.org.au).

Tiedon luotettavuuden arviointi

Yksittäisen tutkimuksen laadun arvioinnissa ja tuloksen tulkinnassa noudatetaan tiettyjä periaatteita, jotka jokaisen hoitotyötä tekevän olisi syytä tuntea ainakin pääpiirteissään. Jokaisen tutkijan on syytä ottaa nämä periaatteet huomioon jo tutkimussuunnitelmaa tehdessään. Parhaimmat julkaisusarjat eivät enää hyväksy julkaistavakseen hoitotutkimuksia, jotka eivät näitä periaatteita seuraa:

1. Satunnaistaminen. Tutkimuksen menetelmäosasta tulee käydä ilmi, oliko potilaat satunnaistettu (arvottu) kahteen tai useampaan erilaiseen hoitomuotoon, oliko satunnaistaminen salainen ja, miten arpominen oli toteutettu. Satunnaistaminen on ainoa keino taata, että tutkittavat ryhmät ovat erilaisten ennustekijöiden suhteen mahdollisimman paljon toistensa kaltaisia. Lisäksi satunnaistaminen takaa myös sen, että hoitava lääkäri ei voi tietoisesti eikä tiedostamattaan vaikuttaa hoitotulokseen esim. hoitamalla tiettyä potilasryhmää jollain muulla tavalla vähemmän tai enemmän intensiivisesti.

2. “Intention to treat analysis”. Parhaassa tapauksessa tutkimukseen mukaan otettujen henkilöiden lukumäärä on sama kuin lopullisissa tulostulosten analyysissä, joiden perusteella johtopäätökset on tehty. Tutkittavalla hoidolla voi kuitenkin olla epämiellyttäviä sivuvaikutuksia, jolloin huomattava osa tutkittavista keskeyttää hoidon. Jos näitä henkilöitä ei oteta mukaan tulosten arviointiin, hoito näyttää virheellisesti paremmalta kuin se onkaan. Hyvin tehdyssä tutkimuksessa oletetaan, että jokaisen tutkimuksesta poisjääneen hoitotulos on ollut huono (worst-case analysis). Mikäli poisjääneiden lukumäärä on yli 20 %, tutkimus harvoin kestää “worst-case” analyysia. Parhaimmissakin päihdehoitoa koskevissa tutkimuksissa mukana pysyneiden lukumäärä jää tavallisesti 70-80 %:n välille. “Intention to treat” analyysillä tarkoitetaan sitä, että potilaat analysoidaan niissä ryhmissä, mihin heidät alunperin arvottiin siitä riippumatta saivatko he tutkittavaa hoitoa vai eivät.

3. Sokkoutus on vähemmän tärkeä tutkimuksen laatukriteeri kuin satunnaistaminen tai “intention to treat” analyysi. Sokkoutuksen avulla pyritään pitämään sekä potilas että hoitaja tai mikäli tämä ei ole mahdollista ainakin hoitotuloksen mittaja tietämättömänä siitä, mitä hoitoa potilas on saanut.

4. Muu saatu hoito. Hyvässä tutkimuksessa pyritään potilaan saama muu kuin tutkittava/verrattava hoito standardoimaan mahdollisimman yhtäläiseksi kaikissa tutkittavissa ryhmissä.

5. Ryhmien vastaavuus. Satunnaistamisen toimivuus testataan vertaamalla tutkittavia ryhmiä toisiinsa erilaisten tulokseen mahdollisesti vaikuttavien sekoittavien tekijöiden kuten ikä, sukupuoli, sosiaaliluokka, muut sairaudet jne. mukaan.

Katsausartikkelin luotettavuuden arviointi

Katsausartikkeleissa annetut hoito-ohjeet voivat olla luotettavia, virheellisiä tai harhaanjohtavia. Lisäksi oppikirjoissa annetut ohjeet ovat usein vanhentuneita. Niinpä myös ne on osattava arvioida kriittisesti seuraavien periaatteiden mukaisesti:

1. Perustuuko katsausartikkeli satunnaistettuihin tutkimuksiin?

Luotettavin tieto on saatavissa satunnaistetuista tutkimuksista. Niinpä myös katsausartikkeli, joka perustuu ainoastaan satunnaistettuihin tutkimuksiin ja niistä tehtyihin meta-analyysihin antaa mahdollisimman luotettavan vastauksen esittämiimme kysymyksiin. Minimivaatimus on, että artikkelissa esitetään ainakin, mitkä hoitosuositukset perustuvat satunnaistettuihin tutkimuksiin ja mitkä eivät.

2. Menetelmäosan laatutaso? Hyvä katsausartikkeli sisältää menetelmäosan, jossa kuvataan kuinka ja, mistä lähteistä mukaan otetut hoitotutkimukset on etsitty ja kuinka niiden laatu on arvioitu. Parhaimmassa tapauksessa kirjoittajat ovat etsineet relevantteja hoitotutkimuksia laajemmin kuin pelkästään saatavilla olevista tietokannoista, esimerkiksi kirjeitse. Lisäksi menetelmäosasta tulee käydä ilmi ne kriteerit, joiden perusteella osa tutkimuksista on otettu mukaan ja osa hylätty. Parhaimmassa tapauksessa tutkimusten laadun on arvioinut toisistaan riippumatta kaksi tai useampi arvioijaa.

3. Tutkimustulosten toistettavuus? Parhaimmassa tapauksessa useimmat tai kaikki katsausartikkeliin mukaan otetut tutkimukset viittaavat samansuuntaiseen joko positiiviseen tai negatiiviseen hoitotulokseen. Mikäli hoitotutkimustulosten mahdollista heterogeenisyyttä ei voida selittää huomattavilla eroilla hoidon kestossa tai intensiteetissä tai tutkittujen potilasryhmien muissa ominaisuuksissa, laajojen yleisjohtopäätöksien tekeminen voi olla vaikeaa tai mahdotonta.

Tehokkaan hoidon merkittävyyden arviointi

Hoitotyötä tekevän kriittisen lukijan kuten myös tutkimusta suunnittelevan työtä helpottaa huomattavasti, mikäli hän opettelee tietyn tieteellisen perussanaston. Tiettyjen termien ymmärtäminen on välttämätöntä sekä yksittäisen hoitotutkimuksen luotettavuuden että myös tehokkaaksi osoitetun hoitomuodon merkittävyyden arvioinnissa.

1. Tyypin I tilastollisella virheellä tarkoitetaan väärää positiivista hoitotulosta eli hoito A näyttää tutkimuksen mukaan olevan parempi kuin hoito B, vaikka näin ei todella olekaan. P-arvo (alfa) kertoo riskin suuruuden saada väärä positiivinen tulos. Mikäli P on 0.05 tai sitä pienempi, riskin suuruus on 5 % tai sitä alhaisempi.

2. Tyypin II tilastollisella virheellä tarkoitetaan väärää negatiivista hoitotulosta eli hoito A ei tutkimuksen mukaan ole parempi kuin hoito B, vaikka se sitä itse asiassa onkin. Tämän virheen mahdollisuus liittyy tutkimuksiin, joissa hoidetut ryhmät ovat olleet liian pienet.

3. RRR (Relative Risk Reduction) eli suhteellinen riskin vähenemä. RRR lasketaan vähentämällä kontrolliryhmän riskiprosentista (riski% = mahdollisuus saada jokin taudin ilmentymä, jota hoidon odotetaan vähentävän) hoitoryhmän riskiprosentti ja jakamalla erotus kontrolliryhmän riskiprosentilla. Suhteellista riskin vähenemää käytetään paljon lääke-markkinoinnissa. RRR ei kuitenkaan erota suurta hyötyä pienestä hyödyistä eikä suurta riskiä pienestä riskistä päätyä huonoon hoitotulokseen.

4. ARR (Absolute Risk Reduction) tai ARI (Absolute Risk Increase) eli absoluuttinen riskin vähenemä tai kasvu. ARR ja ARI lasketaan vähentämällä kontrolliryhmän insidenssistä hoitoryhmän insidenssi. Insidenssillä voidaan tarkoittaa esimerkiksi taudin uusien ilmentymien/oireiden lukumäärää. ARR ja ARI ovat parempia kuin RRR, mutta yksittäisten sairauksien kohdalla niitä on vaikea muistaa.

5. RR (Relative Risk) eli suhteellinen riski. Kontrolliryhmän insidenssiprosentti jaetaan hoidetun ryhmän insidenssi prosentilla.

6. NNT (Number Needed to Treat) eli kuinka monta on hoidettava yhden tapauksen estämiseksi. NNT lasketaan jakamalla yksi AAR:lla (=1/AAR). NNT on erityisen hyvä preventiotutkimuksissa.

7. NNH (Number Needed to Harm) eli kuinka monta on hoidettava ennenkuin tulee yksi sivuvaikutus. NNH on yksi jaettuna sivuvaikutuksen yleisyysprosentilla (esim. 2 % = 1/2 % = 50 potilasta).

8. CI (Confidence Interval) on 95 %:n luottamusväli eli alue, jossa todellinen vaikutus näkyy 95 %:ssa tapauksista.

9. OR (Odds Ratio). OR on vedonlyöntisuhde, joka lasketaan kuten RR. Sitä käytetään, kun riskitapahtuman mahdollisuus on suhteellisen vähäinen. Tutkimuksen tulos on merkittävä, mikäli OR on 2-4 tai suurempi.

10. EF (Effect size). Hoidettujen keskimuutoksesta (m_2) vähennetään kontrollien keskimuutos (m_1) ja erotus jaetaan yhteisellä standardideviaatiolla (s). Kaikki vaikutukset sekä positiiviset että negatiiviset, jotka eroavat nolasta ovat merkitseviä. $EF < 0.2$ on yleensä merkityksetön, $0.2 - 0.5$ merkitsee heikkoa vaikutusta ja $0.51 - 0.8$ merkitsee keskisuurta vaikutusta. Mikäli EF on > 0.8 hoidon positiivinen vaikutus on suuri. Positiivinen tulos merkitsee, että tutkittava hoito on parempi kuin kontrolli tai vanha hoito, ja negatiivinen tulos merkitsee, että kontrolli tai vanha hoito on tehokkaampi kuin uusi.

Tärkeän ja luotettavan hoitotuloksen soveltaminen omaan potilaaseen

Niin päihdehoidon kuin muidenkin sairauksien hoitojen kohdalla hoitotutkimukset on yleensä tehty jossain toisessa maassa, mahdollisesti toisenlaisessa hoitojärjestelmässä ja ehkä erilaisilla potilailla kuin omani. Niinpä kriittinen hoitopäätöksiä tekevä joutuu jälleen uudenlaisten kysymysten eteen.

1. Eroaako potilaani sukupuolensa, sosiaalisen tilanteensa, ikänsä tai liitännäissairauksiensa tähden niin paljon hyvin tehdyssä tutkimuksessa mukana olleista potilaista, että hoitotulos ei ehkä ole suoraan sovellettavissa minun potilaaseeni. Negatiiviseen hoitopäätökseen voi yleensä päätyä vain, jos on täysin varma siitä, että oma potilas eroaa niin paljon tutkimuksessa mukana olleista, että päätöstä on mahdotonta tehdä. Joskus tutkimustulokset saattavat viitata siihen, että jokin erityinen alaryhmä saattaisi erityisesti hyötyä tietystä hoidosta. Yleensä kuitenkin alaryhmätulokset ovat epäluotettavia, sillä tutkimusryhmät jäävät liian pieniksi.

2. Henkilökohtaiset asenteet ja erilaiset arvomaailmat näyttelevät huomattavaa osaa erityisesti huumeriippuvuuden hoidossa. Monet ihmiset, jopa hoitotyötä tekevät, saattavat pitää korvaushoidossa olevaa opiaattiriippuvaista edelleenkin huumeiden orjana. Satunnainen retkahdus saattaa samoista asenteellista syistä johtaa rankaisutoimenpiteisiin eli hoitosuhteen katkaisemiseen. Toisaalta potilaalle ja hänen läheisilleen onnistunut väliaikainenkin irtautuminen tuhoavasta huumeikierteestä ja rikollisuudesta saattaa olla parasta, mitä heille on tapahtunut vuosikausiin. Kuuleminen kuuntelun sijasta ja avoin keskustelu ovat avainasemassa hoitotyötä tekevien sekä potilaan ja hänen läheistensä asenteiden ja arvomaailmojen yhteen sovittamisessa.

Lopuksi

Päihderiippuvaiset ovat syrjäytyneitä kaikilla elämän alueilla niin henkisesti kuin sosiaalisestikin. Päihdehuollon alalla työskentelevien eettinen velvollisuus on pyrkiä hoitopäätöksiä tehdessään niin suureen objektiivisuuteen kuin vain on mahdollista. Mikäli jotain tietoa ei vielä ole saatavissa, viranomaisten eettinen velvollisuus on huolehtia tuon tiedon hankkimiseen tarvittavien resurssien järjestämisestä.

Kirjallisuus:

Bruun, K., Markkanen, T., yhteistyössä Tuominen, E. Onko alkoholismi parannettavissa? Kokeellinen hoitotutkimus nykyaikaisen alkoholipoliklinikan hoitotuloksista. Väkiuomakysymyksen tutkimussäätiö, Uudenmaan Kirjapaino Oy 1961, s. 7-115.

Huupponen, R. Kliinisten lääketutkimusten tulosten arviointi. Suomalainen. Lääkärilehti 1995; 50: 885-6.

Keränen, T, Ylitalo, P. Kliinisten lääketutkimusten julkaisemisharha. Duodecim 1999; 115: 1828-1832.

Mäkelä, M., Kunnamo I. Näyttöön perustuvat hoitosuosituksat. Duodecim 1997; 113: 19-22.

Mäkelä, M., Varonen, H., Teperi J. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. Duodecim 1996; 112: 1999-2006.

Pentikäinen, P.J. Tehoavatko lääkkeet? - kontrolloituja lääketutkimuksia tarvitaan. Duodecim 1998; 317: 945-9.

Sackett, DL, Richardson, WS., Rosenberg, W., Haynes, RB. Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. Curchill Livingstone 1998.

Salaspuro, M. Opiaattiriippuvuuden näyttöön perustuva hoito ja lääkärin etiikka. Suomen Lääkärilehti 2002; 51-52: 5183-5189.

Salonen, J.T. Tutkimuksen toteutus ja analyysistrategiat. Duodecim 1988; 104: 54-61.

Uhari, M. Kliinisen kokeen periaatteet, suunnittelu ja toteuttaminen. Duodecim 1995; 111: 2844-2850. Käypä Hoito, Käsikirja hoitosuosistusten laadintaan, Duodecim 1998.



Evidence-based medicine

Mikko Salaspuro

Evidence-based medicine combines professional experience and knowledge with the best available scientific evidence. Since substance addiction is a serious and complicated disease, the treatment goal must be realistic and most often approached in stepwise fashion. When determining the treatment goal, one should take into account the substance being abused, the length and severity of the addiction, the somatic and psychiatric co-morbidity, the social circumstances and the family relations.

In general, decision making with regard to therapy is based on textbooks, review articles, international seminars or on the opinions of a senior colleague. Sometimes the knowledge obtained is right or at least safe to the patient. However, there are numerous examples in which a common treatment procedure has been later proven to be non-effective, uneconomic or even dangerous.

Understanding of terminology and methodology of a good clinical trial is essential in the assessment of the reliability and significance of a therapy that is claimed to be effective. Often the clinical trials have been carried out abroad, in different treatment organizations or with a different type of patients than our own. Therefore, it is always essential to consider whether the evidence obtained somewhere else is valid also in the treatment of my own patients.

Personal attitudes and values may play an essential role in the treatment of substance abuse. Many therapists may consider those patients in maintenance treatment still to be addicts. Then, because of the negative attitudes of the therapists towards addicts, occasional relapses may lead to penalties without any evidence of their effectiveness. Addicts are ignored in all areas of life both mentally and socially. The ethical duty of those in the health and social services working with addicts is to strive for objective and evidence-based decisions. If objective knowledge is not available, the ethical duty of administrators is to arrange resources to support the search for objective truth.

Ritva Hein & Lennart Wahlfors



Tilastotietoa alkoholista ja huumeista

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus STTV ja Tilastokeskus tuottavat ja julkaisevat tietoja alkoholijuomien ja huumausaineiden sekä päihtymistarkoituksiin käytettävien lääkeaineiden kulutuksesta ja käytöstä, päihteiden aiheuttamista sosiaalisista ja terveydellisistä haitoista sekä päihteiden käytön yhteiskunnalle aiheuttamista kustannuksista. Tietoja kerätään kaikkien päihdeasiakkaiden asioinneista sosiaali- ja terveydenhuollon päihdepalveluissa sekä erityiskysymyksenä päihdepalvelujen huumehoitoasiakkaista, päihteiden kysynnän ja tarjonnan vähentämistoimenpiteistä, alkoholijuomien saatavuudesta jakeluverkoston kehittämisen kannalta, alkoholijuomien tuotannosta ja kaupasta, alkoholiveroista ja -tuloista sekä alkoholin kauppaan liittyvistä valvontatoimenpiteistä.

Päihdetilastollinen vuosikirja

Päihdetilastollinen vuosikirja 2002, Alkoholista ja huumeista, SVT Sosiaaliturva 2002:3. Vuosikirja on kokoomajulkaisu alkoholista ja huumeista. Se on samalla käsikirja. Siinä julkaistaan vuosittain Suomen viralliset alkoholi- ja huume-tilastot. Sen alussa on lyhyt katsaus edellisen vuoden keskeisistä tapahtumista ja päihdeolojen kehityksestä, mikä auttaa lukijaa tilastojen tulokinnassa. Julkaisussa esitetään myös kansainvälisiä vertailuja. Se on kolmi-kielinen: suomi, ruotsi ja englanti. Vuosikirja sopii erinomaisesti käytettäväksi niin opetustyössä kuin päätöksenteossakin.

Taskumatti

Tiivis lyhennelmä Päihdetilastollisesta vuosikirjasta, Taskumatti, julkaistaan sähköisessä muodossa. Se on saatavissa osoitteesta Taskumatti: <http://info.stakes.fi/taskumatti2003-suomi.pdf>

Alkoholi ja huumeet alueittain

Aluekohtaista tilastoa, suuralueet, maakunnat, kunnat on kerätty Stakesin ja STTV:n toimesta tilastoraporttiin *Alkoholi ja huumeet alueittain 2000. Stakes, tilastoraportti 4/2002 (Ritva Hein, Paula Ruuth, Ari Virtanen ja Lennart Wahlfors)*.

Alkoholi- ja huumeolot

Katsaus Suomen alkoholi- ja huumeoloihin. *Alkoholi ja huumeet 2000, Stakes, tilastoraportti 4/2001 (Ritva Hein, Ari Virtanen toim.)*. Raportissa kerrotaan perustilastojen avulla alkoholin ja huumeiden kulutuksesta ja käytöstä sekä ongelmakäytöstä ja haitoista. Lisäksi raportti sisältää alkoholi- ja huumeekysymystä eri näkökulmista lähestyviä teema-artikkeleita, joissa alan asiantuntijat esittävät tulkintoja perustilastojen eräistä osaluista.

Pohjoismainen alkoholitilasto

Tietoja eri pohjoismaiden alkoholitilanteesta on saatavilla pohjoismaiden yhteistyönä toimittamasta raportista: Pohjoismainen alkoholitilasto. Raportti julkaistaan Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift -lehdessä. Lehden artikkelit voi selata sähköisesti osoitteessa: <http://www.stakes.fi/nat/nat01/nr.5/alkoholstatistik.htm> Suomenkielisenä pohjoismaiset tilastot julkaistaan sähköisesti osoitteessa: <http://www.stakes.info>

Huumausainetilanne Suomessa

Stakesissa toimiva huumausaineiden seurantakeskus tuottaa raportteja huumeista. Vuosittain ilmestyvä raportti on: *Huumausainetilanne Suomessa. Tilastoraportti 8/2001 (Ari Virtanen)*. Se kuvaa Suomen huumausainehallintoa, -lainsäädäntöä ja -politiikkaa, arvioi suomalaista huumausainetietojärjestelmää, kuvaa Suomen huumausainetilannetta vuosittain sekä esittelee huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan rajoittamisen toimia Suomessa. Raportin on koontanut Stakesiin sijoitettu kansallinen huumausaineiden seurantakeskus. Raportti on myös sähköisessä muodossa osoitteessa: <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Tilastoraportti8-2001Suo.pdf> Raportin englanninkielinen versio on: *National Report on the Drug Situation in Finland*.

Vuosiraportti Euroopan Unionin huumeongelmasta

Vuosiraportti 2001 Euroopan Unionin huumeongelmasta on EMCDD:n web-sivuilla <http://www.emcdda.org> kaikilla 11 EU-kielellä. Laajennettu englanninkielinen versio raportista tulee myös olemaan ladattavissa sivuilta. Linkkejä/lisätietoja: Reitox: <http://www.stakes.fi/reitox/fin> EMCDDA: <http://www.emcdda.org>

Selvitys amfetamiinien ja opiaattien käyttäjien määrästä

Selvitys amfetamiinien ja opiaattien käyttäjien määrästä pääkaupunkiseudulla ja koko maassa vuonna 1997 (Päivi Partanen, Aarne Kinnunen, Pauli Leinikki, Olli Nylander, Timo Seppälä, Jussi Simpura, Ari Virtanen, Jouni Välikki), Aiheita-sarja 19/1999. Stakes, Kansanterveyslaitos, Poliisi ja Jyväskylän yliopisto ovat tehneet yhteistutkimuksen, jossa arvioidaan 15-55-vuotiaiden joukossa kovien huumausaineiden (amfetamiinien ja opiaattien) käyttäjien määrää pääkaupunkiseudulla ja koko Suomessa vuonna 1997. Vuoden 1999 tilanteen pohjalta tehtyjä tilastollisia arvioita koskeva artikkeli on julkaistu Lääkärilehdessä 43/2001 (Partanen et al).

Päihdehuolto

Stakes kerää tietoja päihdehuollon erityispalveluista. Tiedot julkaistaan vuosittain ilmestyvässä tiedonantajapalautteessa. *Sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoito ja asumispalvelut - Anstaltsvård och boendetjänst inom socialvården - Institutional Care and Housing Services on Social Welfare 2001*. Stakes kerää osana EMCDDA:n koordinoimaa tiedonkeruuta tilastotietoja huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneista asiakkaista. Tiedot julkaistaan tiedonantajapalautteessa. *Päihdehuollon huumeasiakkaat vuonna 2001*.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2002, SVT Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2002:4 Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja on käsikirja, joka sisältää keskeiset tilastotiedot maamme sosiaali- ja terveyspalveluista, niiden tarjoajista, henkilöstöstä sekä kustannuksista. Lisäksi esitetään tietoja lisääntymisterveydestä, alkoholista ja huumeista sekä toimeentulotuesta. Tiedot esitetään pitkinä aikasarjoina. Vuosikirjan tiedot ovat pääosin valtakunnallisia, mutta myös maakuntakohtaisia lukuja esitetään. Tuoreimmat tiedot ovat vuodelta 2001. Vuosikirja sopii erinomaisesti käytettäväksi niin opetustyössä kuin päätöksenteossakin.

Taskutieto

Taskutieto 2003, Tilastotietoa sosiaali- ja terveydenhuollosta Stakesin taskutilasto Taskutieto sisältää keskeisiä tilastotietoja Suomen sosiaali- ja terveydenhuollosta. Tietoja on kerätty sekä Stakesin että muiden tiedontuottajien aineistoista. Kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisäksi tietoja on myös yksityisistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Internet: http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/askutieto_2003fin.pdf

Stakesin kuntatilasto

Stakesin kuntatilasto - janavertailu 2001. Raportti sisältää tilastotietoa kuntien elinoloista, taloudesta, sosiaali- ja terveystoimesta sekä päihdehuollosta. Tässä raportissa on kunnan tietoja verrattu koko maan lukuihin ja toisen valinnaisen kunnan tai maakunnan, sairaanhoitopiirin tai seutukunnan tietoihin. Vuoden 1999 kuntatilastosta on sähköisesti osoitteessa: <http://info.stakes.fi/kuntatilasto/>

Muita www-linkkejä alkoholista ja huumeista

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes on asiantuntijakeskus, jonka ydintoimintoja ovat tutkimus, kehittäminen ja tietovarannot. StakesTieto toimii sosiaali- ja terveydenhuollon tilastoviranomaisena sekä ylläpitää valtakunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon tilastoja ja rekistereitä tilasto- ja tutkimustarkoituksiin. Linkkejä/lisätietoja: <http://www.stakes.info/>

Stakesin alkoholi- ja huumetutkimusryhmä tuottaa tutkimustietoa alkoholista ja huumeista. Linkkejä/lisätietoja <http://www.stakes.fi/hyvinvointi/ahtu/index.html>

Stakesin Neuvoa-antavat -portaali

Stakesin ehkäisevän päihdetyön ryhmä ylläpitää *Neuvoa-antavat -portaalia*. Portaali sisältää monipuolista tietoa alkoholista ja huumeista. Sivuilla on myös tilastoja ja kuvia. Osoite: <http://www.fi/neuvoa-antavat/>

Tuotevalvontakeskuksen tietopalvelu

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskuksen toimialaan kuuluvat alkoholijuomat ja alkoholipitoiset aineet sekä tupakka ja kemikaalit. Viraston toiminta-ajatuksena on lupahallinnon ja elinkeinotoiminnan valvonnan sekä riskinarvioinnin keinoin ehkäistä näistä tuotteista ja niiden käytöstä aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja ja varmistaa niitä koskevien määräysten noudattaminen.

STTV kerää valvontatietoina alkoholijuomien toimitustiedot, elintarvikeliikkeiden ja Alkon alkoholimyynnit sekä anniskeluravintoloiden ravitsemismyynnit. Alkoholirekisterissä on lisäksi kattavat perustiedot alkoholi-alan toimijoista ja toimipaikoista. STTV julkaisee kotisivuillaan mm. kuukausittaiset alkoholijuomien myynti- ja kapasiteettitilastot. Linkkejä/lisätietoja: <http://www.sttv.fi/>

Tilastokeskuksen tietopalvelu

Tilastokeskus yhdistää kootut perustiedot ja asiantuntemuksen tilastoiksi ja tietopalveluiksi kansalaisten, julkishallinnon, elinkeinoelämän, kansainvälisten organisaatioiden ja tutkimustoiminnan tarpeita varten, toimii julkisen alan tilastotoimen kehittäjänä, kansakunnan muistina ja aktiivisena tiedon levittäjänä. Linkkejä/lisätietoja: <http://www.stat.fi/>



Statistics about alcohol and drugs

Ritva Hein & Lennart Wahlfors

Statistics about alcohol and drugs are gathered from data compiled by various authorities.

The Yearbook of Alcohol and Drug Statistics 2002 resulted from collaboration between the Stakes Information Unit at the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) and the National Product Control Agency for Welfare and Health (STTV). It contains information about the ill effects of intoxicants on health and society and the welfare of people abusing intoxicants. It also includes data on the abuse of narcotics and pharmaceuticals, and about the consumption, prices, production of and trade of alcoholic beverages. The information in the yearbook is presented as time series, with an in depth look given at the previous year's information in the tables and in overview.

The report on the drugs situation in 2001 is published by the National Drug Monitoring Centre of Finland (in STAKES) and complies with the guidelines for annual national reports given by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Similar reports are submitted by all 15 National Focal Points (NFPs) included in the REITOX network co-ordinated by the EMCDDA. The report includes four different approaches to drug issues: national drug strategies, the epidemiology of the drug situation, drug demand and supply reduction.

More information

<http://www.stakes.info>

<http://www.stakes.fi/reitox/fin>

<http://www.stakes.fi>

<http://www.sttv.fi>

<http://www.stat.fi>

EMCDDA: <http://www.emcdda.org>

Jukka Lindeman



Alkoholi- ja huumetutkimus Suomessa 2002

Alkoholipolitiikka-lehdessä julkaistiin vuoteen 1992 saakka luetteloa ”Alkoholikirjallisuus Suomessa”, joka perustui Alkon tietopalvelun kirjallisuuden seurantaan. Luettelo ilmestyi kahden vuosikymmenen ajan. Viime vuonna se ilmestyi kymmenen vuoden tauon jälkeen vuosikirjan edellisessä osassa.

Luetteloon on kerätty suomalaisten tutkijoiden vuonna 2002 julkaisemia tutkimusartikkeleita. Luettelo on ryhmitelty aihepiireittäin. Siksi sama artikkeli saattaa esiintyä luettelossa useampaan kertaan.

Luettelo on koottu seuraavista tietokannoista:

- Medic (<http://www.terkko.helsinki.fi/medic>)
- PubMed/MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>)
- ETOH (<http://etoh.niaaa.nih.gov>)
- Science Citation Index (<http://isi2.isiknowledge.com/portal.cgi/wos>)
- Social Sciences Citation Index (<http://isi2.isiknowledge.com/portal.cgi/wos>)
- PsycINFO (<http://www.apa.org/psycinfo>)

Lisäksi on tutkittu suomalaisten yliopistojen ja tutkimuslaitosten julkaisuluetteloita.

Täydennykset ja muut luetteloa koskevat huomautukset pyydetään osoittamaan *Jukka Lindemanille*, Kansanterveyslaitos, Kirjasto ja tietopalvelu. Mannerheimintie 166 00300 Helsinki. Sähköposti: jukka.lindeman@ktl.fi ja puh. 4744 8627.

Alcohol and drug studies in Finland: 2002

Jukka Lindeman

The former journal Alkoholipolitiikka, published the bibliography “Alcohol studies in Finland” between 1972 and 1992. Last year the bibliography was published first time after a gap of 10 years.

In this bibliography you will find the research articles by Finnish scientists published in 2002. The bibliography is structured into subject groups. That is why the same article can appear more than once in the bibliography.

The bibliography is gleaned from the following databases:

- Medic (<http://www.terkko.helsinki.fi/medic>)
- PubMed/MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>)
- ETOH (<http://etoh.niaaa.nih.gov>)
- Science Citation Index (<http://isi2.isiknowledge.com/portal.cgi/wos>)
- Social Sciences Citation Index (<http://isi2.isiknowledge.com/portal.cgi/wos>)
- PsycINFO (<http://www.apa.org/psycinfo>)

In addition, the publication catalogues of the Finnish universities and research institutes were checked.

Comments should be addressed to *Mr. Jukka Lindeman*, National Public Health Institute, Mannerheimintie 166, FIN-00300 Helsinki, Finland. Email: jukka.lindeman@ktl.fi, phone +358 9 4744 8627.

Alkoholi- ja päihdepolitiikka • Alcohol and drug policy

1. **Ahlström S, Metso L, Tuovinen EL.** ESPAD 1995 and 1999 Country Report Finland. (Themes). Helsinki: Stakes; 2001.
2. **Alavaikko M.** Nordic alcohol policies and the liberalisation of international trade. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2002;19(English Supplement):69-75.
3. **Allamani A, Cipriani F, Voller F, Rossi D, Anav S, Karlsson T, Österberg E. Italy.** In: **Österberg E, Karlsson T, editors.** Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.
4. **Britton A, Karlsson T, Österberg E.** The United Kingdom. In: **Österberg E, Karlsson T, editors.** Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.
5. **Eisenbach-Stangl I, Uhl A, Karlsson T, Österberg E. Austria.** In: **Österberg E, Karlsson T, editors.** Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.
6. Eurooppalainen alkoholipolitiikka: Suomen, EU:n ja WHO:n Euroopan aluetöimiston keskeiset alkoholipoliittiset asiakirjat. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. No 18). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2002.
7. **Gefou-Madianou D, Karlsson T, Österberg E. Greece.** In: **Österberg E, Karlsson T, editors.** Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.
8. **Hakala J.** Alkoholi, huumeet, tupakka ja kunnat. Helsingin Sanomat 2002 21.11.2002; Sect. A5.
9. **Hakkarainen P.** Tutkimustietoa suomalaisten huumeiden käytöstä. Haaste 2002;2(1):20-22.
10. **Hakkarainen P, Tigerstedt C.** Ristiriitojen huumeepolitiikka - huumeongelman normalisaatio Suomessa. In: **Heikkilä M, Kautto M, editors.** Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Stakes; 2002. p. 250-269.
11. **Hakkarainen P, Törrönen J.** Huumeet ja hyvinvointivalttiollisen kehityksen muutos lehtien pääkirjoituksissa. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(6):539-551.
12. **Hein R, Ruuth P, Virtanen A, Wahlfors L.** Alkoholi ja huumeet alueittain 2000. Helsinki: Stakes; 2002.
13. **Hein R, Wahlfors L.** Tilastotietoa alkoholista ja huumeista. In: **Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors.** Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeetutkimuksesta. Helsinki: Alkoholi- ja huumeetutkijoiden seura; 2002. p. 74-78.
14. **Heinonen J.** Myrskyjä viinalasissa. In: **Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors.** Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeetutkimuksesta. Helsinki: Alkoholi- ja huumeetutkijoiden seura; 2002. p. 38-49.
15. **Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K.** Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeetutkimuksesta. (Alkoholi- ja huumeetutkijain seuran vuosikirja / Yearbook of Finnish Alcohol and Drug Research). Helsinki: Alkoholi- ja huumeetutkijain seura; 2002.
16. **Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A.** Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2002. (Publications of National Public Health Institute, Series B 12). Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2002.
17. **Holmila M.** Kraven på evidens. NAT 2002;18(5-6):425-426.
18. **Hope A, Byrne S, Karlsson T, Österberg E.** Ireland. In: **Österberg E, Karlsson T, editors.** Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.
19. **Horverak Ø, Österberg E.** Utviklingen i avgifter og priser på alkoholdrikker i Norden på 1990-talet. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(2):91-105.
20. **Jallinoja P, Helakorpi S, Uutela A.** Suomalaisen aikuisväestön kontaktit huumeisiin ja mielipiteet huumeista vuonna 2001 = Contact with and attitudes towards illicit drugs in the Finnish adult population, 2001. (Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. B. No 2). Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2002.
21. **Juntunen J.** Mikä vikana alkoholipolitiikassa? Tabu 2002;10(3):10-11.
22. **Kainulainen H.** Vaihtoehtoja huumeiden käyttäjien rankaisemiselle. Tiimi 2002(6).

23. **Karhu P.** Alkoholihallinnosta. In: Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors. Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeututkimuksesta. Helsinki: Alkoholi- ja huumeututkijoiden seura; 2002. p. 26-37.

24. **Kärkkäinen E.** Laiton lääkekauppa pientä puuhastelua. Suomen apteekkarilehti - Finlands apotekartidning : Apteekkari 2002;91(10):24-27.

25. **Karlsson T.** Nationella regelverk och övertramp. Alkohol & Narkotika 2001;95(3):20-23.

26. **Karlsson T.** Onks tietoo? -arviointi. Promo 2001(3):35.

27. **Karlsson T, Simpura J.** Changes in living conditions and their links to alcohol consumption and drinking patterns in 16 European countries, 1950 to 2000. NAT 2001;18(English supplement):82-99.

28. **Karlsson T, Törrönen J.** Alkoholpreventionens rationalitet ur de lokala myndigheternas perspektiv. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(5-6):347-363.

29. **Karlsson T, Österberg E.** Alkoholipolitiikka samankaltaistuu EU-maissa. Dialogi 2001;11(6):16-19.

30. **Karlsson T, Österberg E.** Belgium. In: Österberg E, Karlsson T, editors. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

31. **Karlsson T, Österberg E.** Denmark. In: Österberg E, Karlsson T, editors. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

32. **Karlsson T, Österberg E.** Finland. In: Österberg E, Karlsson T, editors. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

33. **Karlsson T, Österberg E.** France. In: Österberg E, Karlsson T, editors. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

34. **Karlsson T, Österberg E.** Luxembourg. In: Österberg E, Karlsson T, editors. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

35. **Karlsson T, Österberg E.** The Netherlands. In: Österberg E, Karlsson T, editors. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

36. **Karlsson T, Österberg E.** Norway. In: Österberg E, Karlsson T, editors. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

37. **Karlsson T, Österberg E.** Portugal. In: Österberg E, Karlsson T, editors. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

38. **Karlsson T, Österberg E.** A scale of formal alcohol control policy in 15 European countries. NAT 2001;18(English supplement):117-131.

39. **Karlsson T, Österberg E.** Spain. In: Österberg E, Karlsson T, editors. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

40. **Karlsson T, Österberg E.** Sweden. In: Österberg E, Karlsson T, editors. Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

41. **Kaukonen O.** Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus; 2002.

42. **Kiianmaa K.** Kasvava alkoholinkulutus uhka kansanterveydelle. Helsingin Sanomat 2002(16.3.): Sect. A4.

43. **Kinnunen A.** The criminal career and socio-economic status of drug offenders. (OPTL:n julkaisuja 185/2002). Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos; 2002.

44. **Konkka J.** Päihdeongelma - tutkimuksen ongelmat ja inhimillinen ymmärrys. Tiimi 2002(1).

45. **Korander T.** Poliisihenkilöstön näkökulma rikosentorjuntaprojektiin. In: **Korander T, Soine-Rajanummi S, editors.** Kahdeksalta Koskarille - samantien sakot. Tampereen nollatoleranssikokeilu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. Espoo: Poliisiammattikorkeakoulu; 2002. p. 212-279.

46. **Korander T.** Rikostilastoanalyysi. In: **Korander T, Soine-Rajanummi S, editors.** Kahdeksalta Koskarille - samantien sakot. Tampereen nollatoleranssikokeilu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. Espoo: Poliisiammattikorkeakoulu; 2002. p. 280-320.

47. **Korander T, Laapio M-L, Soine-Rajanummi S.** Nollatoleranssin, ”Viideltä saunaan ja kuudelta putkaan” -hankkeen ja monitahoarvioinnin perusteet. In: **Korander T, Soine-Rajanummi S, editors.** Kahdeksalta Koskarille - samantien sakot. Tampereen nollatoleranssikokeilu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. Espoo: Poliisiammattikorkeakoulu; 2002. p. 21-59.

48. **Korander T, Soine-Rajanummi S, editors.** Kahdeksalta Koskarille - samantien sakot. Tampereen nollatoleranssikokeilu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. Espoo: Poliisiammattikorkeakoulu; 2002.

49. **Korander T, Soine-Rajanummi S, Sainio M.** Kansalaisnäkökulmat. In: **Korander T, Soine-Rajanummi S, editors.** Kahdeksalta Koskarille - samantien sakot. Tampereen nollatoleranssikokeilu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. Espoo: Poliisiammattikorkeakoulu; 2002. p. 81-169.

50. **Kraus L, Kümmler P, Junger S, Karlsson T, Österberg E.** Germany. In: **Österberg E, Karlsson T, editors.** Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

51. **Lagerspetz M.** Utvecklingen av drogpolitiken i det åter självständiga Estland. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(5-6):398-410.

52. **Lagerspetz M, Allaste A-A.** The development of drug policy in Estonia. (Estonian Human Development Report.) Tallinn: Pedagogical Institute; 2002.

53. **Lamberg M, editor.** Huuhausainetestien käyttöä selvittäneen työryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2002.

54. **Launis V, Wennberg M.** Drogpolitikens moraliska paradox. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(4):262-270.

55. **Launis V, Wennberg M.** Onko huumeiden virkistyskäyttö moraalisesti väärin? Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(6):570-577.

56. **Leifman H, Österberg E, Ramstedt M.** Alcohol in Postwar Europe, ECAS II. A discussion of indicators on alcohol consumption and alcohol-related problems. Stockholm: National Institute of Public Health; 2002.

57. **Leppänen K, Sullström R, Suoniemi I.** The consumption of alcohol in fourteen European countries. A comparative econometric analysis. Helsinki: Stakes; 2001.

58. **Leppänen K, Sullström R, Suoniemi I.** Effects of economic factors on alcohol consumption in 14 European countries. NAT 2001;18(English supplement):100-116.

59. **Leppänen K, Österberg E.** Alkoholin kulutuksen joustot ja kulutusennuste vuosille 2002-2004. (Aiheita. No 23). Helsinki: Stakes; 2002.

60. **Lindeman J.** Alkoholi- ja huumeututkimus Suomessa 2001: bibliografia. In: **Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors.** Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeututkimuksesta. Helsinki: Alkoholi- ja huumeututkijoiden seura; 2002. p. 79-96.

61. **Mäkelä P.** Whose drinking does the liberalization of alcohol policy increase. Change in alcohol consumption by the initial level in the Finnish panel survey in 1968 and 1969. Addiction 2002;97:701-706.

62. **Mäkelä P.** Who started to drink more? A reanalysis of the change resulting from a new alcohol law in Finland in 1969. In: **Room R, editor.** The effects of Nordic alcohol policies: What happens to drinking and harm when alcohol controls change. (Nad Publication No 42) Helsinki; 2002. p. 71-82.

63. **Mäkelä P, Holmila M, Kaukonen O.** Päihteet ja päihdepolitiikka. In: **Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, et al., editors.** Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki; 2002. p. 83-100.

64. **Mäkelä P, Rossow I, Tryggvesson K.** Who drinks more and less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. In: **Room R, editor.** The effects of Nordic alcohol policies: What happens to drinking and harm when alcohol controls change. (NAD publikation 42). Helsinki; 2002. p. 17-70.

65. **Mäki M.** Löyhä alkoholipolitiikka vie harhaan. Helsingin Sanomat 2002 25.11.2002;Sect. A5.

66. **Mustonen H, Sund R.** Changes in the characteristics of drinking occasions resulting from liberalization of alcohol availability: A reanalysis of the 1968 and 1969 Finnish panel survey data. NAD publikation 2002;42:83-94.

67. **Näre S.** Kirje vankilaan, erilaisten aistijoiden siirtolaan. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(6):604-605.

68. **Niilola K.** Ravintolaelinkeinon suhtautuminen alkoholipoliittisiin toimenpiteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002:1). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2002.

69. **Nuorvala Y.** Päihdehuollon tutkimuksellisia ongelmia. Dialogi 2002; (5):37.

70. **Nuorvala Y.** Päihdepalvelut. In: **Heikkilä M, Parpo A, editors.** Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Helsinki: Stakes; 2002. p. 129-141.

71. **Paaso K, Tigerstedt C, Österberg E, editors.** I kläm mellan handel och hälsa. Nordisk alkoholpolitik i en global värld. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2002.

72. **Poikolainen K.** SBU ei onnistunut selkiyttämään päihdeongelmien hoitoa. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67:496-497.

73. **Poikolainen K.** SBU lyckades inte bringa reda i missbrukarvården. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19:224-225.

74. Päihdepalvelujen laatusuosituksset. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2002.

75. Päihdetilastollinen vuosikirja 2002, Alkoholit ja huumeet. Rusmedelsstatistik årsbok 2002, Alkohol och narkotika. Yearbook of Alcohol and Drug Statistics 2002. (SVT; Sosiaaliturva 2002:3). Helsinki: Stakes; 2002.

76. **Päivärinta M.** Alko, vastuullista alkoholikauppaa. In: **Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors.** Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeetutkimuksesta. Helsinki: Alkoholit ja huumeetutkijoiden seura; 2002. p. 50-52.

77. **Roine R, Raitasalo K.** Alkoholit ja huumeetutkijain seura. In: **Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors.** Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeetutkimuksesta. Helsinki: Alkoholit ja huumeetutkijoiden seura; 2002. p. 5.

78. **Romppanen P.** Miten kunnat jäsensävät päihdetyön strategioissaan? Tiimi 2002(3-4).

79. **Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Mäkelä K, Marshall M, Medina-Mora ME, Monteiro M, Parry C, Partanen J, Riley L, Saxena S.** Alcohol in developing societies: a public health approach. (Finnish Foundation for Alcohol Studies). Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies in collaboration with World Health Organization; 2002.

80. **Room R, Romelsjö A, Mäkelä P.** Conclusion. Impacts of alcohol policy: the Nordic experience. In: **Room R, editor.** The effects of Nordic alcohol policies: What happens to drinking and harm when alcohol controls change. (NAD publikation 42). Helsinki; 2002. p. 167-174.

81. **Salaspuro M.** Rikos ja rangaistus. Duodecim 2002;118(3):275-6.

82. **Salasuo M.** Mihin pilvi katosi? Huumeaallon taittuminen 1970-luvulla. In: **Onnela T, editor.** Pyhä huumesota. Huumeepolitiikan pelkoja ja utopioita. Helsinki: Visio; 2001. p. 179-198.

83. **Salo M, Ruotsalainen J, Österberg E.** Alkoholien hinnat Suomessa ja Pohjois-Saksassa. Alkoholiliuomien vähittäishintojen seurantahankkeen raportti. Helsinki: Alko; 2002.

84. **Seppälä S.** Alko - kenkämerkistä viinayhtiöksi. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(2):182-183.

85. **Simpura J.** Mitä melkoisempia viinavuosia: pieni vuosikatsaus. In: **Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors.** Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeetutkimuksesta. Helsinki: Alkoholit ja huumeetutkijoiden seura; 2002. p. 11-15.

86. **Simpura J, Karlsson T.** Trends in drinking patterns in fifteen European countries, 1950 to 2000: A collection of country reports. Helsinki: Stakes; 2001

87. **Simpura J, Karlsson T.** Trend in drinking patterns among adult population in 15 European countries, 1950 to 2000: a review. NAT 2001;18(English supplement):31-53.

88. **Soine-Rajanummi S, Korander T.** Viideltä saunaan ja kuudelta putkaan -hanke julkisena tarinana - median näkökulma. In: **Korander T, Soine-Rajanummi S, editors.** Kahdeksalta Koskarille - samantien sakot. Tampereen nollatoleranssikokeilu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. (Poliisiammattikorkeakoulun tutkimuksia 13). Espoo: Poliisiammattikorkeakoulu; 2002. p. 60-80.

89. **Stenius K, Österberg E.** Alkoholipolitiik inför år 2004. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(1):76-82.

90. **Sulkunen P.** Debatt: Alkoholipolitik: Vad får staten göra. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(1):42-44.

91. **Suojasalmi J.** Alkoholipolitiikka osana sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. In: **Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors.** Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeetutkimuksesta. Helsinki: Alkoholit ja huumeetutkijoiden seura; 2002. p. 6-10.

92. **Tigerstedt C.** Kansanterveys, Kettil Bruun ja pohjoismaisuus. Janus 2001;9(2):154-159.

93. **Tigerstedt C.** En lans för upplösningen. NAT 2001;18(5-6):495-498.

94. **Tigerstedt C.** Måste alkoholpolitiken omdefinieras? In: **Paaso K, Tigerstedt C, Österberg E, editors.** I kläm mellan handel och hälsa. Nordisk alkoholpolitik i en global värld. Helsinki: Social- och hälsovårdsministeriet; 2002.

95. **Tigerstedt C.** Orientering i den finska alkoholpolitiska snårskogen. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(3):226-228.

96. **Tigerstedt C.** Pikasuunnistus Suomen alkoholipoliittisen suunnittelun ryteikköön. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(5):490-492.

97. **Tigerstedt C.** Ändrade villkor för alkoholpolitik. Alkohol & narkotika 2001;95(4):26-29.

98. **Tigerstedt C, Järvinen S, Simpura J.** Narkotikaproblemet i de baltiska länderna och St. Petersburg. In: **Kouvonen P, Rosenqvist P, Skretting A, editors.** Bruk, missbruk, marknad och reaktioner. Narkotika in Norden 1995-2000. (NAD-publikation 41). Helsinki: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning; 2001. p. 145-152.

99. **Törrönen J.** Alkoholipolitiik positionering inom pressen åren 1993-2000. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(1):5-23.

100. **Törrönen J.** Lehdistön alkoholipoliittinen asemoituminen vuosina 1993-2000. Yhteiskuntapolitiikka 2001;66(5):415-431.

101. **Törrönen J.** Lehdistön huumeepoliittinen asemoituminen vuosina 1993-2000. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(6):523-538.

102. **Törrönen J.** Nollatoleranssi, media ja paikallisyhteisöllisyys. Tiedotustutkimus 2002(3):32-49.

103. **Törrönen J.** Semiotic theory on qualitative interviewing with stimulus texts. Qualitative Research 2002;2(3):343-362.

104. **Viglione P, Saarto A.** Kohti monen polun alkoholipolitiikkaa : Alkoholipolitiikka 2000 -työryhmän loppuraportti. (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita. No 6). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2002.

105. **Virtanen A.** National report on the drugs situation in Finland 2001. (Statistical report 7/2001). Helsinki: Stakes; 2002.

106. **Virtanen M.** Turistiviinan vaihtoehdot. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(3):197-198.

107. **Virtanen M.** Huumeepolitiikan hauras kompromissi. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(6):511-512.

108. **Warpenius K.** Från projektkaos till flexibla nätverk - en framtidsutopi? Hur ett riksomfattande nätverk av kommunala professionella i missbruksprevention kan byggas upp. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(4):273-282.

109. **Warpenius K.** Kuka ottaisi vastuun? Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston perustamisen arviointi. Helsinki: Stakes; 2002.

110. **Warsell L.** Olisi jo aika päästä yhtenäiseen päihdepolitiikkaan. Helsingin Sanomat 2002(9.12.2002):A5.

111. **Warsell L.** In the middle of nowhere? Kommunen i centrum av alkohol- och drogpolitiken. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(4):283-285.

112. **Österberg E.** Effects of price and taxation. In: **Heather N, Peters TJ, Stockwell T, editors.** International handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: Wiley; 2001. p. 685-698.

113. **Österberg E.** Onko vuosi 2004 kohtalokas alkoholiverollemme? Yhteiskuntapolitiikka 2002; 67(3):234-244.

114. **Österberg E.** Is EU accession always healthy? Implications of EU accession for alcohol policy in Finland. Eurohealth 2002;8(Special Issue):29-30.

115. **Österberg E.** Nya rekord att vänta i finländarnas alkoholkonsumtion. Offensivbladet 2002;5:6.

116. **Österberg E.** Rajaton Eurooppa - veroton alkoholi. In: Yhteistyötä ja vastuuta. IX Valtakunnalliset Päihdepäivät. Helsinki; 2002. p. 27-28.

117. **Österberg E.** Tutkimustulosten väristelyä. Uutispäivä Demari 2002 3.7.

118. **Österberg E.** Vallitseva alkoholipolitiikka hyväksytään pääosin. Korkki. Alkon henkilöstölehti 2002;6(2):10-11.

119. **Österberg E.** Vallitsevalla alkoholipolitiikalla väestön tuki. Korkki. Alkon henkilöstölehti 2001(3):4-5.

120. **Österberg E.** Vallitsevalla alkoholipolitiikalla väestön tuki. In: **Hein R, Virtanen A, editors.** Alkoholit ja huumeet 2000. (Tilastoraportti - Statistikrapport - Statistical Report). Helsinki: STAKES; 2001. p. 21-24.

121. **Österberg E.** Är år 2004 ett ödesdigert år för de nordiska alkoholskatterna? In: **Paaso K, Tigerstedt C, Österberg E, editors.** I kläm mellan handel och hälsa. Nordisk alkoholpolitik i en global värld. Helsinki: Social- och hälsovårdsministeriet; 2002. p. 42-52.

122. **Österberg E, Karlsson T.** Alcohol policies in EU member states. The Globe 2002(1):12-13.

123. **Österberg E, Karlsson T, editors.** Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

124. **Österberg E, Karlsson T.** Alcohol policies in EU Member States and Norway in the second half of the twentieth century. In: **Österberg E, Karlsson T, editors.** Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.

125. **Österberg E, Karlsson T.** Alcohol policies at the EU level. In: **Österberg E, Karlsson T, editors.** Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.
126. **Österberg E, Karlsson T.** Políticas sobre el alcohol en los países miembros de la Union Europea y Noruega, 1950-2000. *Addicciones* 2002;14(2):239-258.
127. **Österberg E, Karlsson T.** Studying alcohol policies in national and historical perspectives. In: **Österberg E, Karlsson T, editors.** Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports. Helsinki: Stakes; 2002.
128. **Österberg E, Karlsson T.** Alcohol policies in the ECAS countries, 1950- 2000. In: **Norström T, editor.** Alcohol in Postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 2002. p. 11-48.

Alkoholismi • Alcoholism

129. **Laakso MP, Gunning-Dixon F, Vaurio O, Repo-Tiihonen E, Soininen H, Tiihonen J.** Pre-frontal volumes in habitually violent subjects with antisocial personality disorder and type 2 alcoholism. *Psychiatry Res* 2002;114(2):95-102.
130. **Saito T, Lachman HM, Diaz L, Hallikainen T, Kauhanen J, Salonen JT, Ryyänänen OP, Karvonen MK, Syvälahti E, Pohjalainen T, Hietala J, Tiihonen J.** Analysis of monoamine oxidase A (MAOA) promoter polymorphism in Finnish male alcoholics. *Psychiatry Res* 2002;109(2):113-9.
131. **Swendsen JD, Conway KP, Rounsaville BJ, Merikangas KR.** Are personality traits familial risk factors for substance use disorders? Results of a controlled family study. *Am J Psychiatry* 2002;159(10):1760-6.
132. **Timonen M, Miettunen J, Hakko H, Zitting P, Veijola J, von Wendt L, Räsänen P.** The association of preceding traumatic brain injury with mental disorders, alcoholism and criminality: the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Psychiatry Res* 2002;113(3):217-26.

Biolääketieteellinen alkoholi- ja huumetutkimus • Biomedical alcohol and drug research

133. **Alho H, Methuen T, Paloheimo M, Strid N, Seppä K, Tiainen J, Salaspuro M, Roine R.** Long-term effects of and physiological responses to nitrous oxide gas treatment during alcohol withdrawal: a double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(12):1816-22.
134. **Bots ML, Salonen JT, Elwood PC, Nikitin Y, Freire de Concalves A, Inzitari D, Sivenius J, Trichopoulou A, Tuomilehto J, Koudstaal PJ, Grobbee DE.** Gamma-glutamyltransferase and risk of stroke: the EUROSTROKE project. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(Suppl 1):i25-9.
135. **Halsted CH, Villanueva JA, Devlin AM, Niemelä O, Parkkila S, Garrow TA, Wallock LM, Shigenaga M, Melnyk S, James SJ.** Folate deficiency disturbs hepatic methionine metabolism and promotes liver injury in the ethanol-fed micropig. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002;99:10072-10077m.
136. **Heikius B, Niemelä O, Niemelä S, Karttunen T, Lehtola J.** Elevated serum PIIINP and laminin in bowel disease indicate hepatobiliary and pancreatic dysfunction. *Hepatogastroenterology* 2002;49:404-411.
137. **Heinz A, Jones DW, Bissette G, Hommer D, Ragan P, Knable M, Wellek S, Linnoila M, Weinberger DR.** Relationship between cortisol and serotonin metabolites and transporters in alcoholism. *Pharmacopsychiatry* 2002;35(4):127-34.
138. **Helander A, Eriksson CJ.** Laboratory tests for acute alcohol consumption: results of the WHO/ ISBRA Study on State and Trait Markers of Alcohol Use and Dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:1070-1077.
139. **Hillbom M.** Conflict of interest and the credibility of nicotine and tobacco research - Pattern of alcohol drinking and stroke: a comment on Mazzaglia et al. *Addiction* 2002;97(1):102-103.
140. **Jänkälä H, Eriksson CJ, Eklund KK, Härkönen M, Mäki T.** Combined calcium carbimide and ethanol treatment induces high blood acetaldehyde levels, myocardial apoptosis and altered expression of apoptosis-regulating genes in rat. *Alcohol Alcohol* 2002;37(3):222-8.

141. **Järveläinen HA, Lindros KO.** Animal models of ethanol-induced liver damage. In: **Sherman D, Preedy D, Watson R, editors.** Ethanol and the liver. London: Taylor & Francis; 2002. p. 358-386.
142. **Järveläinen HA, Vakeva A, Lindros KO, Meri S.** Activation of complement components and reduced regulator expression in alcohol-induced liver injury in the rat. *Clin Immunol* 2002;105(1):57-63.
143. **Jousilahti P, Vartiainen E, Alho H, Poikolainen K, Sillanaukee P.** Opposite associations of carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase with prevalent coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2002;162(7):817-21.
144. **Kankaanpää A, Ellermaa S, Meririnne E, Hirsjärvi P, Seppälä T.** Acute neurochemical and behavioral effects of stereoisomers of 4-methylaminorex in relation to brain drug concentrations. *J Pharmacol Exp Ther* 2002;300(2):450-9.
145. **Kankaanpää A, Meririnne E, Seppälä T.** 5-HT3 receptor antagonist MDL 72222 attenuates cocaine- and mazindol-, but not methylphenidate-induced neurochemical and behavioral effects in the rat. *Psychopharmacology* 2002;159(4):341-50.
146. **Kankaanpää A, Meririnne E, Seppälä T.** Tutkimusesittely: KTL:n Huumetutkimusyksikkö. Psykostimulanttien keskushermostovaikutusten tutkimus Kansanterveyslaitoksen Huumetutkimusyksikössä. *Transmittööri* 2002;63(3).
147. **Korte JE, Brennan P, Henley SJ, Boffetta P.** Dose-specific meta-analysis and sensitivity analysis of the relation between alcohol consumption and lung cancer risk. *Am J Epidemiol* 2002;155(6):496-506.
148. **Kujala UM, Kaprio J, Koskenvuo M.** Modifiable risk factors as predictors of all-cause mortality: the roles of genetics and childhood environment. *Am J Epidemiol* 2002;156(11):985-93.
149. **Kylänpää-Bäck M-L, Repo H, Kemppainen E.** New laboratory tests in acute pancreatitis. *Addiction Biology* 2002;7(2):181-190.
150. **Laatikainen T, Alho H, Vartiainen E, Jousilahti P, Sillanaukee P, Puska P.** Self-reported alcohol consumption and association to carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyl-transferase in a random sample of the general population in the Republic of Karelia, Russia and in North Karelia, Finland. *Alcohol Alcohol* 2002;37(3):282-8.
151. **Lahti-Koski M, Pietinen P, Heliövaara M, Vartiainen E.** Associations of body mass index and obesity with physical activity, food choices, alcohol intake, and smoking in the 1982-1997 FINRISK Studies. *Am J Clin Nutr* 2002;75(5):809-17.
152. **Lappalainen J, Kranzler HR, Malison R, Price LH, Van Dyck C, Rosenheck RA, et al.** A functional neuropeptide Y Leu7Pro polymorphism associated with alcohol dependence in a large population sample from the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(9):825-31.
153. **Laursen B, Pulkkinen L, Adams R.** The antecedents and correlates of agreeableness in adulthood. *Dev Psychol* 2002;38(4):591-603.
154. **Lindeman S, Kaprio J, Isometsä E, Poikolainen K, Heikkinen M, Hämäläinen J, Haara-silta L, Laukkala T, Aro H.** Spousal resemblance for history of major depressive episode in the previous year. *Psychol Med* 2002;32(2):363-7.
155. **Lintunen M, Raatesalmi K, Sallmen T, Anichtchik O, Karlstedt K, Kaslin J, Kiianmaa K, Korpi ER, Panula P.** Low brain histamine content affects ethanol-induced motor impairment. *Neurobiology of Disease* 2002;9:94-105.
156. **Mantere T, Tupala E, Hall H, Särkioja T, Räsänen P, Bergström K, Callaway J, Tiihonen J.** Serotonin transporter distribution and density in the cerebral cortex of alcoholic and nonalcoholic comparison subjects: a whole-hemisphere autoradiography study. *Am J Psychiatry* 2002;159(4):599-606.
157. **Marniemi J, Kronholm E, Aunola S, Toikka T, Mattlar CE, Koskenvuo M, Ronnemaa T.** Visceral fat and psychosocial stress in identical twins discordant for obesity. *J Intern Med* 2002;251(1):35-43.
158. **Mikkola JA, Janhunen S, Hyytiä P, Kiianmaa K, Ahtee L.** Rotational behaviour in AA and ANA rats after repeated administration of morphine and cocaine. *Pharmacol Biochem Behav* 2002;73(3):697-702.
159. **Niemelä O.** Päihteiden käytön diagnostiikka. *Suomen Lääkärilehti* 2002;40:3963-3968.
160. **Niemelä O.** Serum diagnosis of ALD and markers of ethanol intake. In: **Sherman D, Preedy V, Watson R, editors.** Ethanol and the liver: mechanisms and management. London: Taylor and Francis; 2002. p. 411-449.

161. Niemelä O, Parkkila S, Bradford B, Iimuro Y, Pasanen M, Thurman RG. Effect of Kupffer cell inactivation on ethanol-induced protein adducts in the liver. *Free Radical Biology and Medicine* 2002;33(3):350-355.

162. Niemelä O, Parkkila S, Koll M, Preedy VR. Generation of protein adducts with malondialdehyde and acetaldehyde in muscles with predominantly type I or type II fibers in rats exposed to ethanol and the acetaldehyde dehydrogenase inhibitor cyanamide. *Am J Clin Nutr* 2002;76(3):668-74.

163. von der Pahlen B. Alkoholi ja hormonit vaikuttavat aggressiivisuuteen. *Kansanterveys* 2002(3):4-9.

164. Piepponen TP, Kiianmaa K, Ahtee L. Effects of ethanol on the accumbal output of dopamine, GABA and glutamate in alcohol-tolerant and alcohol-nontolerant rats. *Pharmacol Biochem Behav* 2002;74(1):21-30.

165. Ploj K, Roman E, Kask A, Hyytiä P, Schioth HB, Wikberg JE, Nylander I. melanocortin receptor ligands on ethanol intake and opioid peptide levels in alcohol-preferring AA rats. *Brain Res Bull* 2002;59(2):97-104.

166. Poikolainen K, Podkletnova I, Alho H. Accuracy of quantity-frequency and graduated frequency questionnaires in measuring alcohol intake: comparison with daily diary and commonly used laboratory markers. *Alcohol Alcohol* 2002;37(6):573-6.

167. Preedy V, Adachi J, Asano M, Koll M, Mantle D, Niemelä O, Parkkila S, Paice AG, Peters T, Rajendram R, Seitz HK, Ueno Y, Worrall S. Free radicals in alcoholic myopathy: Indices of damage and preventive studies. *Free Radic Biol Med* 2002;32:683-687.

168. Pronko PS, Järveläinen HA, Lindros KO. Acinar distribution of rat liver arylamine N-acetyl-transferase: effect of chronic ethanol and endotoxin exposure. *Pharmacol Toxicol* 2002;90(3):150-4.

169. Raatesalmi K, Virtanen A, Sarviharju M, Pelto-Huikko M, Korpi ER. Reduced adrenal activation in a rat line selected for high alcohol sensitivity. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 2002;26(9):1344-1349.

170. Romppanen J, Punnonen K, Anttila P, Jakobsson T, Blake J, Niemelä O. Serum sialic acid as a marker of alcohol consumption: effect of liver disease and heavy drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(8):1234-8.

171. Saito T, Lachman HM, Diaz L, Hallikainen T, Kauhanen J, Salonen JT, Ryyänänen OP, Karvonen MK, Syvälahti E, Pohjalainen T, Hietala J, Tiihonen J. Analysis of monoamine oxidase A (MAOA) promoter polymorphism in Finnish male alcoholics. *Psychiatry Res* 2002;109(2):113-9.

172. Salaspuro V, Hietala J, Kaihovaara P, Pihlajarinne L, Marvola M, Salaspuro M. Removal of acetaldehyde from saliva by a slow-release buccal tablet of L-cysteine. *Int J Cancer* 2002;97(3):361-4.

173. Sillanaukee P, Kalela A, Seppä K, Höyhtyä M, Nikkari ST. Matrix metalloproteinase-9 is elevated in serum of alcohol abusers. *Eur J Clin Invest* 2002;32:225-229.

174. Sinclair JD, Alho H, Shinderman M. Naltrexone for alcohol dependence. *N Engl J Med* 2002;346(17):1329-31; author reply 1329-31.

175. Sinclair JD, Salimov RM. New effective method of treatment of addiction to alcohol: extinction with the help of opiate receptor antagonists (in Russian). *Narcologia* 2002;5:37-40.

176. Soini SL, Hyytiä P, Korpi ER. Brain regional mu-opioid receptor function in rat lines selected for differences in alcohol preference. *Eur J Pharmacol* 2002;448(2-3):157-63.

177. Väkeväinen S, Mentula S, Nuutinen H, Salmela KS, Jousimies-Somer H, Farkkila M, Salaspuro M. Ethanol-derived microbial production of carcinogenic acetaldehyde in achlorhydric atrophic gastritis. *Scand J Gastroenterol* 2002;37(6):648-55.

178. Visapää JP, Tillonen J, Salaspuro M. Microbes and mucosa in the regulation of intracolonic acetaldehyde concentration during ethanol challenge. *Alcohol Alcohol* 2002;37(4):322-6.

179. Visapää JP, Tillonen JS, Kaihovaara PS, Salaspuro MP. Lack of disulfiram-like reaction with metronidazole and ethanol. *Ann Pharmacother* 2002;36(6):971-4.

Historia, päihdekulttuuri ja perinne • History, alcohol and drug culture and tradition

180. Allaste A-A, Lagerspetz M. Recreational drug use in Estonia: the context of club culture. *Contemporary Drug Problems* 2002;29(1):183-200.

181. Ahlström S, Mustonen H. Suomalaisten juomatavat ennen ja nyt. In: Heikkilä M, Kautto M, editors. *Suomalaisten hyvinvointi*. Helsinki: Stakes; 2002. p. 392- 407.

182. Apo S. Miten Tommin naapurit selvisivät viinan vaaroista? In: Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors. *Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeututkimuksesta*. Helsinki: Alkoholi- ja huumeututkijoiden seura; 2002. p. 16-25.

183. Calafat, A & Fernandez, C & Juan, M & Bellis, M & Bohrn, K & Hakkarainen, P. & Kilfoyle-Carrington, M & Kokkevi, A & Maalste, N & Mendes, F & Simaou, I & Simon, J & Stocco, P & Zavatti, P. Risk and control in the recreational drug culture. Irefrea & European Commission, Valenzia 2001.

184. Hakkarainen, P. Huumeiden käytön sosiaaliset kehykset. Teoksessa Piisi, R. (toim.): *Huume-työ*. Tammi. Helsinki 2001, 73-98.

185. Hakkarainen P. Huumekulttuurin muutos ja huumekuolemat. In: Kaukonen O, Hakkarainen P, editors. *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus; 2002. p. 110-136.

186. Hakkarainen P. Nuorten päihdekulttuurin vaihtelut 1960-luvulta vuosituhannen vaihteeseen. In: Silvennoinen H, editor. *Nuorisopolitiikka Suomessa 1960-luvulta 2000-luvulle*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosiain neuvottelukunta, Opetusministeriö; 2002. p. 165-181.

187. Hakkarainen, P. Utvecklingen av experimentellt och tillfälligt bruk av narkotika i slutet av 1990-talet. Teoksessa Kouvonen, P., Rosenqvist, P. & Skretting, A. (red.): *Bruk, missbruk, marknad och reaktioner. Narkotika i Norden 1995-2000*. NAD-publikation nr. 41, 2001, 7-26.

188. Hakkarainen, P & Olsson, B. Käyttötrendit Pohjoismaissa 1995-2000. Teoksessa Suomi ja huumeet - Tietopaketti huumeista, 3. uudistettu painos. Irti Huumeista ry, Keskusrikospoliisi, Opetushallitus, Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto & Stakes. Helsinki 2001, 43-47.

189. Hannikainen M, Salasuo M, editors. *Elämän muotoja : kertomuksia yksilöistä ja yhteiskunnas- ta*. Helsinki: Koala-Kustannus; 2001.

190. Kantola J. Alkoholi ihmisten välissä. Juomisen tulkinat Christer Kihlmanin, Pentti Saarikos- ken ja Henrik Tikkasen proosassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2002;67(1):27-37.

191. Korander T. Arvioyhteenveto: Miten käy, kun poliisi ei siedä häiriökäyttäytymistä? In: Korander T, Soine-Rajanummi S, editors. *Kahdeksalta Koskarille - samantien sakot*. Tampereen nollatolerans- sikokeilu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. Espoo: Poliisiammatti- korkeakoulu; 2002. p. 400-420.

192. Metso L, Mustonen H, Mäkelä P, Tuovinen EL. Suomalaisten juomatavat vuonna 2000. Tau- lukkoraportti vuoden 2000 tutkimuksen perustuloksista ja vertailuja aiempiin juomatapatutkimuksiin. (Aiheita 3). Helsinki: Stakes; 2002.

193. Mustonen H. Alkoholitutkimusta namibialaisten kanssa. *Dialogi* 2002;12(4):48-49.

194. Mustonen H. Drinking Habits: Slow changes. *Dialogi* 2002.

195. Mustonen H, Beukes L, du Preez V. Alcohol drinking in Namibia. In: WHO monograph on alcohol epidemiology in developing countries. Geneve: WHO; 2001. p. 45-62.

196. Peltonen M. Remua ja ryhtiä. Alkoholiolot ja tapakasvatus 1950-luvun Suomessa. Helsinki: Gau- deamus; 2002.

197. Puttonen M. Ennenkin osattiin juoda. *Yliopisto* 2002(17):6-9.

198. Raitasalo K, Kraus L, Kümmler P, Knibbe R, Voller F, Simpura J. Behind Questions: Intercultural Differences in Answering Questions on Drinking Behavior in Health Interview Surveys. Helsinki: Stakes; 2002.

199. Rätty R. Kansa pullossa. Helsingin Sanomat, Viikkoliite Nyt 2002(25-26):10-15.

200. Salasuo M. Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. In: Kaukonen O, Hakkarainen P, editors. *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus; 2002. p. 110-136.

201. Seppälä P, Salasuo M. Aaltoja vai vedenpinnan pysyvää nousua? *Yhteiskuntapolitiikka* 2001;66(1):71-75.

202. Seppälä S. Viina villitsee kielenkin. *Tiede* 2002(7):46-47.

203. **Simpura J, Karlsson T, Leppänen K.** European trends in drinking patterns and their socioeconomic background. In: **Norström T, editor.** Alcohol in Postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 2002. p. 83-114.

204. **Simpura J, Karlsson T, Leppänen K.** European trends in drinking patterns and their socioeconomic background. In: **Norström T, editor.** Alcohol in Postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries. Copenhagen: WHO Regional Office; 2001. p. 56-67.

205. **Stenius Y.** Tills vingen brister - en bok om Jussi Björling. Stockholm: Brombergs; 2002.

206. **Törrönen J.** Haastattelemine virikkeillä. Virike johtolankana, pienoismaailmana ja/tai provosojana. Sosiologia 2001;38(3):205-217.

Liikenne • Traffic

207. **Blomqvist-Åkerman M.** Rattijuopumuksesta tuomituista tullut uusi asiakasryhmä A-klinikoille. Tiimi 2002(5):8-11.

208. **Lillsunde P, Seppä H, Luntiala P.** Rosita - Huumaantuneena ajavien kuljettajien tienvarsites-tauskokeilu. Helsinki: Sisäasiainministeriö, Kansanterveyslaitos, Liikenne- ja viestintäministeriö, Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitos; 2002.

209. **Penttilä A, Kuoppasalmi K, Vuori E.** Liikennejuopumus. In: **Karkola K, Muller K, Ojala M, editors.** Liikennelääketiede. Helsinki: Duodecim; 2002.

210. **Seppä K.** Päihdeongelman ajokelpoisuus. In: **Karkola K, Muller K, Ojala M, editors.** Liikennelääketiede. Helsinki: Duodecim; 2002.

Päihdeongelmien ennaltaehkäisy ja hoito • Prevention and treatment of substance abuse

211. **Aalto M, Pekuri P, Seppä K.** Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. Drug Alcohol Depend 2002;66(1):39-43.

212. **Ahtola R.** Tapahtumat aikajärjestyksessä. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 151-156.

213. **Aira M.** Tunnistamatta jäävä alkoholin riskikulutus. Tiimi 2002(3-4).

214. **Alho H.** Drug treatment of alcohol dependence: an evidence based review. In: **Lönnqvist J, Heikkinen M, Marttunen M, Partonen T, editors.** Psychiatria Fennica. 33rd ed. Helsinki: Psychiatria Fennica Oy; 2002. p. 76-85.

215. **Alho H, Sinclair JD.** Alkoholismin hoito: Naltreksonin onnistunut käyttö. Kansanterveys 2002(3):3.

216. **Arminen I, Perälä R.** Multiprofessional team work in 12-step treatment: constructing substance abusers to alcoholics. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2002;19(English Supplement):18-32.

217. **Baas A, Seppänen-Leiman T.** Kadulta korvaushoitoon - Buprenorfiinihoidon kehittämisprojektin (1.1.1998-30.6.2000) loppuraportti. (Raporttisarja 38). Helsinki: A-klinikkasäätiö; 2002.

218. **Baas A, Seppänen-Leiman T.** Opioidiriippuvaisten pääsyä vieroitushoitoon helpotettava - hoidon tarpeen arviointia tehostettava. Tiimi 2002;(2002) : 2:s. 22-23.

219. **Bothas H.** Huumetestit suomalaisissa yrityksissä. Lääke todelliseen vai kuviteltuun uhkaan? Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(1):44-53.

220. **Bothas H.** Drogtester i finländska företag - botemedel mot ett inbillat eller verkligt hot? Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(2):138-150.

221. **Haavisto K, Holmila M, Ahtola R, Warsell L.** Päihdeongelmat ravintolatyöntekijöiden ja -asiakkaiden silmin. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 102-119.

222. **Heinonen E.** Huumeidenkäyttäjää kannustetaan vertaistyyöhön. Tiimi 2002(1).

223. **Holmberg N.** Huumausaineongelman korvaushoitopotilaan kognitiivinen perheterapia. (Raporttisarja 41). Helsinki: A-klinikkasäätiö; 2002.

224. **Holmila M.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002.

225. **Holmila M.** Aktivoitujat ja verkostot osana yhteisöllisen toiminnan mekanisme. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 142-150.

226. **Holmila M.** Arviointitutkimuksen yhteenveto. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 221-231.

227. **Holmila M.** Päihdehaittojen ehkäisyä paikallisoin voimin. Dialogi 2002;12(3):30-31.

228. **Holmila M.** Taustaa ja lähtökohtia. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 17-27.

229. **Holmila M.** Toiminta-alueina Tikkurila ja Myllypuro. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 102-119.

230. **Holmila M.** Tutkimusasetelma ja aineistot. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 53-57.

231. **Holmila M, Ahtola R.** Isännöitsijöiden ja liikkeenharjoittajien näkemykset. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 131-135.

232. **Holmila M, Ahtola R, Haavisto K.** Paikallisaktivistien ja virkamiesten näkökulma. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 136-141.

233. **Holmila M, Ahtola R, Rantala M.** Päihdeongelmat työyhteisössä. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 120-130.

234. **Holmila M, Simpura J.** Projektin vaikutukset. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 209-220.

235. **Holmila M, Warsell L, Mustalampi S.** Ehkäisevän päihdetyön muuttuneet toimintaolot. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 40-52.

236. **Hurme T.** Skadereduktion - ett begreppsligt problem i narkotikapolitiken. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 2002;19(4):239-248.

237. **Kaukonen O.** Irti viinasta - tai ainakin käyttö hallintaan. Socius: sosiaali- ja terveystoimintainen aikakauslehti 2002;8(3):19-20.

238. **Koivula L, Koskenvuo M.** Nainen tasaa miehen terveysriskit. Hyvä terveys 2002;17(2):60-63.

239. **Koivuniemi M.** Netistä apua päihdeongelmiin. Socius: sosiaali- ja terveystoimintainen aikakauslehti 2002;8(3):22-23.

240. **Koski-Jännes A.** Social and personal identity projects in the recovery from addictive behaviours. Addict Res Theory 2002;10(2):183-202.

241. **Koski-Jännes A.** Substance abuse intervention, prevention, rehabilitation, and systems change strategies. Helping individuals, families, and groups to empower themselves. Addiction 2002;97:764-765.

242. Kuka ottaisi vastuun? Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston perustamisen arviointi. Helsinki: Stakes; 2002.

243. **Laine P.** Päihdepotilas terveyskeskuksen päivästyksessä. Duodecim 2002;118(3):312-6.

244. **Lusa S.** Huumeet ja turvallinen työpaikka. Helsinki: Työterveyslaitos; 2002.

245. **Mäkelä K.** Huumeiden käyttäjien korvaushoito. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(2):176-179.

246. **Malm J.** Entä kun auttaja ei enää jaksaa? Tiimi 2002(1).

247. **Niemelä J.** Päihdeongelman, identiteetin vai syrjäytymisen hoitamisesta? In: **Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors.** Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeetutkimuksesta. Helsinki: Alkoholi- ja huumeetutkijoiden seura; 2002. p. 63-73.

248. **Niemi I, Ollikainen H.** Kaari ja kivet: Ehkäisevä päihdetyö on osiensa summa. Tiimi 2002(3-4).

249. **Ollikainen H.** Vertaistuki virtaa Me Vähentäjissä. Tiimi 2002;(2) : 14-17.

250. **Perälä R.** Huumeidenkäyttäjät mukaan yhteiskuntaan? Tiimi 2002;(2) : 7-9.

251. **Piispa M.** Jätetäänkö nettikeskustelut huumeista liberaaleille? Tiimi 2002;(2) : 12-13.

252. **Piispa M.** Nettikeskustelut huumeista liberaalien leirinä. Tiimi 2002(6).

253. **Poikolainen K.** A nice try that fails: the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) evaluation of the effect of treatment of alcohol and drug problems: the epidemiologist's view. Alcohol Alcohol 2002;37(5):416-8.

254. **Rantala K, Salasuo M.** Huumeiden käytön monta maailmaa. Spektri 2002;11(1):17-18.

255. **Rantala M, Ahtola R.** Työpaikkakampanja. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 157-163.

256. **Rantala S.** Asiaa alkoholista -teemaviikko lähestyi työntekijöitä pilke silmäkulmassa. Tiimi 2002(3-4).

257. **Salasuo M.** Club Health : uudet käyttökulttuurit vaativat uusia lähestymistapoja. Promo 2002 (3):16-17.

258. **Salasuo M, Tammi T.** Huumekampanja virittelee ymmärrystä ja osatotuuksia. Tiimi 2002(3-4).

259. **Salasuo M.** Kahden kerroksen huumekeskustelua. Promo 2002(2):28.

260. **Sihto M, Tuovinen EL.** Terveyskeskuslääkäreiden ja potilaiden käsityksiä mini-interventiosta. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 167-175.

261. **Soikkeli M.** Miten puhua huumeista. Helsinki: Stakes; 2002.

262. **Soikkeli M.** Kuulostaa vakuuttavalta vai olla vakuuttava - kas siinäpä pulma päihdevalistajalle. Tiimi 2002(3-4).

263. **Suhonen H, Murto L.** Menetetyt hetket ja avautuvat mahdollisuudet. Tutkimus asiakassuhteen muotoutumisesta päihdehuollon erityispalveluissa. (Raporttisarja 40). Helsinki: A-klinikkasäätiö; 2002.

264. **Suojasalmi J, Kaukonen O.** Kanta-asiakas ilman bonuskorttia. Päihdepalveluiden suurkuluttajat Kurvin huumeepoliklinikalla vuosina 1998-2000. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(1):54-60.

265. **Sutinen T.** Yhdyshenkilö - kunnan huumetyön resurssihenkilö vai monitoimija? Tiimi 2002(3-4).

266. **Tourunen J.** Potilaspalaute 2001. Järvenpään sosiaalisairaalan potilaiden mielipiteitä saamastaan hoidosta vuonna 2001. (Järvenpään sosiaalisairaalan laadunhallinta-sarja 15/2002). Järvenpää: Järvenpään sosiaalisairaala; 2002.

267. **Vanhanen A, Lillsunde P.** Kokemuksia huumaus- ja lääkeainemäärittysten laadunarvioinnissa 1998-2002. Moodi 2002;26:62-66.

268. **Vorma H, Naukkarinen H, Sarna S, Kuoppasalmi K.** Treatment of out-patients with complicated benzodiazepine dependence: comparison of two approaches. Addiction 2002;97(7):851-9.

Sukupuoli ja päihteet • Substance abuse and gender

269. **Koivula L, Koskenvuo M.** Nainen tasaa miehen terveysriskit. Hyvä terveys 2002;17(2):60-63.

270. **von der Pahlen B, Lindman RE, Sarkola T, Mäkisalo H, Eriksson CJP.** An exploratory study on self-evaluated aggression and androgens in women. Aggressive behavior 2002;28:273-280.

271. **von der Pahlen B, Sarkola T, Seppä K, Eriksson CJP.** Testosterone, 5alpha-dihydrotestosterone and cortisol in men with and without alcohol-related aggression. J Stud Alcohol 2002;63(5):518-26.

272. **Pikarinen U, Halmesmäki E.** Naisiin kohdistuva väkivalta. Duodecim 2002;119(5):389-394.

273. **Roman E, Hyytiä P, Nylander I.** Maternal separation alters acquisition of ethanol intake in male. Alcohol Clin Exp Res 2002;27:31-37.

274. **Saarnio P.** Miehet ja naiset päihdehoidossa: kolme empiiristä tutkimustulosta. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(3):269-273.

275. **Sarkola T, Eriksson CJ.** Alkoholit ja naisen steroidihormonit. Duodecim 2002;118(13):1325-1330.

276. **Sarkola T, Iles MR, Kohlenberg-Mueller K, Eriksson CJ.** Ethanol, acetaldehyde, acetate, and lactate levels after alcohol intake in white men and women: effect of 4-methylpyrazole. Alcohol Clin Exp Res 2002;26(2):239-45.

277. **Suonpää J.** Alkoholien käytön sosiaalinen kontrolli parisuhteessa. Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(3):223-233.

278. **Suonpää J.** Alkoholit ja parisuhde: Sosiaalinen kontrolli, konfliktit, juomiseen kannustaminen ja muutokset alkoholien käytössä. (Aiheita; 4). Helsinki: Stakes; 2002.

279. **Ulvi T.** Kuka näkee naisen lasin takaa? : alkoholi ja arjen todellisuus päihdeongelmaisten naisten kertomuksissa [Pro gradu]. Helsinki; 2002 (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2002:4).

280. **Vuorela P, Sarkola T, Alfthan H, Halmesmäki E.** Hepatocyte growth factor, epidermal growth factor, and placenta growth factor concentrations in peripheral blood of pregnant women with alcohol abuse. Alcohol Clin Exp Res 2002;26(5):682-7.

Nuoret ja päihteet • Substance abuse and adolescence

281. **Aalto-Setälä T, Haarasilta L, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Aro H, Lönnqvist J.** Major depressive episode among young adults: CIDI-SF versus SCAN consensus diagnoses. Psychol Med 2002;32(7):1309-14.

282. **Aalto-Setälä T.** Depressive disorders among young adults [Dissertation]. Helsinki: Helsinki University; 2002 (Publications of National Public Health Institute A 22).

283. **Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J.** Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression. J Affect Disord 2002;70(1):35-47.

284. **Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J.** Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. Am J Psychiatry 2002;159(7):1235-7.

285. **Aalto-Setälä T, Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M, Lönnqvist J.** Predictors of mental distress in early adulthood: a five-year follow-up of 709 high-school students. Nord J Psychiatry 2002;56(2):121-5.

286. **Ahlström S.** Family practices and adolescent use of legal and illegal drugs: a review. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2002;19(English Supplement):76-82.

287. **Ahlström S.** Perhe-elämä ja nuorten päihteiden käyttö: kirjallisuuskatsaus. In: **Heinonen J, Alho H, Roine R, Raitasalo K, editors.** Turmiolan Tommi. Mietteitä alkoholi- ja huumeetutkimuksesta. Helsinki: Alkoholi- ja huumeetutkijoiden seura; 2002. p. 53-62.

288. **Ahlström S, Metso L, Tuovinen E-L.** Mikä lisää nuorten riskiä tupakoida, humaltua ja kokeilla marihuanaa? Yhteiskuntapolitiikka 2002;67(5):423-429.

289. **Ahlström S, Metso L, Tuovinen EL.** Suomalaisten nuorten päihteiden käyttö 1995 ja 1999. Espad tutkimuksen taulukkoraportit. (Aiheita 30). Helsinki: Stakes; 2001.

290. **Dahl P, Hirschovits T.** Tästä on kyse - tietoa päihteistä. 4. uud. ed. Helsinki: YAD, Youth Against Drugs; 2002.

291. **Havio M, Niemi I, Sinnemäki T.** Klaari Helsinki panostaa verkostotyöhön - Lasten ja nuorten pahoinvoinnin vähentämiseksi voi tehdä paljon. Tiimi 2002(3-4).

292. **Holmila M, Raitasalo K.** Vanhempien näkemykset nuorten päihteiden käytöstä ja sen ohjaamisesta. In: **Holmila M, editor.** Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa. Helsinki: Stakes; 2002. p. 79-90.

293. **Huolesta puheiksi, puheista teoiksi.** Opas huumeista nuorten vanhemmille. Helsinki: A-klinikkasäätiö; 2002.

294. **Kannas L, Vuori M, Seppälä H-R, Tynjälä J, Villberg J, Välimaa R, Ojala K.** Suojaako urheiluseuratoiminta nuoria päihteiltä ja tupakalta. Liikunta ja tiede 2002;39(4):4-11.

295. **Korander T.** Näkökulma nuorisoon - eli ekskursio nuorten käyttäytymisen muuttumiseen ja siihen reagoimiseen. In: **Korander T, Soine-Rajanummi S, editors.** Kahdeksalta Koskarille - samantien sakot. Tampereen nollatoleranssikokeilu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. Espoo: Poliisiammattikorkeakoulu; 2002. p. 359-399.

296. **Kouvonen A.** Part-time work and deviant behaviour among Finnish adolescents [Dissertation]. Helsinki: University of Helsinki; 2002 (OPTL 191).

297. **Kouvonen A, Lintonen T.** Adolescent part-time work and heavy drinking in Finland. *Addiction* 2002;97(3):311-8.

298. **Kouvonen A, Lintonen T.** Adolescent work and drug experiments. *Journal of Substance Use* 2002;7:85-92.

299. **Laapio M-L, Korander T, Kelasalmi A, Soine-Rajanummi S.** Nuorten näkökulma. In: **Korander T, Soine-Rajanummi S, editors.** Kahdeksalta Koskarille - samantien sakot. Tampereen nollatoleranssikokeilu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. Espoo: Poliisi-ammattikorkeakoulu; 2002. p. 321-358.

300. **Leimio-Reijonen S.** Valistuksesta vastuunottoon. Tutkimus sosiokulttuurisesta innostamisesta, ehkäisevästä päihdetyöstä ja sen toteuttamisesta nuorten parissa. Helsinki: Stakes; 2002.

301. **Lieb R, Merikangas KR, Hofler M, Pfister H, Isensee B, Wittchen HU.** Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: a community study. *Psychol Med* 2002;32(1):63-78.

302. **Mikkilä V, Lahti-Koski M, Pietinen P, Virtanen SM, Rimpelä M.** Nuorten lihavuuteen ja koettuun painoon liittyvät tekijät. *Duodecim* 2002;118(9):921-929.

303. **Peltola J.** Stoppari - Nuorten huumeidenkäyttäjien laitoshoidon kehittämisraportti. (Monistesarja 32). Helsinki: A-klinikkasäätiö; 2002.

304. **Pulkkinen L, Pitkänen T.** Nuorten alkoholinkäyttö aikuisiän alkoholiongelmien ennustajana. *Tiimi* 2002(5):4-7.

305. **Rimpelä A, Lintonen T, Pere L, Rainio S, Rimpelä M.** Nuorten terveystapatutkimus 2001: Tupakoinnin ja päihdeiden käytön muutokset 1977-2001. (Aiheita). Helsinki: Stakes; 2002.

306. **Rönkkönen H, Nevalainen A.** Perhe, kaverit ja terveysvalinnat : kuudesluokkalaisten mielikuvia alkoholikokeiluista [Pro gradu]. Kuopio: Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos; 2002

307. **Soine-Rajanummi S, Korander T.** Sosiaali- ja nuorisotyön näkökulmia rikoksantorjunta-projektissa. In: **Korander T, Soine-Rajanummi S, editors.** Kahdeksalta Koskarille - samantien sakot. Tampereen nollatoleranssikokeilu 1999-2000: historiallinen konteksti, vastaanotto ja vaikuttavuus. (Poliisiammattikorkeakoulun tutkimuksia 13). Espoo: Poliisiammattikorkeakoulu; 2002. p. 170-211.

308. **Tähti-Niemi A.** Kimppakerho. Päihdeperheiden lapset -projektin 1999-2000 loppuraportti. (Monistesarja 33). Helsinki: A-klinikkasäätiö; 2002.

309. **Taitto A.** Huomaa lapsi - Päihdeongelma perheessä. (LK-kirjat). Helsinki: Lasten Keskus; 2002.

310. **Taitto A.** Päihdeperheiden lasten vertaisryhmät ehkäisevän päihdetyön välineenä. *Tiimi* 2002(3-4).

311. **Torikka A, Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P, Rimpelä M.** Drinking, other substance use and suicidal ideation in middle adolescents: a population study. *Journal of Substance Use* 2002;7:237-243.

312. **Tourunen J.** Nuoret ja huumeongelmaiset ensi kertaa muita tyytyväisempiä hoitoonsa: Järvenpään sosiaalisairaalan potilaspalaute 2001. *Tiimi* 2002(1).

313. **Winter T, Karvonen S, Kaprio J, Lahelma E.** Uskonnollisuuden yhteys raittiuden pysyvyyteen pojilla ja tytöillä. *Sosiaalilääket Aikakausi* 2002;39:273-287.

314. **Virokannas E.** Normaalin merkitykset huumehoitoyksikön nuorten puheessa. In: **Juhila K, Forsberg H, Roivainen I, editors.** Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylä: SoPhi; 2002. p. 125 – 144.

Terveysongelmat ja kuolleisuus • Health problems and mortality

315. **Airavaara M.** Mainettaan vaarallisempi ekstaasi. Suomen apteekkarilehti - Finlands apotekar-tidning : Apteekkari 2002;91(11):20-23.

316. **Bots ML, Salonen JT, Elwood PC, Nikitin Y, Freire de Concalves A, Inzitari D, Sivenius J, Trichopoulou A, Tuomilehto J, Koudstaal PJ, Grobbee DE.** Gamma-glutamyltransferase and risk of stroke: the EUROSTROKE project. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(Suppl 1):i25-9.

317. **Hakkarainen P.** Huumekulttuurin muutos ja huumekuolemat. In: **Kaukonen O, Hakkarainen P, editors.** Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus; 2002. p. 110-136.

318. **Hublin C.** Milloin uneliaisuus on liiallista? *Duodecim* 2002;118(13):1348-1351.

319. **Koponen H, Moilanen K, Isohanni M.** Skitsofrenian yhteydessä esiintyvät muut psykiatriset häiriöt. *Duodecim* 2002;119(1):43-49.

320. **Kähkönen S, Kesäniemi M, Nikouline VV, Karhu J, Ollikainen M, Holu M, Ilmoniemi R.J.** Alkoholit muuttaa liikeaivokuoren reaktioita magneettistimulaatioon. *Duodecim* 2002;118(1):39-40.

321. **Koski A, Ojanperä II, Vuori E.** Alcohol and benzodiazepines in fatal poisonings. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(7):956-959.

322. **KP.** Kohti huumekatastrofia. *Duodecim* 2002;118(9):887.

323. **Kujala UM, Kaprio J, Koskenvuo M.** Modifiable risk factors as predictors of all-cause mortality: the roles of genetics and childhood environment. *Am J Epidemiol* 2002;156(11):985-93.

324. **Laatikainen T, Delong L, Pokusajeva S, Uhanov M, Vartiainen E, Puska P.** Changes in cardiovascular risk factors and health behaviours from 1992 to 1997 in the Republic of Karelia, Russia. *Eur J Public Health* 2002;12(1):37-43.

325. **Lahti RA, Vuori E.** Fatal alcohol poisoning: medico-legal practices and mortality statistics. *Forensic Sci Int* 2002;126(3):203-9.

326. **Leinonen P.** Ollako vai ei? : pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 2002;57(35):3349.

327. **Mäkelä P.** Vad visade egentligen Fillmore, Kerr och Bostrom? *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 2002;19(5-6):416-418.

328. **Metso L, Nuorvala Y, Pennanen P, Lehtonen H, Koponen-Piironen H-M, Kleemola M, Peura S, Stoor R, Enoranta E, Tainio M.** PKV-lääkkeiden määrääminen ja ei-lääkinnällinen käyttö. (Työryhmämuistio.) Helsinki: Terveystienhuollon oikeusturvakekus; 2002.

329. **Miettola J, Mäntyselkä P.** Viina vie. Suomen Lääkärilehti 2002;57(47):4831-4832.

330. **Näveri M.** Epilepsia ja alkoholi : mietteitä Epilepsialiiton kuntoutumiskurssilta. *Epilepsialehti* 2002;34(5):6-8.

331. **Pärssinen M, Seppälä T.** Steroid use and long-term health risks in former athletes. *Sports Med* 2002;32(2):83-94.

332. **Partanen A.** Buprenorfiinin käyttö lisääntynyt päihdehuollon huumeasiakkailta: Vuoden 2001 huumehoitotiedonkeruun tulokset. *Tiimi* 2002(6).

333. **Perälä R, Partanen A, Holmström P, Holopainen A.** Riskitutkimus selvittää piikkihuumeiden käyttäjien todellisuutta. *Tiimi* 2002(1).

334. **Pirkola S, Lönnqvist J, Ahola K, Heikkinen M, Honkonen T, Isometsä E, Joukamaa M, Kalimo R, Kiviruusu O, Kärnä T, Lahtinen E, Lehtinen V, Poikolainen K, Raitasalo R, Salmi-nen J, Suvisaari J.** Psykinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. In: **Aromaa A, Koskinen S, editors.** Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveys-laitos; 2002. p. 51-54.

335. **Poikolainen K, Leppänen K, Vuori E.** Alcohol sales and fatal alcohol poisonings: a time-series analysis. *Addiction* 2002;97(8):1037-40.

336. **Repo R.** Allergia & alkoholi. Allergia & astma 2002;32(6):22.

337. **Saarnio P, Knuuttila V.** Riskfaktorer bakom avbruten institutionsvård av missbrukare. *NAT* 2002;19(3):193-201.

338. **Tulokas S.** Onko alkoholi vaarallisempaa diabeetikoille kuin muille? *Diabetes* 2002;54(1-2):14-16.

339. **Tuomala RE, Shapiro DE, Mofenson LM, Bryson Y, Culnane M, Hughes MD, et al.** Antiretroviral therapy during pregnancy and the risk of an adverse outcome. *N Engl J Med* 2002;346(24):1863-70.

340. **Tuomisto J.** Alkoholit aiheuttaa riippuvuutta. Suomen Kuvalehti 2002(50):62.

341. **Turunen O.** Onko parasetamolin ja alkoholin yhteiskäyttö vaarallista? : aiheena parasetamoli ja alkoholi. Suomen apteekkarilehti - Finlands apotekartidning : Apteekkari 2002;91(6):16-17.

342. **Vahtera J, Poikolainen K, Kivimäki M, Ala-Mursula L, Pentti J.** Alcohol intake and sickness absence: a curvilinear relation. *Am J Epidemiol* 2002;156(10):969-76.

343. **Varesmaa-Korhonen L, Mäntyselkä P.** Lauantaiaamun halvaus. Suomen Laakarilehti 2002;57(39):3875.

344. **Virkkunen M.** Mikä on väkivaltaisuuden ja antisosiaalisen persoonallisuushäiriön biologisella taustalla? *Tiimi* 2002;(2002) : 5:s. 15-16.

Opinnäytteet • Theses

345. **Halonen M.** Kertominen terapian välineenä: tutkimus vuorovaikutuksesta myllyhoidon ryhmäterapiassa [Dissertation]. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2002. (Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia; 899)

346. **Itäpuisto M.** Pullon varjosta valoon. Vanhempiensa alkoholinkäytöstä kärsineiden selviytymistari-noita [Lisensiaatintutkimus]. Kuopio: Kuopion yliopisto; 2001

347. **Kalela A.** Factors affecting serum matrix metalloproteinase-9 with special reference to atherosclerosis [Dissertation]. Tampere: University of Tampere; 2002 (Acta Universitatis Tamperensis. No 886).

348. **Kankaanpää A.** The effects of psychostimulant drugs on brain dopaminergic and serotonergic neuronal systems: the role of 5-HT3 receptors [Dissertation]. Helsinki: University of Helsinki; 2002 (Publications of the National Public Health Institute A12).

349. **Kouvonen A.** Part-time work and deviant behaviour among Finnish adolescents [Dissertation]. Helsinki: University of Helsinki; 2002 (OPTL 191).

350. **Meririnne E.** Rewarding properties of psychomotor stimulants and morphine: pharmacological modulation of their conditioning or sensitization in rats [Dissertation]. Helsinki: University of Helsin-ki; 2002 (Publications of the National Public Health Institute A9).

351. **von der Pahlen B.** The role of alcohol and steroid hormones in human aggression [Dissertation]. Åbo: Åbo Akademi; 2002 (Publications of the National Public Health Institute A 15).

352. **Raatesalmi K.** Alcohol sensitivity and stress adaptation in a rat model [Dissertation]. Turku: Turun yliopisto; 2002 (Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. Medica. Odontologica. No 510).

353. **Rintala J.** Neuropathology of aging and long-term ethanol consumption : morphological and immunoistochemical studies on rat cerebellum, locus coeruleus and frontal cortex [Dissertation]. Tam-pere: University of Tampere; 2002 (Acta Universitatis Tamperensis. No 851).

354. **Rönkkönen H, Nevalainen A.** Perhe, kaverit ja terveysvalinnat : kuudesluokkalaisten mieliku-via alkoholikokeiluista [Pro gradu]. Kuopio: Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos; 2002.

355. **Tigerstedt C.** The dissolution of the alcohol policy field. Studies on the Nordic countries [Disser-tation]. Helsinki: University of Helsinki; 2001

356. **Ulvi T.** Kuka näkee naisen lasin takaa? : alkoholi ja arjen todellisuus päihdeongelmaisten naisten kertomuksissa [Pro gradu]. Helsinki; 2002 (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2002:4).

357. **Väkeväinen S.** Local acetaldehyde production as a pathogenetic factor for upper digestive tract cancers in humans [Dissertation]. Helsinki: University of Helsinki; 2002

Tekijäluettelo • Index of authors

A

Aalto, M. 211

Aalto-Setälä, T. 281, 282, 283, 284, 285

Adachi, J. 167

Adams, R. 153

Ahlström, S. 1, 181, 286, 287, 288, 289

Ahola, K. 334

Ahtee, L. 158164

Ahtola, R. 212, 221, 231, 232, 233, 255

Aira, M. 213

Airavaara, M. 315

Ala-Mursula, L. 342

Alavaikko, M. 2

Alftan, H. 280

Alho, H. 15, 133, 143, 150, 166, 174, 214, 215

Allamani, A. 3

Allaste, A.-A. 52, 180

Anav, S. 3

Anichtchik, O. 155

Anttila, P. 170

Apo, S. 182

Arminen, I. 216

Aro, A. R. 16

Aro, H. 154, 281

Asano, M. 167

Aunola, S. 157

B

Baas, A. 217, 218

Bergström, K. 156

Bissette, G. 137

Blake, J. 170

Blomqvist-Åkerman, M. 207

Boffetta, P. 147

Bothas, H. 219, 220

Bots, M. L. 134, 316

Bradford, B. 161

Brennan, P. 147

Britton, A. 4

Bryson, Y.339

Byrne, S. 18

C

Callaway, J. 156

Carlini-Marlatt, B. 79

Cipriani, F. 3

Conway, K. P. 131

Culnane, M. 339

D

Dahl, P. 290

Delong, L. 324

Devlin, A. M. 135

Diaz, L. 130, 171

E

Eisenbach-Stangl, I. 5

Eklund, K. K. 140

Ellermaa, S. 144

Elwood, P. C. 134, 316

Enoranta, E. 328

Eriksson, C. J. 138, 140, 270, 271, 275, 276

F

Farkkila, M. 177

Forsberg, H. 314,

Freire de Concalves, A. 134, 316

G

Garrow, T. A. 135

Gefou-Madianou, D. 7

Grobbee, D. E. 134, 316

Gunning-Dixon, F. 129

Gureje, O. 79

H

Haarasilta, L. 154, 281

Haavisto, K. 221, 232

Hakala, J. 8

Hakkarainen, P. 9, 10, 11, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 200, 317

Hakko, H. 132

Hall, H. 156

Hallikainen, T. 130, 171

Halmesmäki, E. 272, 280

Halonen, M. 345

Halsted, C. H. 135

Havio, M. 291

Heikius, B. 136

Heikkinen, M. 145, 334

Hein, R. 12, 13

Heinonen, E. 222

Heinonen, J. 14, 15

Heinz, A. 137

Helakorpi, S. 16, 20

Helander, A. 138

Heliövaara, M. 151

Henley, S. J. 147

Hietala, J. 130, 172

Hillbom, M. 139

Hirschovits, T. 290

Hirsjärvi, P. 144

Hofler, M. 301

Holi, M. 320

Holmberg, N. 223

Holmila, M. 17, 63, 221, 224, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 292

Holmström, P. 333

Holopainen, A. 333

Hommer, D. 137

Honkonen, T. 334

Hope, A. 18

Horverak, Ø. 19

Höyhtyä, M. 173

Hublin, C. 318

Hughes, M. D. 339

Hurme, T. 236

Hyytiä , P. 158, 165, 176, 273

Hämäläinen, J. 145

Härkönen, M. 140

I

Iimuro, Y. 161

Iles, M. R. 276

Ilmoniemi, R. J. 320

Inzitari, D. 134, 316

Isensee, B. 301

Isohanni, M. 319

Isometsä, E. 154, 334

Itäpuisto, M. 346

J

Jakobsson, T. 170

Jallinoja, P. 20

James, S. J. 135

Janhunen, S. 158

Jernigan, D. 79

Jones, D. W. 137

Joukamaa, M. 334

Jousilahti, P. 143, 150

Jousimies-Somer, H. 177

Junger, S. 50

Juntunen, J. 21

Jänkälä, H. 140

Järveläinen, H. A.141, 142, 168

K

Kaihovaara, P. 172, 179

Kainulainen, H. 22

Kalela, A. 173, 347

Kalimo, R 334

Kaltiala-Heino, R. 311

Kangas, I. 63

Kankaanpää, A. 144, 145, 146, 348

Kannas, L. 294

Kantola, J. 190

Kaprio, J. 148, 154, 313, 323

Karhu, J. 320

Karhu, P. 23

Karlsson, T. 3, 4, 5, 7, 18, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 50, 86, 87, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 203, 204

Karlstedt, K. 155

Karttunen, T. 136

Karvonen, M. K. 130, 171

Karvonen, S. 313

Kask, A. 165

Kaslin, J. 155

Kauhanen, J. 130, 171

Kaukonen, O. 41, 63, 237, 264

Kähkönen, S. 320

Kärkkäinen, E. 24

Kärnä, T. 334

Kelasalmi, A. 299

Kemppainen, E. 149

Kesäniemi, M. 320

Kiianmaa, K. 42, 155, 158, 164

Kinnunen, A. 43

Kivimäki, M. 342

Kiviruuusu, O. 334

Kleemola, M. 328

Knable, M. 137

Knibbe, R. 198

Knuuttila, V. 337

Kohlenberg-Mueller, K. 276

Koivula, L. 238, 269

Koivuniemi, M. 239

Koll, M. 162, 167

Konkka, J. 44

Koponen, H. 319

Koponen-Piironen, H-M 328

Korander, T. 45, 46, 47, 48, 49, 88, 191, 295, 299, 307

Korpi, E. R. 155, 169, 176

Korte, J. E. 147

Koskenvuo, M. 148, 157, 238, 269, 323

Koski, A. 321

Koski-Jännes, A. 240, 241

Koskinen, S. 63, 334

Koudstaal, P. J. 134, 318

Kouvonen, A. 296, 297, 298

KP 322

Kranzler, H. R. 152

Kraus, L. 50, 198

Kronholm, E. 157

Kujala, U. M. 148, 323

Kuoppasalmi, K. 209, 268

Kümmler, P. 50, 198

Kylänpää-Bäck, M-L 149

L

Laakso, M. P. 129

Laapio, M-L 47, 299

Laatikainen, T. 150, 324

Lachman, H. M. 130, 171

Lagerspetz, M. 51, 52, 180

Lahelma, E. 313

Lahti, R. A. 325

Lahti-Koski, M. 151, 302

Lahtinen, E. 334

Laine, P. 243

Lamberg, M. 53

Lappalainen, J. 152

Laukkala, T. 154

Launis, V. 54, 55

Laursen, B. 153

Lehtinen, V. 334

Lehtola, J. 136

Lehtonen, H. 328

Leifman, H. 56

Leimio-Reijonen, S. 300

Leinonen, P. 326

Leppänen, K. 57, 58, 59, 203, 204, 335

Lieb, R. 301

Lillsunde, P. 208. 267

Lindeman, J. 60

Lindeman, S. 154

Lindman, R. E. 270

Lindros, K. O. 141, 142, 168

Linnoila, M. 137

Lintonen, T. 297, 298, 305

Lintunen, M. 155

Lönnqvist, J. 281, 283, 284, 285, 334

Luntiala, P. 208

Lusa, S. 244

M

Malison, R. 152

Malm, J. 246

Mantere, T. 156

Mantle, D. 167

Marniemi, J. 157

Marshall, M. 79

Marttunen, M. 281, 283, 284, 285, 311

Marvola, M. 172

Mattlar, C. E. 157

Medina-Mora, M. E. 79

Melnyk, S. 135

Mentula, S. 177

Meri, S. 142

Merikangas, K. R. 131, 301

Meririnne, E. 144, 145, 146, 350

Methuen, T. 133

Metso, L. 1, 192, 288, 289, 328

Miettola, J. 329

Miettunen, J. 132

Mikkilä, V. 302

Mikkola, J. A. 158

Mofenson, L. M. 339

Moilanen, K. 319

Monteiro, M. 79

Muller, K. 209

Murto, L. 263

Mustalampi, S. 235

Mustonen, H. 66, 181, 192, 193, 194, 195

Mäkelä, K. 79, 245

Mäkelä, P. 61, 62, 63, 64, 80, 192, 327

Mäki, M. 65

Mäki, T. 140

Mäkisalo, H. 270

Mäntyselkä, P. 329, 343

N

Naukkarinen, H. 268

Nevalainen, A. 306, 354

Niemelä, J. 135, 247

Niemelä, O. 136, 159, 160, 161, 162, 167, 170

Niemelä, S. 136

Niemi, I. 248, 291

Niilola, K. 68

Nikitin, Y. 134, 316

Nikkari, S. T. 137

Nikouline, V. V. 320

Nuorvala, Y. 69, 70, 328

Nuutinen, H. 177

Nylander, I. 165, 273

Näre, S. 67

Näveri, M. 330

O

Ojala, K. 294

Ojanperä, I. I. 321

Ollikainen, H. 248, 249

Ollikainen, M. 320

Olsson , B. 188

P

Paaso, K. 71

von der Pahlen, B. 163, 270, 271, 351

Paice, A. G. 167

Paloheimo, M. 133

Panula, P. 155

Parkkila, S. 135, 161, 162, 167

Parry, C. 79

Partanen, A. 332, 333

Partanen, J. 79

Partonen, T.

Pasanen, M. 161

Patja, K. 16

Pekuri, P. 211

Pelto-Huikko, M. 169

Peltola, J. 303

Peltonen, M. 196

Pennanen, P. 328

Pentti, J. 342

Penttilä, A. 209

Perälä, R. 216, 250, 333

Pere, L. 305

Peters, T. 112, 167

Peura, S. 328

Pfister, H. 301

Piepponen, T. P. 164

Pietinen, P. 151, 302

Pihlajarinne, L. 172

Piispa, M. 251, 252

Pikarinen, U. 272

Pirkola, S. 334

Pitkänen, T. 304

Ploj, K. 165

Podkletnova, I. 166

Pohjalainen, T. 130, 171

Poikolainen, K. 72, 73, 143, 154, 166, 253, 281, 283, 284, 285, 334, 335, 342

Pokusajeva, S. 324

Prättälä, R. 16, 63

Preedy, V. 162, 167

Price, L. H. 152

Pronko, P. S. 168

Pulkkinen, L. 153, 304

Punnonen, K. 170

Puska, P. 150, 324

Puttonen, M. 197

Päivärinta, M. 76

Pärssinen, M. 331

R

Raatesalmi, K. 155, 169, 352

Ragan, P. 137

Rainio, S. 305

Raitasalo, K. 15, 77, 198, 292

Raitasalo, R. 334

Rajendram, R. 167

Ramstedt, M. 56

Rantala, K. 254

Rantala, M. 233, 255

Rantala, S. 256

Rantanen, P. 311

Repo, H. 149,

Repo, R. 336

Repo-Tiihonen, E. 129

Riley, L. 79

Rimpelä, A. 305, 311

Rimpelä, M. 302, 305, 311

Rintala, J. 353

Roine, R. 15, 77, 133

Roman, E. 165, 273

Romelsjö, A. 80

Romppanen, J. 170

Romppanen, P. 78

Ronnemaa, T. 157

Room, R. 79, 80

Rosenheck, R. A. 152

Rossi, D. 3

Rossow, I. 64

Rounsaville, B. J. 131

Ruotsalainen, J. 83

Ruuth, P. 12

Ryynänen, O. P. 130, 171

Räsänen, P. 132, 156

Räty, R. 199

Rönkkönen, H. 306, 354

S

Saarnio, P. 274, 337

Saarto, A. 104

Sainio, M. 49

Saito, T. 130, 171

Salaspuro, M. 81, 133, 172, 177, 178, 179

Salaspuro, V. 172

Salasuo, M. 82, 189, 200, 201, 254, 257, 258, 259

Salimov, R. M. 175

Sallmen, T. 155

Salmela, K. S. 177

Salminen, J. 334

Salo, M. 83

Salonen, J. T. 130, 134, 171, 316

Sarkola, T. 270, 271, 275, 276, 280

Sarna, S. 268

Sarviharju, M. 169

Saxena, S. 79

Schioth, H. B. 165

Seitz, H. K. 167

Seppä, H. 208

Seppä, K. 133, 173, 210, 211, 271

Seppälä, H-R. 294

Seppälä P. 201

Seppälä, S. 84, 202

Seppälä, T. 144, 145, 146, 331

Seppänen-Leiman, T. 217, 218

Shapiro, D. E. 339

Shigenaga, M. 135

Shinderman, M. 174

Sihto, M. 260

Sillanaukee, P. 143, 150, 173

Simpura, J. 27, 85, 86, 87, 98, 198, 203, 204, 234

Sinclair, J. D. 174, 175, 215

Sinnemäki, T. 291

Sivenius, J. 134, 316

Soikkeli, M. 261, 262

Soine-Rajanummi, S. 47, 48, 49, 88, 299, 307

Soini, S. L. 176

Soininen, H. 129

Stenius, K. 89

Stenius, Y. 205

Stoor, R. 328

Strid, N. 133

Suhonen, H. 263

Sulkunen, P. 90

Sund, R. 66

Suojasalmi, J. 91, 264

Suonpää, J. 277, 278

Sutinen, T. 265

Suvisaari, J. 334

Swendsen, J. D. 131

Syvälähti, E. 130

Särkioja, T. 156

T

Tainio, M. 328

Taitto, A. 309, 310

Tammi, T. 258

Thurman, R. G. 161

Tiainen, J. 133

Tigerstedt, C. 10, 71, 92-98, 355

Tiihonen, J. 129, 130, 156, 171

Tillonen, J. 178, 179

Timonen, M. 132

Toikka, T. 157

Torikka, A. 311

Tourunen, J. 266, 312

Trichopoulou, A. 134, 316

Tryggvesson, K. 64

Tulokas, S. 338

Tuomala, R. E. 339

Tuomilehto, J. 134, 316

Tuomisto, J. 340

Tuovinen, E. L. 1, 192, 260, 288, 289

Tupala, E. 156

Turunen, O. 341

Tuulio-Henriksson, A. 281, 283, 284, 285

Tynjälä, J. 294

Tähti-Niemi, A. 308

Törrönen, J. 11, 28, 99, 100-103, 206

U

Ueno, Y. 167

Uhanov, M. 324

Uhl, A. 5

Ulvi, T. 279, 356

Uutela, A. 16, 20

V, W

Wahlfors, L. 12, 13

Vahtera, J. 342

Vakeva, A. 142

Wallock, L. M. 135

Van Dyck, C. 152

Vanhanen, A. 267

Varesmaa-Korhonen, L. 343

Warpenius, K. 108, 109

Warsell, L. 110, 111, 221, 235

Vartiainen, E. 143, 150, 151, 324

Vaurio, O. 129

Veijola, J. 132

Weinberger, D. R. 137

Wellek, S. 137

von Wendt, L. 132

Wennberg, M. 54, 55

Viglione, P. 104

Wikberg, J. E. 165

Villanueva, J. A. 135

Villberg, J. 294

Winter, T. 313

Virkkunen, M. 344

Virokannas, E. 314

Virtanen, A. 12, 105, 169

Virtanen, M. 106, 107

Virtanen, S. M. 302

Visapää, J. P. 178, 179

Wittchen, H. U. 301

Voller, F. 3, 198

Vorma, H. 268

Worrall, S. 167

Vuorela, P. 280

Vuori, E. 209, 321, 325, 335

Vuori, M. 294

Väkeväinen, S. 177, 357

Välimaa, R. 294

Z

Zitting, P. 132

Ö

Österberg, E. 3, 4, 5, 7, 18, 19, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 50, 56, 59, 71, 83, 89, 112-128