



Tommi 2005

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

Tommin kirjoittajat

Heikki Bothas	VTM, projektikoordinaattori, A-klinikkasäätiö, heikki.bothas@a-klinikka.fi
Ritva Hein	VTM, kehittämisspäällikkö, Stakes, ritva.hein@stakes.fi
Jaana Lepistö	LL, vs. osastonlääkäri, HYKS / Peijaksen sairaalan nuorisopsykiatrian klinikka, jaana.lepisto@hus.fi
Jukka Lindeman	HuK, informaatikko, Kansanterveyslaitos, jukka.lindeman@ktl.fi
Päivi Puro	VTM, projektikoordinaattori, A-klinikkasäätiö, paivi.puro@a-klinikka.fi
Kirsimarja Raitasalo	VTM, tutkija, Stakes, kirsimarja.raitasalo@stakes.fi
Mikko Salaspuro	LKT, päihdelääketieteen professori, Helsingin yliopisto, mikko.salaspuro@hus.fi
Mikko Salasuo	VTT, tutkija, Helsingin yliopisto, Alkoholi- ja huumetutkijain seuran hallituksen puheenjohtaja, mikko.salasuo@helsinki.fi
Kaija Seppä	LKT, yleislääketieteen professori, Tampereen yliopisto, kaija-liisa.seppa@uta.fi
Lennart Wahlfors	LuK, tietohallintopäällikkö, STTV, lennart.wahlfors@sttv.fi
Esa Österberg	VTM, erikoistutkija, Stakes, esa.osterberg@stakes.fi

Päätoimittaja

Kirsimarja Raitasalo	VTM, tutkija, Stakes, kirsimarja.raitasalo@stakes.fi
----------------------	--

Toimituskunta

Hannu Alho	LKT, dos., ylilääkäri, Kansanterveyslaitos, hannu.alho@ktl.fi
Jukka Lindeman	HuK, informaatikko, Kansanterveyslaitos, jukka.lindeman@ktl.fi
Risto Roine	LKT, dos., arviointiylilääkäri, HUS, risto.p.roine@hus.fi
Christoffer Tigerstedt	VTT, erikoistutkija, Stakes, christoffer.tigerstedt@stakes.fi



English: David Sinclair

Julkaisija: Alkoholi- ja huumetutkijain seura ry

Taitto: Koala-Kustannus

Painopaikka: Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna 2005

ISSN 1458-9982

Sisältö

Mikko Salasuo: Esipuhe – <i>Foreword</i>	5
Esa Österberg: Alkoholin kulutuksen kasvu vuonna 2004 – <i>Abstract: The growth in alcohol consumption in Finland in 2004</i>	7
Kaija Seppä: Mini-interventio – alkoholin suurkuluttajien lyhytneuvonta – <i>Abstract: Brief intervention – short counseling for hazardous drinkers</i>	19
Jaana Lepistö: Nuorten päihdehäiriöiden hoito – <i>Abstract: Treatment of adolescent substance use disorders</i>	30
Mikko Salaspuro: Stimulanttien käyttöön liittyvien ongelmien hoito – <i>Abstract: Treatment of problems related to stimulant use</i>	39
Päivi Puro: Monikulttuurisen huumeuutuksen ulottuvuuksia – kokemuksia venäjänkielisten maahanmuuttajien huumeongelmista ja niiden ratkaisumalleista – <i>Abstract: Dimensions of the multicultural substance abuse services – Practical experiences with drug use problems and solutions to problems among Russian-speaking immigrants</i>	48
Kirsimarja Raitasalo: "Alkoholinkäyttö on jokaisen yksityisasia, eikä siihen sovi kenenkään puuttua" – <i>Abstract: "Alcohol use is everyone's own business and no one should interfere with it"</i>	59
Heikki Bothas: Lannistaako laki työpaikkojen testausinnostuksen? – <i>Abstract: Will the new legislation suppress enthusiasm to test employees?</i>	66
Mikko Salasuo: Huumeaallot sukupolvi-ilmiöinä – <i>Abstract: Drug "waves" as generational phenomena</i>	75
Ritva Hein & Lennart Wahlfors: Tilastotietoa alkoholista ja huumeista – <i>Abstract: Statistics about alcohol and drugs</i>	87
Vuonna 2004 ilmestyneet väitöskirjat	93
Jukka Lindeman: Alkoholi- ja huumeetutkimus Suomessa 2004 – <i>Abstract: Alcohol and drug studies in Finland in 2004</i>	108
– Alkoholi- ja päihdepolitiikka – <i>Alcohol and drug policy</i>	109
– Alkoholismi – <i>Alcoholism</i>	112
– Biolääketieteellinen alkoholi- ja huumeetutkimus – <i>Biomedical alcohol and drug research</i>	113

– Historia, päihdekulttuuri ja perinne – <i>History, alcohol and drug culture and tradition</i>	115
– Liikenne – <i>Traffic</i>	116
– Päihdeongelmien ennaltaehkäisy ja hoito – <i>Prevention and treatment of substance abuse</i>	117
– 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 – <i>Index of authors</i>	125

Esipuhe Foreword



Suomalaisten alkoholin kulutus on viime vuoden veronalennusten myötä kasvussa, kun sen sijaan huumeiden käytön kasvu vaikuttaa tasaantuneen. Muutosten syiden ja seurausten verkko on monitahoinen, ja se vaikuttaa monilla tavoin suomalaiseen yhteiskuntaan ja kansalaisten hyvinvointiin. Tämä vuosikirja pyrkii poikkitieteellisyydellään ja monipuolisella otteellaan nostamaan esiin muutamia ajankohtaisia teemoja. Artikkelit käsittelevät päihdetutkimuksen kenttää useasta eri näkökulmasta, jotka valottavat meneillään olevaa murrosta.

Alkoholi- ja huume kuvioiden muutosten kiivas tahti vaatii tutkijoilta entistä enemmän herkkyyttä ja joustavuutta. Yksi haaste on mahdollisimman ajankohdallisen tiedon tuottaminen päättäjille. Kuten Alkoholi- ja huume tutkijain seuran edellinen puheenjohtaja Risto Roine viime vuoden vuosikirjan esipuheessa peräänkuulutti, pelkkä havainnointi ja sivusta seuraaminen eivät riitä, vaan tarvitaan tutkimustietoon perustuvia uusia ideoita ja toimintamalleja sekä tieteellistä näyttöä niiden hyödyistä. Liian monet alkoholi- ja huume poliittiset ratkaisut perustuvat tällä hetkellä ennakkoluuloihin, uskomuksiin ja asenteisiin. Nopeasti liikkuvissa päihdekuvioissa tällaisella päätöksenteolla saattaa olla jopa haitallisia vaikutuksia. Tarvitaan siis tutkijoiden nopeaa reagointia tiedontarpeeseen sekä heidän näkyvämpää ulostuloa kammioistaan.

Tässä Alkoholi- ja huume tutkijain seuran neljännessä vuosikirjassa on kirjoittajina jälleen joukko suomalaisia päihdealan eturivin asiantuntijoita. Vuosikirja on koettu tärkeänä julkaisufoorumina ja se on vakiinnuttanut paikkansa päihdetutkimuksen ja -politiikan kentällä. Kirjoitukset herättävät varmasti keskustelua ja kirvoittavat mielipiteitä. Alkoholi- ja huume tutkijain seura ja vuosikirjan toimituskunta työskentelevät sen puolesta, että vuosikirjan julkaiseminen on vastaisuudessaakin mahdollista nykyisessä formaatissaan ja laajuudessaan.

Alkoholi- ja huume tutkijain seura kiittää sosiaali- ja terveysministeriön ylläpitämää Alkoholiohjelmaa (2004–2007) taloudellisesta tuesta, joka on mahdollistanut vuosikirjan julkaisemisen. Vuosikirja on luettavissa myös interne-

tissä Alkoholi- ja huumeutkijain seuran kotisivuilla (<http://www.ahtseura.org>). Samoilta sivuilta saa tietoa myös seuran järjestämistä seminaareista ja seuran jäseneksi liittymisestä.

The reductions in excise duties on alcoholic beverages in Finland, coming into effect on March 1st, 2004, have increased the use of alcohol, while the drug situation in Finland seems to be stabilizing. Nevertheless, the changes in both the alcohol and drug field are rapid and in great need of monitoring and analysis. What is needed is a fluent and flexible research program to provide well-founded arguments for decision-makers. As Risto Roine, previous Chairman of the Finnish Society for Alcohol and Drug Research reminded us in last year's Yearbook, researchers should be active in the current situation. It is no longer justifiable merely to stand by as innocent observers and passive scientists. We need to use our knowledge and wisdom to combat the expected surge of harm from alcohol and drug use.

With this Yearbook and several seminars each year, the Society tries to create a more vibrant and open discussion about alcohol and drug issues. With this in mind, the book also contains English abstracts of the contributions.

Mikko Salasuo

Alkoholi- ja huumeutkijain seuran hallituksen puheenjohtaja
Chairman of the Finnish Society for Alcohol and Drug Research



Esa Österberg

Alkoholien kulutuksen kasvu vuonna 2004

Johdanto

Tammikuun 1. päivänä vuonna 2004 poistettiin alkoholijuomien matkustajatuontia toisista EU-maista säädelleet määrälliset kiintiöt. Määrällisten kiintiöiden ollessa voimassa matkustaja sai tuoda Suomeen toisesta EU-maasta yhden litran väkeviä alkoholijuomia, kolme litraa välituotteita, viisi litraa viiniä ja 64 litraa olutta. Näistä juomista matkustajan ei tarvinnut maksaa Suomen alkoholiveroja edellyttäen, että hän oli ostanut ne toisesta EU-maasta verollisina, että juomat tulivat matkustajan omaan käyttöön ja että hän toi ne itse mukanaan. Määrällisistä kiintiöistä luopuminen piti sisällään vain tuontimäärän vapautumisen. Muilta osin säännökset eivät muuttuneet, joten matkustajien tuomista salakaupasta ostetuista alkoholijuomista tai matkustajien kaupalliseen tarkoitukseen eli jälleenmyyntiin tuomista alkoholijuomista oli edelleenkin maksettava Suomen alkoholiverot (Tullihallituksen tiedotuksia nro 265, 2003). Vaikka säännösten muutos olikin selvä, viranomaisasolla ongelmia tuotti oman käytön tai itse mukanaan tuomisen määrittely. Näitä ongelmia ei lainkaan helpottanut se, että EU-maiden välisessä rajakontrollissa perussääntönä on, että matkustajien satunnaisia tarkastuksia ei saa suorittaa. Tarkastusten suorittamiselle tulee olla perusteltu epäily säännösten rikkomisesta.

Virosta tuli EU:n jäsen toukokuun ensimmäisenä päivänä vuonna 2004. Tämä merkitsee, että matkustajien alkoholintuontia Virossa ovat toukokuun 1. päivästä alkaen säädelleet edellä kuvatut EU-säännökset, kun vielä huhtikuun lopulla Virossa Suomeen saapuva matkustaja sai tuoda veroja maksamatta mukanaan vain litran väkeviä alkoholijuomia tai kaksi litraa välituotteita ja kaksi litraa viiniä sekä 16 litraa olutta. Lisäksi alkoholintuonnin edellytyksenä oli, että suomalainen matkustaja oli ollut Virossa vähintään 20 tuntia ja että Suomeen saapuva virolainen matkustaja tai muu kolmannen maan kansalainen tulisi viipymään Suomessa vähintään kolme vuorokautta (Korolainen & Österberg, 2004).

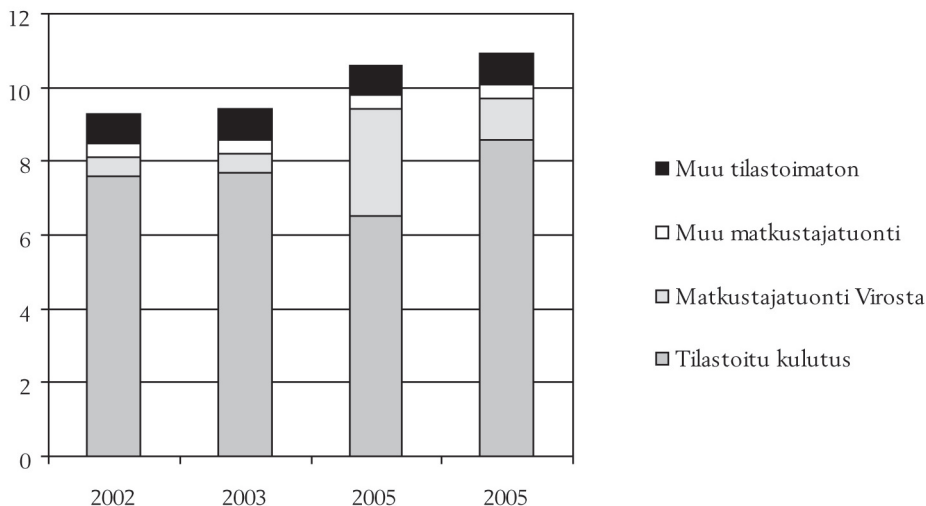
Vuoden 2004 alussa alkoholijuomien hinnat olivat Virossa selvästi alhaisemmat kuin Suomessa. Alkon hinnat olivat kiinteät ja luettavissa Alkon hinnastosta,

eivätkä päivittäistavarakauppojen keskioluen hinnoista tuohon aikaan vaihdelleet kovin suuresti. Lidl tosin oli rantautunut Suomeen jo loppuvuodesta 2002 ja myynyt siitä alkaen keskiolutta tavanomaista halvemmilla hinnoilla, mikä oli pakottanut myös suomalaisia päivittäistavarakauppoja tarkistamaan keskioluen hintojaan alaspäin. Virossa alkoholijuomilla ei ole kiinteitä hintoja, joten hintavertailujen tulokset riippuvat hieman siitä, mistä ja milloin hinnat on kerätty ja ovatko kerätyt hinnat tarjoushintoja. Nämä epävarmuustekijät huomioon ottaen voidaan todeta, että vuoden 2004 alkupuolella kirkkaita viinoja sai Virossa viidesosalla siitä hinnasta, mitä niistä joutui maksamaan Alkossa. Oluen hinnat olivat Virossa noin kolmasosa Suomen hinnoista ja halvimpien Alkon myymien viinien hinnat olivat Virossa noin kolmasosan halvemmat kuin Suomessa (Korolainen & Österberg, 2004).

Alkoholijuomien veroja alennetaan 1.3.2004

Alkoholijuomien matkustajatuontikiintiöiden poistamisen ja Viron EU-jäsenyyden ennakoitiin johtavan alkoholijuomien matkustajatuonnin kuusinkertaisuuteen Virossa vuositasolla (kuvio 1). Tämä olisi merkinnyt, että alkoholin kokonaiskulutus olisi lisääntynyt 9,4 litrasta alkoholia asukasta kohti vuonna 2003 noin 10,6 litraan vuonna 2005. Vuotta 2005 pidettiin vuonna 2004 parempana vertailukohteena, koska se oli ensimmäinen kokonainen vuosi, jolloin sekä matkustajatuontikiintiöt oli poistettu että Viro oli EU:n jäsen. Alkoholin kokonaiskulutuksen lisääntymisen ohella matkustajatuonnin kuusinkertaisuuden Virossa ennakoitiin johtavan kotimaisen alkoholinmyynnin alenemiseen noin 6,5 litraan alkoholia asukasta kohti huolimatta taloudellisen kasvun yleensä tuomasta vuosittaisesta parin prosentin lisäkulutuksesta. Tämä olisi merkinnyt, että suomalainen alkoholityöllisyys olisi vähentynyt. Lisäksi vaarana oli, että alkoholijuomien matkustajatuonnin paisumisen olisi johtanut harmaiden alkoholimarkkinoiden laajenemiseen.

Kuvio 1: Alkoholin kulutus Suomessa vuonna 2005, jos veroja ei olisi alennettu vuonna 2004 ja kun niitä alennettiin vuonna 2004, litraa 100 % alkoholia asukasta kohti



Ennakoitu kotimaisen alkoholinmyynnin väheneminen ja siihen liittyvä veropohjan kapeneminen samoin kuin harmaiden markkinoiden mahdollinen laajeneminen johtivat keskusteluun alkoholiverojen alentamisesta. Koska Suomen alkoholiverojen alentamisen arveltiin vain kiihdyttävän alkoholin kulutuksen kasvua, olivat kansanterveydestä huolta kantavat tahot valmiita katsomaan, mitkä Viron EU-jäsenyyden todelliset vaikutukset olisivat ja torjumaan niitä tarpeen mukaan jälkikäteen alkoholiveroja alentamalla. Alkoholiteollisuus ja -kauppa taas olivat valmiita alentamaan alkoholiveroja heti kautta linjan 70 prosentilla Virosta tapahtuvan alkoholintuonnin torjumiseksi.

Hallituksen näkemyksenä oli, että Viron EU-jäsenyyteen oli varauduttava veronalennuksin, jotka toisaalta takaisivat, että alkoholityöllisyys ja veropohja säilyisivät Suomessa ja että pimeät tai harmaat alkoholimarkkinat eivät laajentuisi. Alkoholiverojen alennus oli siten kohdistettava ensisijaisesti niihin juomiin, joissa matkustajatuonnin kasvupaine oli suurin ottaen huomioon sekä alkoholi-juomien hinnoissa Suomen ja Viron välillä vallinneet erot että alkoholijuomien matkustajatuontiin liittyvät logistiset seikat eli ennen kaikkea sen, että alkoholin kantaminen väkevien alkoholijuomien ja välituotteiden muodossa on helpompaa kuin viinien ja oluen muodossa.

Hallitus päätyi esittämään väkevien alkoholijuomien valmisteverojen alentamista 44 prosentilla, kun vastaavat alennukset olivat välituotteilla 40 prosenttia, viineillä 10 prosenttia ja oluilla 32 prosenttia. Veronalennusten jälkeen kulutuksen kasvuksi vuositasona ennakoitiin väkeville alkoholijuomille noin 26 prosenttia,

välituotteilla noin 19 prosenttia, viineillä noin 12 prosenttia ja oluilla noin 10 prosenttia. Näissä arvioissa oli mukana myös taloudellisen kasvun tuoma lisäys sekä trendikasvu, joka esimerkiksi viineillä oli arvioitu 10 prosentiksi (Korolainen & Österberg, 2004). Vuositasolla tilastoidun alkoholinkulutuksen ennakoitiin nousevan 8,6 litraan asukasta kohti ja tilastoimattoman alkoholinkulutuksen 2,3 litraan sekä alkoholin koko kulutuksen 10,9 litraan. Alkoholin matkustajatuonnin Virosta ennakoitiin kasvavan 0,5 litrasta 1,1 litraan ja alkoholin koko matkustajatuonnin 0,9 litrasta 1,5 litraan (Kuvio 1).

Alkoholin kulutuksen tilastointi

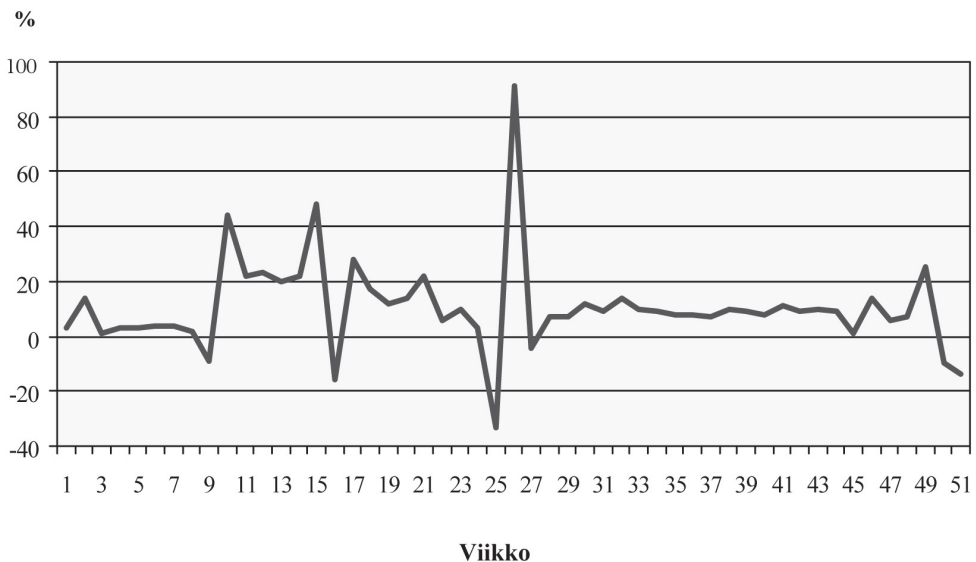
Suomessa alkoholijuomien kulutuksen tilastointi perustuu alkoholijuomien myyntiin siten, että tilastoiduksi kulutukseksi lasketaan kuluttajien Alkosta ostamat alkoholijuomat sekä vähittäiskaupan ja anniskelupaikkojen ostamat alkoholijuomat. Normaalisti alkoholijuomien tilastoitu kulutus vastaa melko hyvin kuluttajien nauttimaa alkoholimäärää, sillä kuluttajien kotonaan varastoitujen alkoholijuomien määrät sekä päivittäistavarakaupan ja ravintoloiden alkoholivarastot eivät vaihtelee suuresti. Alkoholiveron alentamisen yhteydessä kuluttajien voitiin arvella pidättäytyvän alkoholijuomien ostoista juuri ennen veronalennusta. Tämä mahdollisuus on syytä ottaa huomioon, mutta sen vaikutusta ei tule liioitella, koska suomalaisilla ei ole kotonaan varastoituna kovin suuria alkoholimääriä.

Vakavampi alkoholinkulutuksen tilastointiin liittyvä ongelma oli se, että päivittäistavarakaupan ja anniskelupisteiden edun mukaista oli ajaa alkoholijuomien varastonsa mahdollisimman pieniksi ennen veronalennusta, koska maaliskuun alussa varastoissa olevista alkoholijuomista oli maksettu vanha korkeampi vero ja paine myydä ne veronalennuksen edellyttämällä alemmalla hinnalla oli suuri. Näin ollen Tuotevalvontakeskuksen viralliset tilastot alkoholin kulutuksesta helmikuussa ja maaliskuussa 2004 eivät anna oikeaa kuvaa kuluttajien noina kuukausina käyttämistä päivittäistavara- ja anniskeluravintoloista ostamista alkoholijuomista, koska noiden kuukausien tilastoluvut heijastavat myös päivittäistavarakaupan ja anniskelupisteiden varastojen alasajoa helmikuussa ja niiden palauttamista ennalleen maaliskuussa. Vuositasolla päivittäistavarakaupan ja ravintoloiden varastojen muutoksilla ei kuitenkaan ole vaikutusta kulutuslukuun.

Veronalennuksen vaikutus alkoholin kulutukseen

Tilastointikäytännöstä johtuen Alkon viikkomyynnin muutokset edelliseen vuoteen verrattuna ovat ainoa mahdollisuutemme seurata, mitä tapahtui välittömästi veronalennukseen liittyen. Vuoden 2004 alussa Alkon myynti lisääntyi parin prosentin vauhdilla. Kuvio 2 osoittaa, että kuluttajat pidättelivät alkoholiostojaan Alkon myymälöistä juuri ennen veronalennusta, mikä sattui maanantaiksi viikolla 10. Viikolla 10 alkoholin myynti nousi yli 40 prosenttia suuremmaksi kuin edellisvuoden vastaavan viikon myynti. Sen jälkeen viikkomyynnin kasvu asettui noin 20 prosentin tienoille viikoilla 11–14, mutta aleni noin 17 prosenttiin viikoilla 15–18 (Karlsson ym., 2004). Nämä viikot pitivät sisällään pääsiäisen, mikä osui vuosina 2003 ja 2004 eri kalenteriviikolle, viikolle 16 vuonna 2003 ja viikolle 15 vuonna 2004. Vappuaatto oli kumpanakin vuonna viikolla 18.

Kuvio 2: Alkon 100 % alkoholiksi muutetun viikkomyynnin muutos viikoilla 1–51 vuonna 2004, % edellisen vuoden vastaavaan viikkoon verrattuna



On hankala arvioida, missä määrin Alkon myynnin kasvu viikoilla 11–18 perustui veronalennuksen lyhytaikaisiin vaikutuksiin, eräänlaiseen uutuudenviehätykseen ja missä määrin kyse oli alkoholin kulutuksen asettumisesta uudelle tasolle. Arviota ei helpota se, että pääsiäisviikko samoin kuin vappu ovat alkoholin kulutuksen sesonkeja eikä sekään, että viikon 18 lauantaina vuonna 2004 Virosta tuli EU:n jäsen.

Viikon 18 jälkeen Alkon myynnin kasvuvauhti alkoi hidastua. Viron EU-jä-

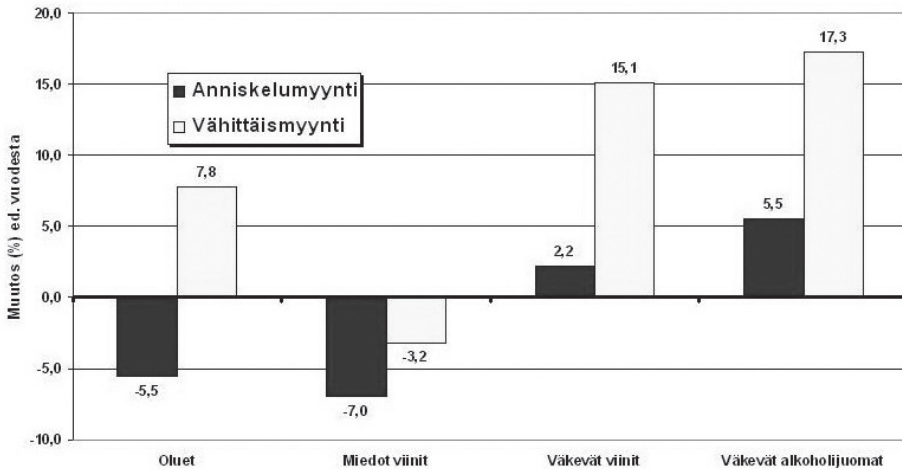
senyyden vaikutuksen voitiinkin odottaa näkyvän vähitellen, koska Viroon matkustetaan pääasiassa laivoilla. Kaikki Virosta alkoholia hakevat suomalaiset eivät yksinkertaisesti voineet tehdä matkojaan heti toukokuun alussa. Jo heinäkuun loppupuolella Alkon myynnin kasvuvauhti tasaantui noin 10 prosentin tienoil- le, minkä voidaan arvella merkitsevän, että siitä lähtien Suomeen virtasi suurin piirtein saman verran matkustaja-alkoholia kuin sitä Suomessa käytettiin.

Alkoholin kulutuksen kasvu jakelutien ja juomaryhmän mukaan

Vuosi 2004 voidaan jakaa alkoholin saatavuuden perustella kolmeen eri jaksoon. Tammi–helmikuussa alkoholiverot olivat yhä korkeat ja Viro ei vielä ollut EU:n jäsen. Maalis–huhtikuussa Suomen alkoholiverot oli jo alennettu mutta Viro oli yhä EU:n ulkopuolella. Toukokuusta joulukuuhun Suomen verot olivat alhaalla ja Viro oli EU:n jäsen. Vuoden 2004 vertaaminen vuoteen 2003 ei siis anna täyttä kuvaa siitä, mitä Suomen veronalennus ja Viron EU-jäsenyys merkitsevät Suomen alkoholinkulutukselle. Toisaalta vuoden alkukuukausina alkoholin kulutus on keskimääräistä alhaisempi, joten niiden painoarvo on myös muita kuukausia pienempi.

Alkoholiverojen osuus on suurempi alkoholijuomien vähittäismyynti- kuin anniskeluhinnoissa. Veronalennuksen aikaansaama alennusvara oli vähittäismyyntihinnoissa noin 19 prosenttia ja anniskeluhinnoissa noin 7 prosenttia, joten alkoholijuomien vähittäismyyntihinnat tulivat veronalennuksen yhteydessä halvemmiksi suhteessa anniskeluhintoihin. Tämä vaikutti myös vähittäismyynti- pisteistä ja anniskelupisteistä ostettujen alkoholijuomien määriin. Vuonna 2004 alkoholijuomien anniskelumyynti väheni 3,8 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna kun alkoholijuomien vähittäismyynti lisääntyi 8,8 prosenttia (Kuvio 3). Kaiken kaikkiaan tilastoitu alkoholinkulutus lisääntyi 6,5 prosenttia.

Kuvio 3: Alkoholijuomien litramyynnin määrän muutokset vuonna 2004 vuoteen 2003 verrattuna, %



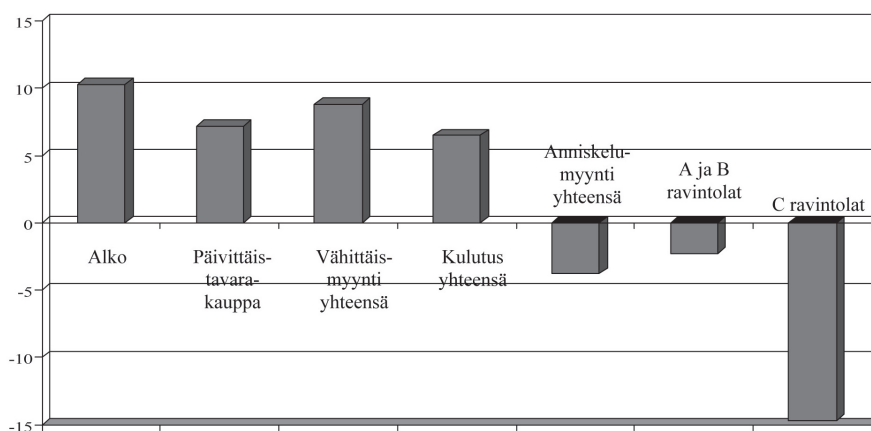
Vuonna 2004 väkeviä alkoholijuomia myytiin vähittäismyynnissä 17,6 prosenttia ja anniskelumyynnissä 5,5 prosenttia enemmän kuin vuonna 2003. Myös väkevien viinien myynti lisääntyi sekä vähittäismyynnissä että anniskelumyynnissä, vähittäismyynnissä 15,2 prosenttia ja anniskelumyynnissä 1,9 prosenttia. Verojen 10 prosentin alennuksesta ja viime vuosina vallinneesta kasvavasta trendistä huolimatta sekä viinien vähittäismyynti että anniskelumyynti vähenivät. Vähittäismyynnin väheneminen oli 3,4 prosenttia ja anniskelumyynnin 7,4 prosenttia. Oluen vähittäismyynti lisääntyi 7,9 prosenttia, mutta anniskelumyynti väheni 5,6 prosenttia. Eräänä lisävaikuttajana oluen kulutuksen kehitykseen oli vuoden 2004 kolea heinäkuu, jolloin sekä päivittäistavarakauppojen alkoholin myynti että anniskelumyynti vähenivät 14 prosenttia. Toisaalta vuoden jälkipuoliskolla oluen myyntiä lisäsi se, että oluesta oli päivittäistavarakaupoissa tullut tarjoustuote.

Viinien vähittäismyynnin aleneminen selittyy osaksi korvautumisella; viinejä lähinnä niiden sisältämän alkoholin vuoksi ostaneet ovat osittain siirtyneet väkevämpiin alkoholijuomiin. Tähän kehitykseen on johtanut erityisesti se, että veronalennuksen jälkeen senttilitra etyylialkoholia oli halvinta halvimpien väkevien viinien, juomasekoitusten ja kirkkaiden viinien muodossa, kun ennen veroalennusta etyylialkoholin sai halvimmalla halvoista viineistä. Erityisesti puolimakeiden valkoviinien ja halvimpien hedelmäviinien myynti on laskenut huomattavasti.

Sen sijaan punaviinien vähittäismyynti lisääntyi 4,8 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Vuonna 2003 vastaava lisäys oli ollut 14,3 prosenttia.

Alkon myymien etyylipohjaisten juomasekoitusten, kuten Alkossa myytävien long drink -juomien, verot alenivat 37 prosenttia, kun taas päivittäistavara-kauppoissa myytävien siidereiden ja viinipohjaisten long drink -juomien veronalennus oli 23 prosenttia. Tämä selittää osittain Alkon long drink -juomien myynnin 13,4 prosentin kasvua ja päivittäistavara-kaupan viinipohjaisten juomien myynnin 13 prosentin alenemista. Long drink -juomien kehitystä merkittävämpi Alkon ja päivittäistavara-kaupan suhteelliseen myyntiin vaikuttanut tekijä oli kuitenkin keskioluen muuttuminen tarjoustuotteeksi. Alkossa oluen hinnat alenivat vain veronalennuksen verran. Vuonna 2004 Alko myikin keskiolutta 26 prosenttia ja vahvaa olutta 10,6 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2003. Kaiken kaikkiaan Alkon myynti lisääntyi kuitenkin 100-prosenttisena alkoholina laskettuna enemmän kuin päivittäistavara-kaupan myynti. Vuonna 2004 Alkon myynnin kasvu oli 10,4 prosenttia ja päivittäistavara-kaupan 7,3 prosenttia edellisvuoteen verrattuna (kuvio 4).

Kuvio 4: Alkoholinkulutuksen muutos 100 % alkoholiksi muutetusta kulutuksesta vuonna 2004 vuoteen 2003 verrattuna, %



Tilastoimaton alkoholinkulutus

Tilastoimattoman alkoholinkulutuksen kartoittaminen perustuu ennen muuta kysely- ja haastattelututkimuksiin. Niiden antamia tietoja on mahdollista tarkentaa ja arvioida erilaisten tilastojen avulla. Esimerkiksi suomalaisten Virossa tekemät alkoholiostokset vaikuttavat Viron alkoholiverojen kertymään ja suomalaisten Virosta tai Venäjältä ostama suomalainen olut on sitä ennen viety sinne, jolloin se

kirjautuu Suomen vientitilastoihin. Matkustajien alkoholijuomien tuonnin huomattavan kasvun taas odottaisi näkyvän kotimaisissa alkoholien myyntiluvuissa.

Viron EU-jäsenyyden odotettiin johtavan alkoholien matkustajatuonnin kasvuun toukokuun alusta lähtien. Näin näyttää myös tapahtuneen. TNS-Gallup on vuonna 2004 kerännyt haastatteluaineistot alkoholien matkustajatuonnista sekä Tuotevalvontakeskuksen että Panimoteollisuusliiton toimeksiannosta. TNS-Gallupin esittämään kokoavaan arvioon pohjautuen väkevien alkoholijuomien matkustajatuonti näyttää lähes kaksinkertaistuneen vuonna 2004. Välituotteiden ja oluen matkustajatuonti olisi lisääntynyt runsaalla kolmanneksella ja viinien tuonti viidenneksellä. Uusiksi merkittäviksi tuonnin kohteiksi ovat nousseet siiderit ja long drink -juomat, joita matkustajat näyttävät tuoneen Suomeen vuonna 2004 lähes kahdeksan miljoonaa litraa. Aiemmin näiden juomien tuontia rajoitti se, että long drink -juomat määriteltiin väkeviksi alkoholijuomiksi, joten niiden tuontia sääteli väkevien alkoholijuomien yhden litran tuontikiintiö, ja viineiksi luettavien siiderienkin tuontikiintiö Virosta oli vain 2 litraa. Kaiken kaikkiaan alkoholijuomien matkustajatuonnin voidaan arvella lisääntyneen vuodesta 2003 vuoteen 2004 kahdella kolmanneksella.

Matkustajatuonti on jo parin viimeisen vuosikymmenen ajan ollut tilastoimattoman alkoholinkulutuksen merkittävin erä. Vuonna 2004 sen osuus tilastoimattomasta alkoholinkulutuksesta kohosi noin 70 prosenttiin, kun se vielä vuonna 2003 oli hieman yli puolet tilastoimattomasta alkoholinkulutuksesta. Tämä muutos perustuu sekä alkoholien matkustajatuonnin määrän lisääntymiseen että alkoholien laillisen kotivalmistuksen ja laittoman alkoholien käytön vähenemiseen. Laillisesti kotona valmistetuista alkoholijuomista sekä viini, olut että sahti ovat jo pidemmän aikaa olleet vähenemässä. Vuotta 2004 koskeva uusi piirre on, että alkoholijuomien salakuljetus näyttäisi selvästi vähentyneen, kun se muutoin Suomen EU-jäsenyyden aikana on pysynyt kutakuinkin samalla tasolla.

Yhteenveto

Vuonna 2004 alkoholien saatavuuteen vaikutti erityisesti kolme seikkaa, eli alkoholien maahantuontikiintiöiden poistaminen, alkoholijuomien verojen alentaminen sekä Viron EU-jäsenyys. Tuontikiintiöiden poistaminen tammikuun 1. päivänä ei vielä näkynyt alkoholien kokonaiskulutustilastoluvuissa, mutta se oli tärkeä edellytys sille, että Viron tulolla EU:n jäseneksi toukokuun alussa oli merkittävä vaikutus sekä alkoholien tilastoituihin että tilastoimattomaan kulutukseen. Maaliskuun alussa toteutettu alkoholijuomien veronalennus taas liittyy näihin tapahtumiin siten, että veronalennuksen nimenomaisena tarkoituksena oli torjua alkoholien

matkustajatuonnin kasvua Virosta. Ilman tuontikiintiöiden poistamista ja Viron EU-jäsenyyttä alkoholiveroja tuskin olisi Suomessa alennettu vuonna 2004.

Tilastointikäytännöstä johtuu, että voimme seurata alkoholijuomien verojen alentamisen välittömiä vaikutuksia vain Alkon myyntiin tukeutuen. Alkon myyntiluvut osoittavat, että alkoholin kuluttajat reagoivat uusiin hintoihin sekä jättämällä ostojaan hieman vähemmälle juuri ennen veronalennusta että lisäämällä ostojaan erittäin suuresti heti veronalennuksen jälkeen. Kahden ensimmäisen kuukauden aikana Alkon myynnin kasvu ylitti ekonometrisiin tutkimuksiin perustuneet kulutuksen kasvuarviot, mikä voidaan tulkita uutuudenviehätyksen vaikutukseksi.

Viron EU-jäsenyyden jälkeen Alkon myynnin kasvuvauhti alkoi hidastua. Se asettui kuitenkin varsin nopeasti uudelle, noin 10 prosentin kasvu-uralle. Suhteellisesti eniten lisääntyi niiden alkoholijuomien myynti, joiden verotkin alenivat keskimääräistä enemmän. Vuonna 2004 väkevien alkoholijuomien vähittäismyynti lisääntyi noin 17 prosenttia, väkevien viinien noin 15 prosenttia ja oluen noin 8 prosenttia. Viinien vähittäismyynti väheni 3 prosenttia. Kaiken kaikkiaan vähittäismyynti lisääntyi 100-prosenttiseksi alkoholiksi muunnettuna 8,8 prosenttia ja anniskelumyynti väheni 3,8 prosenttia.

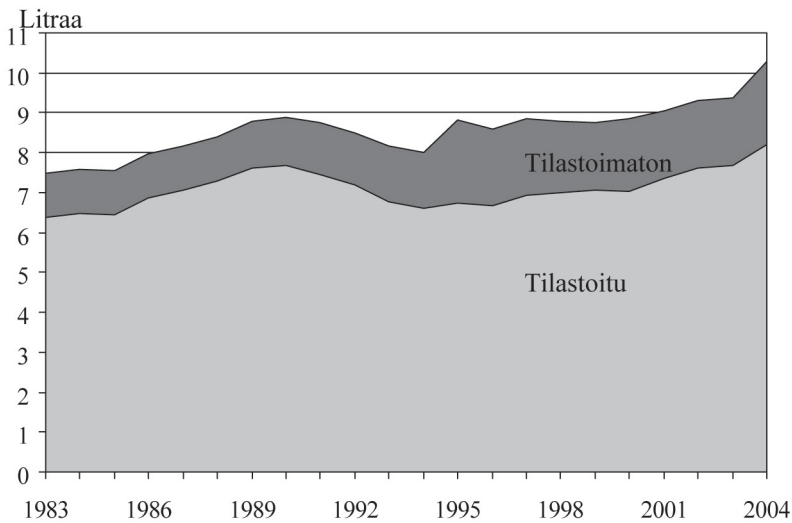
Oluen ja viinien anniskelumyynnin sekä viinien vähittäismyynnin väheneminen tapahtui niiden hintojen alenemisesta huolimatta, joten myynnin lasku on tulkittavissa siirtymiksi jakelutiestä toiseen ja juomaryhmästä toiseen. Viinien osalta Alkon tilastot osoittavatkin selvästi, että myynnin vähenemisestä vastasivat halvat hedelmä- ja valkoviinit, joissa etyylialkoholi oli halvinta ennen veronalennusta. Kyseessä oli siis viinien muodossa alkoholia ostaneiden kuluttajien siirtyminen alkoholin ostoon viinien ja väkevien viinien muodossa, koska veronalennuksen jälkeen näiden juomien sisältämä etyylialkoholi oli halvinta.

Alkoholin matkustajatuonnin kasvu oli odotettua. Väkevien alkoholijuomien matkustajatuonnin kaksinkertaistuminenkaan ei ole yllätys, sillä veronalennuksesta huolimatta Virossa myytävien halvimpien viinien hinnat ovat yhä kolmannes Suomessa myytävien halvimpien viinien hinnoista. Myös muiden alkoholijuomien tuonti näyttää veroalennuksesta huolimatta lisääntyneen vuonna 2004. Koska vain osa maahantuodusta alkoholista on lisäkulutusta, selittää matkustajatuonnin kasvu Alkon myynnin kasvuvauhdin heikkenemistä välittömästi Viron EU-jäsenyyden jälkeen.

Kokonaisuutena alkoholin kulutuksen kehitys Suomessa vuonna 2004 oli paljolti ennako-odotusten mukainen. Asukasta kohti laskettu alkoholin tilastoitu kulutus kohosi 8,8 litraan, tilastoimaton alkoholinkulutus 2,1 litraan, ja alkoholin kokonaiskulutus 10,3 litraan (Kuvio 5). Silti vuodelle 2005 jää kasvupaineita, koska vuonna 2004 alhaisemmat verot olivat voimassa 10 kuukautta, ja suuria alkoholimääriä oli mahdollista tuoda Virosta 8 kuukauden ajan. Lisäksi kesä 2004

oli kolea ja sateinen, mikä painoi erityisesti oluen ja muiden vastaavien juomien kulutusta alaspäin.

Kuvio 5: Alkoholijuomien kulutus Suomessa vuosina 1983–2004 jaettuna tilastoitun ja tilastoimattomaan kulutukseen, litroina 100 % alkoholia asukasta kohti



Lähteet

KARLSSON, T. & MÄKELÄ, P. & TIGERSTEDT, C. & ÖSTERBERG, E. (2003) Alkoholipolitiikka tuontirajoitusten poistuessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 68, 1, 77-82.

KOROLAINEN, A. & ÖSTERBERG, E. (2004) Keskellä murrosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 69, 2, 186-196.

Tullihallituksen tiedotuksia N:o 265 Tullihallituksen ohjeistus matkustajatuomisten verotomisuuden valvonnasta sisäliikenteessä. 19.12.2003, 540.

The growth in alcohol consumption in Finland in 2004

Abstract

The year 2004 is interesting in Finnish alcohol history because of three important changes affecting alcohol consumption. On January 1st import quotas for travellers' duty free alcohol imports were abandoned with regard to other EU countries. Then on May 1st Estonia joined the EU. Because of these changes coupled with the fact that alcoholic beverages are clearly cheaper in Estonia than in Finland, Finnish alcohol excise duties were decreased on the 1st of March.

The decrease in the rate of alcohol excise duty for distilled spirits was 44 % and 40 % for intermediate products where the price difference between Finland and Estonia was the biggest. The excise duty rate for beer was lowered by 33 % and that for wine by 10 %. Only 10 of the 12 months were affected by the lower alcohol excise duties and only 8 of 12 by Estonian EU-membership, so the mean effects over the whole year 2004 were diluted. Therefore, some potential growth is left for the year 2005.

In 2004, off-premise retail sales of alcoholic beverages increased by 8.8 % and the on-premise sales decreased by 3.8 %. Off-premise sales of distilled spirits increased in 2004 by 27 %. The corresponding figures for fortified wines and beer were 15 % and 8 %. Off-premise sales of wines decreased by 3 %.

Despite the decreases in alcohol excise duty rates, alcohol imports by travellers increased by two thirds. Imports of distilled spirits nearly doubled. Home production of alcohol beverages as well as smuggling of alcohol into Finland decreased. All in all total alcohol consumption per capita increased between 2003 and 2004 from 9.4 to 10.3 litres. The increase in recorded alcohol consumption was from 7.7 to 8.2 litres and in unrecorded alcohol consumption from 1.7 to 2.1 litres.



Kaija Seppä

Mini-interventio – alkoholin suurkuluttajien lyhytneuvonta

Alkoholijuomien hinnan alennuttua ja niiden tuontisäännösten vapauduttua on terveyden- ja erityisesti perusterveydenhuolto lisääntyvien haasteiden edessä ehkäistäessä alkoholin aiheuttamia ongelmia. Perusterveydenhuolto kohtaa noin 70 % kohdeväestöstään vuosittain. Se tarjoaa tästä syystä hyvän toimintaympäristön mini-intervention eli alkoholin riskikäyttäjien varhaisvaiheen hoidon toteuttamiseen.

Mini-interventiohoidon kohderyhmä

Alkoholiriippuvuus (dependence) ja haitallinen (harmful) käyttö ovat tautiluokituksen mukaisia diagnostisia termejä. Niiden kriteereiden täyttyessä sosiaaliset ja terveydelliset haitat ovat useimmiten selvästi tunnistettavissa (ICD-10, World Health Organization 2003). Riskikäyttö (risky drinking) sisältää edellä mainittujen ryhmien (joista näkee käytettävän myös yhteisnimitystä ongelmakäyttö) lisäksi myös tilanteet, jolloin juominen on sellaista, että riskit (sosiaaliset tai terveydelliset) ovat olemassa, vaikkeivät vielä useinkaan näkyvissä tai edes helposti tunnistettavissa. Suomessa terveydenhuoltoon on vakiintunut käsite suurkulutus (heavy drinking). Tämä on selvästi juomamääriin suhteutettu käsite, jolloin alkoholin kulutus ylittää riskirajat. Suurkuluttaja joko kärsii tai ei kärsi alkoholin aiheuttamista haitoista tai alkoholiriippuvuudesta. Mini-intervention kohderyhmän muodostavat ne suurkuluttajat ja riskikäyttäjät, joilla diagnostiset kriteerit eivät vielä täyty. Kansainvälisesti tästä ryhmästä on käytetty nimitystä hazardous drinkers (Babor ym., 1994).

Riskirajalla tarkoitetaan sitä alkoholin säännöllistä käyttömäärää, jonka keskimääräinen ylittäminen lisää merkittävästi haittoja. Eri maissa ehdotetut alkoholin käytön riskirajat vaihtelevat välillä 13,5–70 g/vrk (miehet) ja 10,8–50 g/vrk (naiset) (International Center for Alcohol Politics). Suomessa riskirajaksi on ehdotettu 40 g/vrk miehillä ja 20 g/vrk naisilla.

Riskiraja ei ole ohjeellinen turvaraja. Väestötasolla turvarajoja on vaikea määrittää, koska pienikin alkoholimäärä voi tietyissä tilanteissa olla riski kenelle tahansa. Humalajuominen voi tuoda ongelmia, vaikka yksilön kokonaiskulutus jää riskirajan alapuolelle. Jollakin henkilöllä voi olla suuri taipumus riippuvuuden kehittymiseen. Tällaisen henkilön saattaa olla viisasta pidättäytyä kokonaan alkoholista, vaikka pieni annos olisi sepelvaltimotaudin puhkeamisen kannalta viisasta. Myöskään raskaudenaikaiselle alkoholinkäytölle ei voida asettaa yksiselitteistä, kaikille yhteistä rajaa, koska vaikutus sikiöön riippuu juomisen ajankohdasta, alkoholin määrästä ja juomatavoista.

Riskirajaa voidaan käyttää ohjearvona alkoholin käytön vähentämiseen tähtäävässä neuvonnassa. Riskiraja on keskivertoarvio. Sen määrittäminen on ongelmallista kolmesta syystä. Ensinnäkin eräät terveyshaitat suurenevat suorassa suhteessa kulutukseen ilman kynnysarvoa. Toiseksi potilaiden ilmoittamat alkoholin käyttömäärät ovat yleensä todellista pienempiä, mikä vähentää tutkimusten luotettavuutta. Kolmanneksi tutkimusten vertailuryhmiin on usein kuulunut sekä raittiita että terveyden vuoksi alkoholin käytön lopettaneita.

Kun potilaan alkoholin käyttö on siinä määrin runsasta, että terveys vaarantuu, on terveydenhuollon henkilöstöllä velvoite kertoa tästä potilaalle ja tukea muutosta, mutta myös hyväksyä potilaan yksilölliset ratkaisut. Suomessa yleisesti käytetyt neuvontarajat ovat naisilla säännöllinen yli 2–3 annoksen (à 12 g absoluuttista alkoholia) ja miehillä yli 4–5 annoksen päivittäiskäyttö tai jokaviikkoinen humalajuominen (naisilla kuusi ja miehillä kahdeksan annosta kerralla). Nämä rajat mukailevat kansainvälisissä tutkimuksissa havaittuja riskirajoja (English ym., 1995; Sanchez-Craig ym., 1995)

Alkoholin suurkuluttajia arvioidaan Suomessa olevan noin 500 000. Jos ennakoidaan alkoholin kulutuksen lisääntyvän 20 %, on odotettavissa suurkuluttajien määrän lisääntyminen 600 000:een. Perusterveydenhuollon palveluita käyttävistä työikäisistä naisista noin joka kymmenes ja miehistä noin joka viides on alkoholin suurkuluttaja (Aalto ym., 1999). Yleinen pelko on, että potilaat loukkaantuvat ja hoitosuhde kärsii, jos alkoholin käyttö otetaan terveydenhuollossa puheeksi (Weller ym., 1992). Suomalaistutkimuksen mukaan tiedetään, että noin 98 % terveyskeskukseen hakeutuvista potilaista suhtautuu positiivisesti tai neutraalisti alkoholikeskusteluun (Aalto ym., 2002). Kuitenkin vain muutama prosentti potilaista tekee aktiivisen aloitteen (Seppä ym., 2004a). Tästä syystä aloite on ammattilaisten vastuulla.

Hoidon sisältö

Mini-interventiolla tarkoitetaan alkoholin käytön puheeksi ottoa ja lyhyttä, henkilön oireisiin suhteutettua neuvontaa sekä tarvittaessa muutamaa seurantakäyntiä riskikäyttäjän hakeutuessa terveydenhuoltoon. Mini-interventiohoidon voi antaa joko lääkäri tai hoitaja.

Suurkulutuksen tunnistaminen

Koska riskikäyttö on varsin yleinen oireiden aiheuttaja, olisi kysyminen aiheellista terveystarkastusten yhteydessä ja aina potilaan hakeutuessa ensimmäistä kertaa lääkärin tai hoitajan vastaanotolle; käyttöä olisi syytä kysyä uudelleen esimerkiksi selvitetessä potilaan uni- tai mielialahäiriöitä, kohonnutta verenpainetta, sydämen rytmihäiriöitä, epämääräisiä vatsavaivoja, toistuvia epämääräisiä oireita, tapaturmia, tai jos eräät muussa tarkoituksessa otetut laboratoriokokeet ovat poikkeavia (S-GT, MCV) (Saunders & Conigrave, 1990). Noin 70 % suurentuneista GT-arvoista selittyy alkoholin suurkulutuksella. Anemiaan liittymätön suuri MCV-arvo (>100 fl) johtuu miehillä lähes aina runsaasta alkoholinkäytöstä. Jos naisen MCV-arvo on suurentunut, jää suurenemisen syy noin 30 %:lla löytymättä.

Haastattelussa kannustava ja avoin ilmapiiri on tärkeä. Keskustelu on syytä aloittaa avoimella kysymyksellä. Suljettu kysymys (kysymys johon voi vastata ”kyllä” tai ”ei”) voi johtaa keskustelun tyrehtymiseen, varsinkin jos potilas kieltää päihteiden käytön, ja näin tunnistaminen vaikeutuu. Avoin kysymys ei varmuudella tunnista suurkuluttajaa, mutta se rakentaa hoitosuhdetta ja voi avata potilaan kannalta tärkeitä näkökulmia. Potilaan vapaan kertomuksen jälkeen voidaan tarkentaa epäselviksi jääneitä asioita ja tarvittaessa kysyä käytön tiheyttä, juomien määrää sekä käytettyjä alkoholijuomia keskiolutta ja siideriä unohtamatta. Haitallisen käytön tunnistamista parantaa, jos määrän lisäksi kysytään muitakin käyttöön liittyviä asioita (krapularyyppyjä, töistä poissaolopäiviä, potilaan omaa huolta alkoholinkäytöstään).

Haastattelun tukena voidaan käyttää strukturoituja kyselylomakkeita tarkentamaan ja helpottamaan haastattelua. Tehokkain on AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Saunders ym., 1993; Fiellin ym., 2000, Reinert & Allen, 2002); siinä pistemäärä > 8 merkitsee suurkulutusta 78–96 % todennäköisyydellä ja kohderyhmä tunnistetaan 51–97 % todennäköisyydellä. AUDITin kanssa samaan tunnistustehoon päästään suomalaisilla, pääosin humalahakuisesti juovilla miehillä käytettäessä AUDITin kolmea ensimmäistä kysymystä (AUDIT-C) (Bush ym., 1998) pisterajalla > 6 (Tuunanen ym., julkaisematon havainto). Haastattelun lisänä ja tukena, ei kuitenkaan sen korvikkeena, voidaan päihdeongelman

tunnistamisessa käyttää laboratorio-osoittimia, erityisesti jos halutaan motivoida potilasta hoitoon ja seurata hoidon tulosta. Tärkeimmät laboratorio-osoittimet ovat veren tai hengitysilman alkoholipitoisuus, seerumin glutamyyli transferaasi (GT), punasolujen keskitilavuus (MCV) ja seerumin niukka hiilihydraattinen transferriini (CDT, carbohydrate deficient transferrin). Riskikäytön varhaistoteamisessa väestötasolla niiden merkitys on erittäin vähäinen; vain noin 30 %:lla riskikäyttäjistä yksittäinen laboratoriokoe on poikkeava. GT:tä voi suurentaa myös ylipaino, hyperlipidemia, eräät lääkkeet (antikoagulantit ja antiepileptit), sokeritauti, haimatulehdus, sydämen vajaatoiminta, vakava tapaturma ja syövän etäpesäkkeet maksassa. MCV:tä voi suurentaa B12-vitamiinin ja/tai foolihapon puute ja erilaiset veri- ja kilpirauhassairaudet. CDT:n etu on sen suuri tarkkuus; poikkeava arvo johtuu lähes aina alkoholin riskikäytöstä.

Neuvonta

Mini-intervention tavoitteena on tavallisimmin kohtuukäyttö. Toivottavinta on, että potilas asettaa tavoitteensa itse: potilaan kuuleminen ja hänen kannustamisensa ovat tärkeitä. Suullinen neuvonta on hyvä suhteuttaa potilaan esiin tuomiin oireisiin; jos verenpaine on koholla, kerrotaan alkoholin käytön vaikutuksista verenpaineeseen. Kiireisissä tilanteissa voidaan antaa pelkästään kirjallista materiaalia. Tähän tarkoitukseen voidaan suositella esimerkiksi 'Hallittua juomista'-opasta (Terveyden edistämisen keskus; www.health.fi). Myös juomispäiväkirjan pitämistä voidaan suositella hoidon vaikuttavuuden mittaamiseksi. Mini-intervention sisällöllistä rakennetta on kuvattu käsitteellä FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self-efficacy).

Potilaan motivaation asteella lienee merkitystä mini-intervention onnistumiselle, joskaan asiasta ei ole tieteellisiä tutkimuksia. Jos potilas ei ole lainkaan halukas muuttamaan kulutustottumuksiaan, on lähestymistavan oltava erilainen kuin tilanteessa, jolloin motivaatio on suuri. Tilannetta voidaan kartoittaa suoralla kysymyksellä ja edetä varovaisesti tiedon antamisesta konkreettiseen tukemiseen.

Seuranta

Lyhimmillään mini-interventio sisältyy yhteen vastaanottokäyntiin, mutta muutama (1–3) kontrollikäynti voi olla tarpeen, jos vastaanotolle alkujaan ajanut syy tai alkoholin riskikäyttö niin edellyttää. Kontrollikäynneillä keskustellaan alkoholin kulutuksen muutoksista, tuetaan onnistumisia ja rohkaistaan eteenpäin epäonnistumisista huolimatta. Kontrollikäynneillä on myös syytä muistaa kysyä potilaan alun perin vastaanotolle tuoneen oireen tilannetta.

Vaikuttavuus ja vaikutuksen kesto

Satunnaistettuihin mini-interventiotutkimuksiin on osallistunut yli 10 000 alkoholin suurkuluttajaa. Näiden usein pienien ja tuloksiltaan ristiriitaisten tutkimusten pohjalta on pyritty saamaan luotettavampaa tietoa yhdistämällä eri tutkimuksia ja analysoimalla aineistoa uudelleen systemaattisissa katsauksissa ja meta-analyyseissä. Tähän mennessä tehdyt kaksitoista systemaattista ja meta-analyysiä osoittavat, että mini-interventio on tehokasta (Bien ym., 1993; Kahan ym., 1995; Ashenden ym., 1997; Wilk ym., 1997; Poikolainen, 1999; Moyer ym., 2002; Beich ym., 2003; Salaspuro, 2003; Ballesteros ym., 2004a; Ballesteros ym., 2004b; Emmen ym., 2004; Whitlock ym., 2004)). Yhdessä näistä meta-analyyseistä on vertailtu tehoa miehillä ja naisilla ja todettu se molemmissa ryhmissä yhtä tehokkaaksi (Ballesteros ym., 2004b). Tuoreimmista systemaattisista katsauksista yksi sisältää kaikki perus- ja erikoissairaanhoidossa tehdyt mini-interventiotutkimukset (Salaspuro, 2003), kaksi analysoi perusterveydenhuollossa (Ballesteros ym., 2004a; Whitlock ym., 2004) ja yksi erikoissairaanhoidossa (Emmen ym., 2004) tehtyjä mini-interventiotutkimuksia. Ballesterosin ym. (2004a) meta-analyysi sisältää 12 perusterveydenhuollossa tehtyä tutkimusta. Tehon mittarina on käytetty suurkuluttajien lukumäärän muutosta. Tuloksen mukaan mini-intervention avulla potilaasta tulee kohtuukäyttäjää todennäköisemmin kuin tavanomaisen hoidon avulla (vedonlyöntisuhde on 1,55, 95 % luottamusväli 1,27–1,90). Joka kymmenes hoidettu potilas hyötyy mini-interventiosta (NNT [Number Needed to Treat] =10, 95 % luottamusväli 7–17). Samaan keskimääräiseen NNT-lukuun päätyvät Whitlock ym. (2004), jotka myös tarkastelevat 12 perusterveydenhuollon tutkimusta, ja Beich ym. (2003) kahdeksan perusterveydenhuollossa tehdyn tutkimuksen perusteella.

Emmenin ym. (2004) systemaattiseen katsaukseen sisältyi kahdeksan sairaalaympäristössä tehdyn mini-interventiotutkimuksen analyysi. Kaikki tutkimukset eivät olleet satunnaistettuja. Kun tulosmittarina käytettiin alkoholin kulutuksen muutosta, havaittiin vain yhdessä tutkimuksessa mini-interventiosta merkitsevä hyöty kontrolliryhmään nähden. Johtopäätös on, että näyttö mini-intervention tehosta sairaalaolosuhteissa on riittämätön. Useissa Emmenin ym. tutkimukseen sisältyneissä alkuperäistöissä mini-intervention hyöty on mitattavissa muilla kuin juomismääriin perustuvilla tulosmittareilla. Salaspuron (2003) systemaattisessa katsauksessa on tehoa tarkasteltu laajemmin ja päädytty keskimääräiseen NNT-lukuun 10.

Mini-interventiotutkimuksissa seuranta-aika on tavallisimmin ollut vuoden pituinen. Kahdessa tutkimuksessa vielä kahden vuoden kuluttua on havaittu ero hoito- ja kontrolliryhmän välillä (Kristenson ym., 1983; Persson & Magnusson, 1989). Tätä pidemmissä seurannoissa on saatu ristiriitaisia tuloksia. Nykytiedon

pohjalta voidaan siis sanoa, että teho kestää 1–2 vuotta. Käytännössä kannattaa alkoholin käyttöä tiedustella potilailta uudelleen tämän ajan umpeutuessa. Tieto mini-intervention kuolleisuutta vähentävästä tehosta on ristiriitaista.

Kustannusvaikuttavuus

Mini-intervention kustannuksista on vain niukasti tutkimustietoa. Fleming ym. (2002) arvioivat yhden mini-interventiokäynnin hinnaksi \$ 205; puolet tästä muodostui seulonnan kustannuksista. Kun kustannussäästöinä laskettiin vähentyneet ensiapukäynnit, sairaalapäivät, liikenneonnettomuudet ja virkavallan kanssa tekemisiin joutumiset vuoden ajalta, saatiin mini-intervention kustannusvaikuttavuudeksi 5,6 : 1 (95 % luottamusväli 0,4–11,0), mikä tarkoittaa \$ 10 000 sijoitukseen nähden \$ 56 263 hyötyä.

Yhden väestövastuualueen (1 600 aikuista) systemaattisen mini-intervention kustannukset perusterveydenhuollossa ovat samaa hintaluokkaa kuin yhden komplisoituneen alkoholiehtoisen haimatulehduksen (ilmaantuvuus noin 1/2000/v) hoito yliopistosairaalassa (noin 30 000 €) (Sillanaukea ym., 1999, Sepä ym., 2004b). Tutkimuksia kustannusvaikuttavuudesta ei maastamme ole.

Miten tutkimustieto on muuttunut käytännön toiminnaksi

Useissa tutkimuksissa eri puolilta maailmaa on havaittu, että vain noin 30 % lääkäreistä ja hoitajista tekee mini-interventiota. Spandorfer ym. (1999) totesivat tutkimuksessaan, että 28 % perusterveydenhuollon lääkäreistä teki mini-interventiota ja muut lääkärit lähettivät nämä potilaat specialistille. Vuosia jatkuneista ponnisteluista huolimatta vain noin 10 % Suomen terveyskeskuslääkäreistä tekee mini-interventiota säännöllisesti, vajaa puolet silloin tällöin ja noin 50 % ei lainkaan (Aalto ym., julkaisematon havainto). Miltei kaikki lääkärit, jotka eivät tee mini-interventiota, ovat kuitenkin sitä mieltä, että heidän pitäisi tehdä se tai että he haluaisivat tehdä sen.

Syinä vähäiseen aktiviteettiin on pidetty terveystieteiden päätösten heikkoa tukea, kiirettä, riittämätöntä koulutusta, niukkoja resursseja, uskoa, että omat taidot eivät riitä, hoidon kohderyhmän epäselvyyttä, selkeiden ohjeiden puutetta ja kohderyhmän tunnistamisen vaikeutta; lisäksi on kyseenalaistettu tekemisen oikeutus (Andréasson ym., 2000; Aalto ym., 2001a, Beich ym., 2002; Roche & Freeman, 2004). Kouluttajan kannalta ongelman on muodostanut se, että tarjottuihin koulutuksiin saapuu vain pieni, asiasta kiinnostuneiden ydinryhmä.

Asenteista ja olosuhteista johtuvat esteet ovat mahdollinen selitys myös sille, että tavanomaisessa hoitoympäristössä tehdyissä satunnaistetuissa mini-interven-

tiotutkimuksissa ei ole saatu merkittävää hyötyä mini-interventiosta (Richmond ym., 1995; Aalto ym., 2000; Aalto ym., 2001b)

On ymmärrettävää, että hoitomuoto, jossa reseptin kirjoittamisen sijasta on käytettävä omaa itseä työvälineenä, on vaikea omaksua. Koulutuksen tehtävä olisi myös hälventää luuloa mini-intervention terapialuonteesta ja korostaa sen helppoutta ja luontevuutta etenkin perusterveydenhuollon toimintaympäristössä. Anderson ym. (2004b) havaitsivat tutkimuksessaan, että koulutus lisäsi mini-interventioaktiiviteettia niillä yleislääkäreillä, jotka kokivat viihtyvänsä roolissaan, mutta vähensi aktiiviteettia niillä, joiden sitoutuminen yleislääkärin rooliin oli heikko.

Haasteet

Ensimmäinen mini-interventiotutkimus tehtiin Ruotsissa jo 1970–80-lukujen taitteessa (Kristenson ym., 1983). Toiminnan istuttamiseksi terveydenhuoltoon on ponnisteltu pitkään. On tutkimustietoa siitä, että ammatillinen tuki ja hoitojärjestelmän sisällä tapahtuva toiminnan tärkeyden korostaminen edistävät sen toteutumista käytännössä (Anderson ym., 2003, Anderson ym., 2004a). WHO:n monikansallisessa tutkimushankkeessa on vuoropuheluna käytännön toimijoiden kanssa pohdittu, millaisessa muodossa mini-interventio istuisi parhaiten terveydenhuollon työhön (Seppä, 2003; Seppä ym., painossa). Implementaatio on edennyt hitaasti. Huolimatta tieteellisestä näytöstä ja useiden tahojen aktiiviteetista, poliittiset päätökset ovat asettuneet tukemaan tätä toimintaa vasta nyt, kun alkoholin saatavuutta rajoittavat keinot murentuvat. Tämä näkyy siten, että mini-interventio on nostettu esiin valtioneuvoston periaatepäätöksessä ja se on myös Alkoholiohjelma 2004–2007:n selkeä painopistealue.

Terveyslautakuntien päätösin 16 kuntaa on osana Kansallista terveydenhuoltohanketta sitoutunut tekemään mini-interventiota terveyskeskuksissaan. Mukaan lähtevien kuntien asukasluku on noin neljännes Suomen väestöpohjasta. Hankkeeseen on lääneittäin palkattu alueellisia lääkäri- ja hoitajakoordinaattoreita, jotka kouluttavat ja tukevat alueen lääkäreitä ja hoitajia mini-intervention tekemisessä. Kolmivuotisen projektin tavoitteena on istuttaa mini-interventio terveyskeskusten rutiinityöksi. Implementointi edellyttää henkilöstön asennemuutosta, yleisen mielipiteen muuttamista positiiviseksi, preventiota suosivaa alkoholipolitiikkaa, käypä hoito -ohjeistoa, teoreettista ja käytännöllistä koulutusta, markkinointia, yhteistyötä (tekijöiden äänen kuuleminen), etenemistä pienin askelin, kärsivällisyyttä, toiminnan ylläpitoa (muistutuksia) ja tieteellistä tutkimusta.

Parhaimmillaan mini-interventio voi olla varsin tehokas. Jos arvioidaan, että Suomessa 10 % kohdejoukosta hyötyisi mini-interventiosta, tämä tarkoittaisi 60 000 henkilöä (jos arvioitu suurkuluttajien määrä olisi 600 000). Tämä olisi

kansanterveydellisessä mittakaavassa erittäin merkittävä tulos. Lisääntyvä mini-interventiotyö lisää todennäköisesti myös päihdehuollon ja terveydenhuollon vuoropuhelua. Päihdehuollon rooli korostuu myös koulutuksellisessa mielessä toiminnan laajentuessa. Kun perusterveydenhuollon työ näin lisääntyy, toimenkuva laajentuu ja muuttuu palkitsevaksi, ei sovi unohtaa panostusta, jota tämä edellyttää johdolta ja rahoittajilta.

Lähteet

- AALTO, M. & SEPPÄ, K. & KILANMAA, K. & SILLANAUKEE, P. (1999) Drinking habits and prevalence of heavy drinking among primary health care outpatients and general population. *Addiction*, 94, 1371-1379.
- AALTO, M. & SAKSANEN, R. & LAINE, P. & FORSSTRÖM, R. & RAIKAA, M. & KIVILUOTO, M. & SEPPÄ, K. & SILLANAUKEE, P. (2000) Brief intervention for female heavy drinkers in routine general practice: a 3-year randomized, controlled study. *Alcoholism; Clinical and Experimental Research*, 24:1680-1686.
- AALTO, M. & PEKURI, P. & SEPPÄ, K. (2001a) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 96, 305-311.
- AALTO, M. & SEPPÄ, K. & MATTILA, P. & MUSTONEN, H. & RUUTH, K. & HYVÄRINEN, H. & PULKKINEN, H. & ALHO, H. & SILLANAUKEE, P. (2001b) Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: A three-year randomized controlled study. *Alcohol & Alcoholism*, 36, 224-30.
- AALTO, M. & PEKURI, P. & SEPPÄ, K. (2002) Primary health care personnels' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 39-43.
- ANDERSON, P. & KANER, E. & WÜTZKE, S.E. & WENSING, M. & GROL, R. & HEATHER, N. & SAUNDERS, J. (2003) Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a WHO international collaborative survey. *Alcohol & Alcoholism*, 38, 597-601.
- ANDERSON, P. & KANER, E. & WÜTZKE, S. & FUNK, M. & HEATHER, N. & WENSING, M. & GROL, R. & PAS, L. (2004a) Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol & Alcoholism*, 38, 597-601.
- ANDERSON, P. & LAURANT, M. & KANER, E. & GROL, R. & WENSING, M. (2004b). Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 191-199.
- ANDRÉASSON, S., & HJALMARSSON, K., & REHNMAN, C. (2000) Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: a feasibility study. *Alcohol & Alcoholism*, 35, 525-30.
- ASHENDEN, R. & SILAGY, C. & WELLER, D. (1997) A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice*, 14, 160-176.
- BABOR, T., & CAMPBELL, R., & ROOM, R., & SAUNDERS, J. (Eds.) (1994). *Lexicon of alcohol and Drug Terms*. WHO, Geneva.
- BALLESTEROS, J. & DUFFY, J & QUEREJETA, I. & ARINO, J. & GONZALEZ-PINTO, A. (2004a) Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analysis. *Alcoholism; Clinical and Experimental Research*, 28, 608-618.

- BALLESTEROS, J. & GONZALEZ-PINTO, A. & QUEREJETA, I. & ARINO, J. (2004b) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*, 99, 103-108.
- BEICH, A., & GANNIK, D., & MALTERUD, K. (2002) Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *British Medical Journal*, 325, 870-874.
- BEICH, A. & THORSEN, T. & ROLLNICK, S. (2003) Screening and brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 327, 536-542.
- BIEN, T.H. & MILLER, W.R. & TONIGAN, J.S. (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 15-35.
- BUSH, K. & KIVLAHAN, D.R. & McDONNELL, M.B. & Fihn, S.D. & BRADLEY, K.A. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789-1795.
- EMMEN, M.J. & SCHIPPERS, G.M. & BLEIJENBERG, G. & WOLLERSHEIM, H. (2004) Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal*, 328, 318.
- ENGLISH, D.R. & HOLMAN, C.D.J. & MILNE, E. ym. (1995) *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia*, 1995 edition. Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra.
- FIELLIN, D.A. & REID, M.C. & O'CONNOR, P.G. (2000) Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1977-1989.
- FLEMING, M.F. & MUNDT, M.P. & FRENCH, M.T. & MANWELL, L.B. & STAUFFACHER, E.A. & BARRY, K.L. (2002) Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism; Clinical and Experimental Research*, 26, 36-43.
- ICD-10, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Edition. WHO, Geneva, 2003 (Suomalainen versio: STAKES, 1998).
- KAHAN, M. & WILSON, L. & BECKER, L. (1995) Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 851-859.
- KRISTENSON, H. & ÖHLIN, H. & HULTÉN-NOSSLIN, M.B. & TRELL, E. & HOOD, B. (1983) Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 7, 203-209.
- MOYER, A. & FINNEY, J.W. & SWEARINGEN, C.E. & VERGUN, P. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279-292.
- PERSSON, J. & MAGNUSSON, P.H. (1989) Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study. *Alcohol*, 6, 403-408.
- POIKOLAINEN, K. (1999) Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventive Medicine*, 28, 503-509.
- REINERT, D.F. & ALLEN, J.P. (2002) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism; Clinical and Experimental Research*, 26, 272-279.
- RICHMOND, R. & HEATHER, N. & WODAK, A. & KEHOE, L. & WEBSTERS, I. (1995) Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction*, 90, 119-132.

- ROCHE, A.M. & FREEMAN, T. (2004) Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review*, 23, 11-18.
- SALASPURO, M. (2003) Intervention against hazardous alcohol consumption – secondary prevention of alcohol problems. Kirjassa: BERGLUND M., THELANDER E., JONSSON E. (Eds.) *Treating alcohol and drug abuse*, p. 1-41. Wiley-VCH, Weinheim.
- SANCHEZ-CRAIG, M. & WILKINSON, D.A. & DAVILA, R. (1995) Empirically based guidelines for moderate drinking: 1-year results from three studies with problem drinkers. *American Journal of Public Health*, 85, 823-828.
- SAUNDERS, J.B. & CONIGRAVE, K.M. (1990) Early identification of alcohol problems. *Canadian Medical Association Journal*, 143, 1060-1069.
- SAUNDERS, J.B. & AASLAND, O.G. & BABOR, T.F. & DE LA FUENTE, J.R. & GRANT, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- SEPPÄ, K. (2003) Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief alcohol intervention (EIBI) in primary health care. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 20 (supplement):91-96.
- SEPPÄ, K. & AALTO, M. & RAEVAARA, L. & PERÄKYLÄ, A. (2004a) Brief intervention for risky drinking – analysis of videotaped consultations in primary health care. *Drug and Alcohol Review*, 23, 167-170.
- SEPPÄ, K. & LAPPETELÄINEN, V. & AALTO, M. (2004b) Mitä maksaa? Lyhytneuvonnan kustannus perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 41, 3-9.
- SEPPÄ, K. & PEKURI, P. & KÄÄRIÄINEN, J. & AALTO, M. (2004) Widespread implementation of brief alcohol intervention in primary health care – description of an action research project. *Adicciones*, 16, 315-322.
- SILLANAUKEE, P.A. & SILLANAUKEE, P. & ALAJA, R. & KÄÄRIÄINEN, J. & POUTANEN, P. & SEPPÄ, K. (1999) *Päihdehaitat erikoissairaanhoidossa*. STM selvityksiä, 8 fin, Helsinki.
- SPANDORFER, J.M. & ISRAEL, Y. & TURNER, B.J. (1999) Primary care physicians' views on screening and management of alcohol abuse: inconsistencies with national guidelines. *Journal of Family Practice*, 8, 105-108.
- TUUNANEN, M. & AALTO, M. & SEPPÄ, K. (submitted) How to detect hazardous drinking in populations where bingeing is dominant?
- WELLER, D.P. & LITT, J.C.P. & POLS, R.G. & ALI, R.L. & SOUTHGATE, D.O. & HARRIS, R.D. (1992) Drug and alcohol related health problems in primary health care – what do GPs think? *Medical Journal of Australia*, 156, 43-48.
- WHITLOCK, E.P. & POLEN, M.R. & GREEN, C.A. & ORLEANS, T. & KLEIN, J. (2004) Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557-568.
- WILK, A.I. & JENSEN, N.M. & HAVIGHURST, T.C. (1997) Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 274-283.

Brief intervention – short counseling for hazardous drinkers

Abstract

Brief intervention for hazardous drinking includes identification of patients with a high risk of harm from their current alcohol consumption or subsequent increases and health-related counseling in healthcare settings.

Brief intervention is efficient. So far more than 10 000 high-risk drinkers have been included in randomized controlled brief intervention studies. According to the 12 systematic reviews or meta-analyses, approximately one out of 10 high-risk drinkers benefits from the treatment, and nearly twice as many as in control groups significantly reduce their drinking. Brief intervention is efficient in different settings, in primary healthcare as well as in specialized healthcare. Investment of \$1 in screening and brief intervention produces savings of \$5.60 due to decreases in healthcare costs (emergency visits and hospitalization), accidents, and crime.

In spite of its efficiency and the potential importance for public health, brief intervention has not come into general use. After more than 15 years of promotion, only about 10 % of the general practitioners in Finland do brief intervention regularly. The explanations for this include lack of knowledge and skills, lack of time, insufficient support from the leaders, fear for spoiling the physician-patient relationship, and negative attitudes towards working with hazardous drinkers. It is hoped to overcome these difficulties with resources from governmental organizations, through dialogue with professionals, and by experiences gained from international implementation projects.



Jaana Lepistö

Nuorten päihdehäiriöiden hoito

Päihteiden käytön diagnosoitavia häiriöitä ovat haitallinen käyttö ja riippuvuus, jotka määritellään diagnostisten luokitusten kriteerien perusteella. Tässä katsauksessa tarkastellaan niitä nuoruusikäisten (12–22 v.) päihdehäiriöiden hoidossa käytettyjä psykososiaalisia hoitomuotoja, joiden vaikuttavuudesta on tutkimusnäyttöä. Muita hoitomuotoja tarkemmin esitellään terapiamalli, joka yhdistelee monien eri lähestymistapojen käyttämiä menetelmiä. Hoitotutkimukset on tehty lähes pelkästään Yhdysvalloissa, jossa muutaman viime vuoden aikana on muutenkin tehty yli puolet kaikesta tähänastisesta nuorten päihdehäiriöitä koskevasta tutkimuksesta. Esiteltävien hoitomuotojen tehosta Suomen oloissa ei toistaiseksi ole näyttöä. Lääkehoitoja on tutkittu hyvin vähän. Nuorten päihdehäiriöiden hoidon nykysuuntauksena on avohoitopainotteisuus, kokonaisvaltaisuus, räätälöityvyys kunkin nuoren erityistarpeiden mukaan sekä nuoren kehityksellisen vaiheen huomioiminen. Hoidon kulmakivenä on jatkuva nuoren tilanteen laaja-alainen arvioiminen, jotta hoidossa kyettäisiin vahvistamaan päihdehäiriöltä suojaavien ja vähentämään sille altistavien tekijöiden vaikutusta.

Nuorten päihdehäiriöiden altistavat ja suojaavat tekijät

Lukuisat sekä yhdessä että erikseen vaikuttavat riskitekijät voivat johtaa nuoren kehityksen vääristymisiin, esim. päihteiden väärinkäyttöön tai muuhun ongelmakäyttäytymiseen (Baumrind & Moselle, 1985; Lerner & Galambos, 1998). Päihdehäiriöille altistavat riskitekijät voivat olla geneettisiä, nuoren persoonallisuuteen liittyviä ominaisuuksia, lapsuuden perheeseen ja sen toimintakykyyn liittyviä seikkoja, tai muita ympäristötekijöitä. Ominaisuuksia, jotka saattavat lisätä riskiä päihdehäiriöön, ovat mm. tarkkaavaisuushäiriöt, uhmakkuus- ja käytöshäiriöt, traumaattiset elämäntapahtumat, oppimisvaikeudet tai voimakas elämishakuisuus. Perheeseen liittyviä riskitekijöitä ovat mm. vanhempien päihteiden väärinkäyttö ja/tai vakavat mielenterveyshäiriöt. Lisäksi vanhempien sallivuus nuoren päihteiden käytölle, puutteellinen vanhemmuus sekä riitaisa kodin ilmapiiri voivat edesauttaa nuoren ajautumista ongelmiin päihteiden kanssa. Ympäristötekijöistä

tärkeimmät ovat kavereiden ihannoiva suhtautuminen päihteisiin, kaveripiirissä ilmenevä epäsosiaalinen käytös ja runsas päihteiden käyttö. Lisäksi yhteiskunnassa vallitseva päihdemyönteinen kulttuuri ja päihteiden helppo saatavuus sekä alhainen hinta voivat edistää nuoren päihteiden käyttöä.

Suojaavina tekijöinä pidetään ennen kaikkea tiettyjä perhetekijöitä, joista riittävän vahva vanhemmuus lienee tärkein. Myös lasten ja vanhempien läheiset suhteet, toimiva keskusteluyhteys perheenjäsenten välillä sekä järkevä suhtautuminen päihteiden käyttöön vähentävät nuoren riskiä ajautua päihteiden hallitsemattomaan käyttöön. Hoidossa näiden tekijöiden vahvistamisella on keskeinen merkitys (Lönnqvist & Marttunen, 2001).

Altistavia ja suojaavia tekijöitä arvioitaessa on muistettava, että niiden syyseuraussuhteet eivät ole yksiselitteisiä. Ne vaikuttavat usein moniin eri asioihin yhtä aikaa ja niillä on nuorelle erilainen merkitys eri ikä- ja kehitysvaiheissa.

Nuorten päihdehäiriöiden arviointi

Päihdehäiriöstä kärsivällä nuorella on lähes aina muitakin ongelmia, jotka kaipaavat huomiota. Sen lisäksi, että nuoren päihdehäiriö diagnosoidaan ja sen vaikeusaste arvioidaan, täytyy myös kartoittaa muut ongelmat, joihin nuori tarvitsee tukea tai hoitoa. Haastattelu voidaan tehdä vapaamuotoisesti tai käyttää apuna joko itse täytettäviä arviointilomakkeita tai haastattelumenetelmiä. Suomessa on otettu käyttöön EuroADAD-haastattelu, joka on eurooppalainen versio nuorille kehitetystä puolistrukturoitusta haastattelumenetelmästä (Friedman & Utada, 1989). Sen käyttö edellyttää osallistumista kaksipäiväiseen koulutukseen (tiedustelut: Tampereen yliopistollinen sairaala/EVA-yksikkö). Oleellista on, että nuori kokee tulevansa ymmärretyksi kokonaisvaltaisesti. Nuoren elämänilaueista tulisi kartoittaa psyykinen ja fyysinen terveys, koulu- ja/tai työtilanne, perhesuhteet, ikätoverisuhteet, vapaa-ajan vietto, mahdolliset rikokset sekä luonnollisesti päihteiden käyttö.

Psykososiaalisten hoitojen suuntaukset

Nuorten päihdehäiriöiden hoidossa on tutkittu eniten perheterapiaa, jossa interventiot kohdistuvat perheen sisäiseen vuorovaikutukseen (Crits-Cristoph & Siqueland, 1996). Päihteiden käyttöä ylläpitävän perheen toiminnan muutoksen ajatellaan johtavan nuoren päihteiden käyttötapojen muutokseen. Perheterapian on tutkimuksissa todettu olevan muita hoitomuotoja tehokkaampi hoitoon sitoutamisessa ja hoidossa pysymisessä; lisäksi se näyttää lähtötilanteeseen verrattuna

vähentävän merkittävästi nuorten hoidon jälkeistä päihteiden käyttöä (Liddle & Dakof, 1995; Stanton & Shadish, 1997; Waldron, 1997). Eri perheterapiamuodoista on tutkittu lähinnä systeemistä perheterapiaa, behavioraalista perheterapiaa sekä näitä kahta yhdistelevää ns. funktionaalista perheterapiaa (Functional Family Therapy; Alexander & Parsons, 1982). Nykyään perheterapian rajoitteena pidetään sitä, että nuoren yksilölliset tai muuhun sosiaaliseen ympäristöön kuin perheeseen liittyvät päihteiden käytön riskitekijät, tai käytöltä suojaavat tekijät samoin kuin nuoren kehityksellinen vaihe, saattavat jäädä vähemmälle huomiolle.

Perheterapiaa lähtökohtanaan käyttäviä, mutta sen viitekehystä laajentavia hoitomuotoja alettiin kehittää, kun havaittiin että käyttäytymiseen vaikuttavat ratkaisevasti perheeseen liittyvien tekijöiden lisäksi nuoreen itseensä ja hänen muuhun sosiaaliseen ympäristöönsä liittyvät tekijät. Teoreettisena taustana näillä uusilla perhekeskeisillä hoitomuodoilla on klassisen perhesysteemitteorian lisäksi Brofenbrennerin sosiaaliekologinen teoria (1979). Jälkimmäisen mukaan nuoren käyttäytymiseen vaikuttavat paitsi perheen vuorovaikutus, myös kouluun, ikätovereihin, muuhun yhteisöön sekä kulttuuriin liittyvät vaikutteet. Näitä hoitomuotoja kutsutaan sekä sosiaaliekologisiksi perhekeskeisiksi terapioidiksi että integroiviksi eli yhdistelmähoidoiksi, koska niissä sovelletaan toimivimpia puolia niin perhe- kuin yksilökeskeisistä lähestymistavoista. Yhdistelmähoidot painottavat yksilöllisesti räätälöityä, nuoren kehitysvaiheen huomioivaa, laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoito-otetta ja edustavat päihdehäiriöiden hoidon uutta sukupolvea (Miller & Prinz, 1990). Näiden hoitomuotojen vaikuttavuudesta nuorten päihdehäiriöiden hoidossa on viime vuosina kertynyt lupaavaa näyttöä (Ozechowski & Liddle, 2000; Liddle, 2004).

Perhekeskeisten hoitomallien ohella on tutkittu yksilökeskeisiä hoitoja, joissa hoidon tavoitteena on yksilön sisäinen muutos ja joita voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmätapaamisissa. Näistä pisin perinne on terapeuttisella yhteisöhoitolla, joka kehitettiin alun perin vaikeasti huumeriippuvaisten aikuisten hoitoon. Siinä päihteiden käyttö nähdään koko persoonallisuutta koskevana häiriötilana ja siksi sen hoito on vuosien kestoista, kokonaisvaltaista, hyvin strukturoitua, laitosoloissa tapahtuvaa ja useimmiten lääkkeetöntä (Jainchill ym., 1995). Vaikka nuorille on muokattu paremmin heidän tarpeisiinsa soveltuvia yhteisöhoitomalleja, terapeuttisen yhteisöhoiton ongelmana on, että keskimäärin 75 % nuorista keskeyttää hoidon sen vaativuuden vuoksi (Williams & Chang, 2000). Toinen etenkin Yhdysvalloissa paljon käytetty, mutta vähäiseen tutkimusnäyttöön pohjautuva hoitomuoto (Vaughn & Howard, 2004) on ns. 12 askeleen ohjelma, jossa päihderiippuvuus nähdään kroonisena etenevänä sairautena myös nuoruusikäisillä. Lähtökohtana on, että nuori tunnustaa voimattomuutensa päihteiden suhteen ja hyväksyy ajatuksen, ettei enää koskaan voi pyrkiä hallitusti käyttämään

mitään päihteitä. Hoidossa ei hyväksytä lääkitystä eikä psykiatrasta arviota pidetä tarpeellisena.

Kognitiivis-behavioraalista terapiaa (Cognitive-Behavioral Therapy = CBT) on tutkittu runsaasti nuorten päihdehäiriöiden hoidossa – unohtamatta samanaikaisen muiden mielenterveyshäiriöiden hoitoa (Waldron & Kaminer, 2004; Kaminer & Waldron, 2004). Kognitiivis-behavioraalisessa terapiassa päihteiden käyttö nähdään opittuna käyttäytymisenä, jota voidaan analysoida ja muuttaa muiden käyttäytymistapojen tavoin. Päihtymystilan aikana yksilön positiivisina kokemien vaikutusten, kuten itsevarmuuden, seurallisuuden ja negatiivisten tunteiden hallinnan katsotaan vahvistavan päihdekäyttäytymistä. Negatiivisina vahvistajina taas toimivat päihteiden käytön haitalliset seuraukset, nuorilla etenkin ympäristön taholta tuleva paine. Terapiassa pidetään tärkeänä uskomusten ja tulkintojen käsittelyä. Lisäksi tavoitteena on tunnistaa ympäristöön liittyviä vihjeitä, jotka ovat päihteiden käyttötilanteisiin ehdollistuneita mielihaluja laukaisevia tekijöitä. Vihjeet voivat liittyä aikaan, paikkaan, mielialaan, ihmisiin jne. Työmenetelminä käytetään mm. monitorointia, jossa nuori pitää päihteiden käytöstään päiväkirjaa ja jonka avulla pyritään tunnistamaan päihteiden käyttöä laukaisevia tekijöitä sekä niihin liittyviä riskitilanteita. Lisäksi harjoitellaan vaihtoehtoisia sosiaalisia taitoja, kuten erilaisia jämyyteen liittyviä taitoja, kielteisten tunteiden hallintaa ja eri tilanteisiin sopivaa kehon kielen käyttöä. Hoito aloitetaan yleensä käyttäytymisanalyysillä, jossa tutkitaan nuoren vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa. Yhteistyötä korostetaan alusta asti: nuori osallistuu aktiivisesti tavoitteiden ja toimenpiteiden suunnitteluun. Nuoren kanssa tehdään hoitosopimus, johon on kirjattu paitsi hoidon varsinaiset tavoitteet, myös viikoittaiset välitavoitteet sekä positiiviset ja negatiiviset käyttäytymisen seuraukset. Tavoitteet saavutettaessa nuorelle annetaan myönteistä palautetta, jotta toivottu käyttäytyminen vahvistuisi. Kognitiivis-behavioraalista terapiaa voidaan antaa sekä yksilöhoitona että ryhmäistunnoissa, jotka molemmat näyttävät toimivan yhtä hyvin (Waldron & Kaminer, 2004). Behavioraalisia tekniikoita käytetään myös ns. yhteisövahvistusohjelmissa, joissa tavoitteena on auttaa nuorta löytämään omasta lähiyhteisöstään päihteettömänä pysymistä tukevia voimavaroja ja aktiviteetteja. Näissä hoitomuodoissa käytetään usein nuoren toivottua käyttäytymistä vahvistavia konkreettisia palkintoja (Godley ym., 2001), kuten vapaalippuja elokuviin, liikuntatiloihin tms., kun tavoitteiden saavuttamisesta on objektiivista näyttöä esimerkiksi negatiivisten huumeseuolojen muodossa.

Muutosmotivaation vahvistamiseen tähtäävät hoitosuuntaukset poikkeavat vahvasti aiemmin vallinneesta sairauskeskeisestä ja täydellistä päihdeettömyyttä vaativasta ideologiasta. Niiden mukaan nuoruusikään kuuluvan henkilökohtaisen itsemääräämisoikeuden ja itsenäistymisen tarpeen huomioon ottava lähestymistapa tavoittaa nuoret paremmin. Hoidon tavoitteena on vahvistaa nuoren mo-

tivaatiota sitoutua jo suunniteltuun hoitoon sekä vähentää päihteiden käyttöön liittyviä haittoja tarjoamalla lyhyitä interventioita. Lisäksi tavoitteena on saada riippuvuusriskissä olevat nuoret ajoissa hoitojärjestelmän piiriin. Motivoiva haastattelu on näissä hoitomalleissa muutoksen edistämisen keskeinen työkalu. Kun motivaatio ymmärrettiin aiemmin hoitoon sitoutumattomuutta selittävänä tekijänä ("hoito ei onnistu koska nuori ei ole motivoitunut"), nykyään se ymmärretään tekijänä, johon voidaan vaikuttaa terapeuttisin menetelmin. Työntekijä voi auttaa nuorta tiedostamaan mahdollinen ambivalenssinsa olemalla vahvistamatta nuoressa helposti heräävää vastarintaa. Keskustelun tulee olla luonteeltaan asiallista, oikeaa tietoa antavaa ja nuorta puhumaan rohkaisevaa (Monti ym., 1999). Motivaatiota vahvistavia hoitoelementtejä yhdistetään nykyisin mm. kognitiivis-behavioraalisiin ryhmäterapioihin nuorten päihdehäiriöiden hoidossa (Diamond ym., 2002).

MST esimerkkinä yhdistelmähoidoista

Tutkituimpia nuorten päihdehäiriöiden hoidossa käytetyistä yhdistelmähoitomalleista ovat MST (Multisystemic Therapy, Henggeler & Borduin, 1990) sekä MDFT (Multidimensional Family Therapy, Liddle ym., 2001). Molemmat ovat joustavasti eri hoitomenetelmiä integroivia sosiaaliekoisia perhekeskeisiä hoitomalleja, jotka poikkeavat vain vähän toisistaan. MST:stä on kuitenkin kertynyt laajempaa käyttökokemusta, minkä vuoksi tässä katsauksessa keskitytään sen esittelyyn.

MST kehitettiin alun perin rikoskierteessä olevien nuorten hoitoon ensisijaisena tavoitteena laitossijoitusten välttäminen. Terapian todettiin vähentävän näiden huonosti hoitoon sitoutuvien nuorten rikollisuutta (Henggeler ym., 1998). Sittemmin samat tutkijat tietoisina sekä käytöshäiriöiden ja päihdehäiriöiden suuresta yhtäaikaisesiintyvyydestä että niiden yhteisistä riskitekijöistä kiinnostuivat selvittämään hoitomallin käyttökelpoisuutta myös päihteiden käytön vähentämisessä päihdeongelmaisilla nuorisorikollisilla. Tämän terapian vaikuttavuudesta nuorten päihdehäiriöiden hoidossa on kertynyt selkeää tieteellistä näyttöä, joskin mallin siirtämisessä muiden toimijoiden käyttöön on ollut hankaluuksia (Henggeler ym., 1999). MST:tä on pyritty kehittämään entistä tehokkaammaksi hoitomuodoksi nuorille päihteiden ongelmakäyttäjille yhdistämällä siihen motivaatiota vahvistavia elementtejä, lähinnä konkreettisten palkintojen tarjoamista nuorelle päihteiden käytön vähenemiseen ja/tai loppumiseen liittyen (Randall ym., 2001). MST:tä on tutkittu myös sairaalahoidon vaihtoehtona vaikeasti psykiatrisesti häiriintyneiden nuorten hoidossa (Henggeler ym., 2003).

MST:ssä terapiaistunnot pidetään pääasiassa muualla kuin terapeutin vastaanotolla, lähinnä perheen kotona. Tapaamisia on aluksi useita kertoja viikossa

ja puhelinkontakteja ainakin päivittäin. Tapaamisiin osallistuvat vaihtelevasti nuori yksin, perheenjäsenet eri kokoonpanoissa sekä tarvittaessa nuoren ystävät ja muut nuoren sosiaaliseen ympäristöön liittyvät jäsenet. Viranomaisverkoston edustajina voi olla esimerkiksi opettaja, ehdonalaisvalvoja, nuorisotyöntekijä tai seurakunnan edustaja. Kaksi tai kolme terapeuttia vastaa yhden nuoren sekä hänen perheensä hoidosta ja heistä vähintään yksi on myös päivystysluonteisesti tavoitettavissa ainakin hoidon alkuvaiheessa. Hoidon intensiivisen luonteen vuoksi kullakin työntekijällä voi olla kolmesta kuuteen perhettä kerrallaan hoidossa. Hoito kestää yleensä noin 3–5 kuukautta.

Terapeutit pyrkivät aluksi yhdessä perheenjäsenten kanssa tunnistamaan nuoren, hänen perheensä sekä muiden nuoren elämän kannalta oleellisten tahojen, kuten koulun, kaveripiirin ja muun yhteisön vahvuudet ja heikkoudet. Alkuarvioinnissa on tärkeää ymmärtää, miten nuoren päihdeongelma liittyy näihin muualta tuleviin vuorovaikutuksiin. Todettuja vahvuuksia käytetään keinoina muutokseen. Arvioinnin jälkeen valitaan tarkoitukseen parhaiten sopivat hoitomuodot, joita voivat olla yksilö-, perhe- ja/tai pariterapia, nuoren ikätoverisuhteisiin kohdistuvat interventiot sekä tarvittaessa lääkehoito. Interventiot keskittyvät vallitsevaan elämäntilanteeseen ja kohdistuvat selkeästi määriteltyihin ongelmiin. Interventioilla pyritään edistämään vastuullista käyttäytymistä perheen sisällä ja ne edellyttävät päivittäistä tai viikoittaista vaivannäköä perheenjäseniltä. Nuoren muiden psykiatristen ongelmien hoitaminen on oleellisen tärkeä osa hoitoa. Lisäksi perheelle tarjotaan tarvittaessa muuta apua, kuten vanhempien psykiatrisen tai päihdehoidon ja sosiaalisten tukimenetelmien järjestäminen, jolla pyritään poistamaan esteitä hoidon tavoitteiden saavuttamisen tieltä.

MST:n vahvuutena on jatkuva hoidon laadun valvonta. Terapeuteilla on kokonaisvastuu nuoren ja hänen perheensä hoidosta sekä hoidon tuloksellisuudesta. Hoitomalliin sisältyy myös jatkuva palautteen antaminen eri toimijoiden kesken. Terapeuteilla on tukenaan nimetty MST:hen hyvin perehtynyt työnohjaaja, jonka vastuulla on kehittää terapeuttien ammattitaitoa niin, että he pystyvät sitoutumaan tehtäväänsä. Seurantaneuvotteluja työnohjaajan kanssa pidetään viikoittain. Työnohjaajat saavat vastaavasti ohjausta konsulteilta, joilla on pitkäaikainen vankka kokemus MST:stä ja jotka valvovat koko hoito-organisaation toimintaa saadun palautteen perusteella.

Lopuksi

Nuorten päihdehäiriöiden hoidon tutkimus on viime vuosina kokenut varsinaisen renessanssin Yhdysvalloissa. Suomessa vastaavaa tutkimusta ei toistaiseksi ole tehty, vaikka sille alkaa olla selkeä tilaus. Nuorten päihdehäiriöihin liittyvä

muiden samanaikaisten mielenterveysongelmien runsas esiintyvyys (Marttunen & Lönnqvist, 2001) tuo mukanaan lisähaasteen: päihteiden käytöllä oireilevien nuorten arvioinnissa ja hoidossa moniammatillinen ja eri hallintoalojen välinen yhteistyö on välttämätöntä. Meillä niin nuorten kuin aikuistenkin päihdehoito toteutuu suurelta osin sosiaalitoimen alaisissa yksiköissä, joilla ei useinkaan ole mahdollisuutta psykiatriisiin konsultaatioihin. Päihdelääketieteen, nuorisopsykiatrian, lastensuojelun ja koulutyön asiantuntemuksen yhdistäminen on nuorten päihdehäiriöiden hoitotutkimuksen lisäksi keskeinen tulevaisuuden kehittämisalue.

Lähteet

- ALEXANDER, J. & PARSONS, B.V. (1982) *Functional family therapy*. Monterey, Brooks/Cole.
- BAUMRIND, D. & MOSELLE, K.A. (1985) A developmental perspective on adolescent drug abuse. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 41-67.
- BROFENBRENNER, U. (1979) *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Harvard University Press.
- CRITS-CRISTOPH, P. & SIQUELAND, L. (1996) Psychosocial treatment for drug abuse: selected review and recommendations for national health care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 749-756.
- DIAMOND, G. & GODLEY, S.H. & LIDDLE, H.A. & SAMPL, S. & WEBB, C. & TIMS, F.M. & MEYERS, R. (2002) Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction*, 97, (Suppl 1), 70-83.
- FRIEDMAN, A.S. & UTADA, A. (1989) A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] instrument). *Journal of Drug Education*, 19, 285-312.
- GODLEY, S.H. & MEYERS, R.J. & SMITH, J.E. & GODLEY, M.D. & TITUS, J.M. & KARVINEN, T. & DENT, G. & PASSETTI, L. & KELBERG, P. (2001) *The Adolescent Community Reinforcement Approach for adolescent cannabis users*. DHHS Publication No. (SMA) 01-3488. Cannabis Youth Treatment (CYT) Series. Volume 4). Rockville, Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. http://www.chestnut.org/li/cyt/products/acra_cyt_v4.pdf.
- HENGGELE, S.W. & BORDUIN C.M. (1990) *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, Brooks/Cole.
- HENGGELE, S.W. & PICKREL, S.G. & BRONDINO, M.J. (1999) Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1, 171-184.
- HENGGELE, S.W. & ROWLAND, M.D. & HALLIDAY-BOYKINS, C.A. & SHEIDOW, A.J. & WARD, D.M. & RANDALL, J. & PICKREL, S.G. & CUNNINGHAM, P.B. & EDWARDS, J. (2003) One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 543-551.
- HENGGELE, S.W. & SCHOENWALD, S.K. & BORDUIN, C.M. & ROWLAND, M.D. & CUNNINGHAM, P.B. (1998) *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York, The Guilford Press.

- JAINCHILL, N. & BHATTACHARYA, G. & YAGELKA, J. (1995) Therapeutic communities for adolescents. In: RAHDERT, E. & CZECHOWICZ, D. (Eds.) NIDA research monograph 156. *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions* (NIH Publication No. 95-3908, s. 190-217). Rockville, National Institute on Drug Abuse.
- KAMINER, Y. & WALDRON, H.B. (2004) Cognitive behavior therapy. In: ROWE, C. & LIDDLE, H. (Eds.) *Treating adolescent substance abuse: State of the science*. New York, Cambridge University Press.
- LENER, R.M. & GALAMBOS, N.L. (1998) Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446.
- LIDDLE, H.A. (2004) Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 76-92.
- LIDDLE, H.A. & DAKOF, G.A. (1995) Efficacy of family therapy for drug abuse: promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 511-544.
- LIDDLE, H.A. & DAKOF, G.A. & PARKER, K. & DIAMOND, G.S. & BARRETT, K. & TEJEDA, M. (2001) Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-687.
- LÖNNQVIST, J. & MARTTUNEN, M. (2001) Nuorten päihdeongelmien hoito. *Duodecim*, 117, 1585-1590.
- MARTTUNEN, M. & LÖNNQVIST, J. (2001) Nuorten päihdehäiriöiden luonne ja kulku. *Duodecim*, 117, 1579-84.
- MILLER, G.E. & PRINZ, R.J. (1990) Enhancement of social learning interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108, 291-307.
- MONTI, P.M. & COLBY, S.M. & BARNETT, N.P. & SPIRITO, A. & ROHSENOV, D.J. & MYERS, M. & WOOLARD, R. & LEWANDER, W. (1999) Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989-994.
- OZECOWSKI, T.J. & LIDDLE, H.A. (2000) Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 269-298.
- RANDALL, J. & HENGGELE, S.W. & CUNNINGHAM, P.B. & ROWLAND, M.D. & SWENSON, C.C. (2001) Adapting multisystemic therapy to treat adolescent substance abuse more effectively. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 359-366.
- STANTON, M.D. & SHADISH, W.R. (1997) Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- VAUGHN, M.G. & HOWARD, M.O. (2004) Adolescent substance abuse treatment: a synthesis of controlled evaluations. *Research on Social Work Practice*, 14, 325-335.
- WALDRON, H.B. (1997) Adolescent substance abuse and family therapy outcome: a review of randomized clinical trials. In: OLLENDICK, T.H. & PRINZ, R.J. (Eds.) *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol.19, pp. 199-234. New York, Plenum Press.
- WALDRON, H.B. & KAMINER, Y. (2004) On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 99 (Suppl. 2), 93-105.
- WILLIAMS, R.J. & CHANG, S.Y. (2000) A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 138-166.

Treatment of adolescent substance use disorders

Abstract

This review concentrates on outpatient psychosocial treatments for adolescents with substance use disorders (SUD). The focus is on methods that have shown most consistent empirical evidence of their efficacy in treatment studies. The studies have been conducted almost exclusively in the United States. At present the tendency is to use multimodal assessment and treatment strategies to help formulate treatment targets and choose comprehensive, flexible, developmentally appropriate and individually tailored treatment methods.

Family-based approaches emphasize the importance of the adolescent's family system in the development and maintenance of SUD; thus they focus on change within the family. Family-based treatment is the most thoroughly studied treatment modality for adolescents with SUD. Techniques are mostly either systemic or behavioral or a combination of both. Largely on the basis of family therapy tradition and social ecological theory, new integrative approaches have been developed to expand the boundaries of clinical intervention beyond the family. These combined therapy models borrow elements from several evidence-based interventions. Therapists spend varying amounts of time in individual and multi-person sessions with the adolescent, family, peers, teachers, probation officers etc. An example of such a treatment is multisystemic therapy (MST). Other treatments, which target on individual change, include cognitive-behavioral therapy (CBT), community reinforcement approach, motivational enhancement therapy, therapeutic communities, and 12 step programs. Group and individual CBT and combined therapy models seem to be the most efficient approaches in treating adolescent SUD.

There is a strong need for treatment studies in Finland to evaluate the effectiveness of the most promising treatment models. Another challenge for the treatment system is to find new ways of enhancing co-operation between social and health care services in order to offer appropriate help especially for dually diagnosed adolescents.



Mikko Salaspuro

Stimulanttien käyttöön liittyvien ongelmien hoito

Johdanto

Psykomotorisiin stimulantteihin kuuluvat amfetamiini ja sen johdokset (esim. metamfetamiini) ovat tällä hetkellä Suomessa kannabiksen jälkeen yleisimmin käytettyjä laittomia huumeita. Amfetamiinia käytetään suun kautta, nenän kautta nuuskaamalla, suonensisäisesti tai hydrokloridimuodossa polttamalla. Amfetamiinin puoliintumisaika on 4 tuntia ja yhden annoksen aiheuttama mielihyvä voi kestää useita tunteja. Metamfetamiini vaikuttaa keskushermostoon amfetamiinia voimakkaammin ja aiheuttaa herkästi riippuvuutta.

Stimulantteihin luetaan myös rave-kulttuuriin liittyvät, ”designer drugs”- ja ”club drugs”-tyyppiset huumeet, kuten ekstaasitabletit (3,4-metyleenidioksimetamfetamiini, MDMA). Kokaiinia käytetään suonensisäisesti, nuuskaamalla tai suun kautta. Sen alkaloidijohdosta (”crack”) poltetaan savukkeina tai vesipiipussa. Stimulanttien aiheuttamat myrkytykset johtuvat liika-annoksista, aineiden epäpuhtauksista ja pitoisuuden ennakoimattomasta vaihtelusta.

Vuonna 2002 amfetamiinien ongelmakäyttäjää arvioitiin Suomessa olevan 0,4–0,7 % (10 900–18 500) 15–55-vuotiaasta väestöstä. Yli 80 % näistä oli miehiä. Vuonna 2003 päihdehoitoon hakeutuneista 28 %:lla stimulantit olivat ensisijainen päihde. Samana vuonna huumausaineisiin liittyviä kuolemantapauksia oli Suomessa 146 ja amfetamiinia löydettiin näistä 51 tapauksessa. (Stakes, 2004).

Matalat amfetamiiniannokset aiheuttavat euforiaa (mielihyvää), ruokahaluttomuutta, unettomuutta, vapinaa, suun kuivumista ja lisääntynyttä psykomotorista aktiivisuutta. Pulssi kohoaa ja hengitystiheys kiihtyy. Suurten annosten jälkeen euforia korostuu. Itsevarmuus lisääntyy. Voi esiintyä aggressiivisuutta, paniikki-tiloja, sekavuutta, des-orientaatiota, vainoharhaisuutta sekä harha-aistimuksia.

Amfetamiinin käyttö johtaa huomattavaan sietokyvyn kasvuun. Pitkäaikainen käyttö johtaa unettomuuteen ja tähän usein liittyvään sekavuuteen. Oireistossa painottuvat harhaluulot sekä kuulo-, näkö- tai tuntoharhat. Käytös voi olla väkivaltaista tai arvaamatonta varsinkin, jos samanaikaisesti on käytetty

estoja heikentäviä bentsodiatsepiineja tai alkoholia. Kroonisen käytön yhteydessä esiintyy myös jännitys- ja pelkotiloja, kohonnutta verenpainetta ja ruokahaluttomuutta. Mielialan lasku voi jäädä pysyväksi, jos tilanne ei ehdi käyttökertojen välillä normalistua. Masennus voi olla vaikea-asteinen, unipolaarista masennusta muistuttava tila, joka kuitenkin useimmiten on lyhytkestoisempi.

Stimulanttien aiheuttamat elimelliset komplikaatiot liittyvät aineiden käytötapoihin. Suonensisäinen käyttö aiheuttaa verisuonitukoksia, imusuonitulehduksia, märkäpesäkkeitä, verenmyrkytyksiä, sydämen sisäkalvon tulehduksia, maksatulehduksia ja aidsia. Kokaiinin intranasaalinen (nuuskaaminen) käyttö aiheuttaa riniittiä (nuhaa) ja nenän väliseinämän nekroottisia tulehduksia. Kokaiinin polttaminen johtaa hengitysteiden ärsyntyymiseen ja infektioiden kautta keuhkojen vajaatoimintaan.

Stimulanttien aiheuttamat myrkytykset

Amfetamiinimyrkytys

Stimulanttien yliannostusten yhteydessä on raportoitu aivoverenkierron häiriöitä kuten aivoverenvuotoja ja verisuonitukoksia. Kirjallisuudessa on kuvattu yli 100 kuolemantapausta, joissa kuolinsyynä ovat olleet sympaattisen hermojärjestelmän ylikuormituksen aiheuttamat kohonneesta verenpaineesta johtuvat aivoverenkierron häiriöt, ruumiin ylikuumeneminen, sydämen sepelvaltimoiden tukokset ja verenkierto- sekä hengitysjärjestelmien lamaantumisesta johtuva tajuttomuus ja kuolema.

Myrkytysoireita ovat tiheä syke, kohonnut verenpaine, kuume, hikoilu, laajentuneet silmäterät, ahdistuneisuus, motorinen levottomuus, lihasjäykkyys, kouristelutaipumus, kiihtyneet heijasteet ja hampaiden narskut. Neuropsykiatrisia oireita kuten psykooseja ja vainoharhaisuutta voi myös esiintyä. Korkeaan kuumeeseen voi liittyä lihastuho (rhabdomyolyyysi), munuaisvaurio, verenpaineen lasku, veren hyytymishäiriöitä, maksa- tai keuhkovaurio, nestetasapainohäiriöitä, aivoverisuonten tukos tai repeämä ja psykoosi. Kuoleman voi aiheuttaa sydämen rytmihäiriöt, kova kuumeilu, kallon sisäinen verenvuoto ja yleinen verenvuototaipumus.

Amfetamiinimyrkytyksen hoitoon ei ole olemassa spesifiä vasta-ainetta. Lievien myrkytysten (rauhattomuus, hikoilu, sydämen tiheälyöntisyys, kohonnut verenpaine, ärtyneisyys) hoidoksi riittää nesteytys ja tarvittaessa pieni annos rauhoittavaa lääkettä kuten diatsepaamia. Vaikeammissa myrkytyksissä (paniikkikohtaukset, sekavuus, tajuttomuus, kouristelu, sydämen rytmihäiriöt, verenkiertolama, korkea kuume) lasketaan kehon lämpötilaa, potilas nesteyte-

tään, hänen neste-suolatasapainostaan huolehditaan ja muut oireet hoidetaan oireenmukaisella lääkityksellä (ks. Akuuttihoito-opas). Tällainen potilas kuuluu aina sairaalahoitoon.

Kokaiinimyrkytys

Kokaiinin myrkytysoireet (kuten laajentuneet silmäterät) heijastelevat aineen sympaattista hermojärjestelmää stimuloivia vaikutuksia. Yliannostuksen oireet ilmaantuvat nopeasti ja voivat johtaa kuolemaan. Myrkytyksen alkuvaiheeseen liittyy pelkotiloja, vainoharhaisuutta ja harha-aistimuksia. Myöhemmin ilmaantuu masennusta, johon liittyy lisääntynyt itsemurhariski. Sydänoireita ovat tiheä syke, rytmihäiriöt, sydänpysähdys, sepelvaltimoiden tukokset, sydänlihastulehdus ja aortan repeämä. Hermostoperäisiä oireita ovat päänsärky, kouristukset, kallon-sisäinen verenvuoto ja kovaan kuumeeseen tai kouristeluun liittyvä aivovaurio. Kuumeeseen voi liittyä myös lihastuho (rhabdomyolyyysi) ja sen seurauksena munuaisvaurio.

Akuutin kokaiinimyrkytyksen hoito on oireenmukainen elintoimintojen ylläpito sekä nestetasapainosta huolehtiminen. Potilas kuuluu sairaalahoitoon, jossa on mahdollista hoitaa spesifisillä lääkityksillä erilaiset sydänperäiset komplikaatiot ja psyykkiset ongelmat (ks. Akuuttihoito-opas).

Stimulanttippsykoosi

Stimulanttippsykoosit ilmaantuvat pitkäaikaisen käytön ja/tai liika-annostelun jälkeen ja ovat luonteeltaan ohimeneviä. Psykooseille on tyypillistä vainoharhaisuus, joka vaihtelee lievista harha-aistimuksista täydellisesti puuttuvaan todellisuudentajuun. Kokaiinin aiheuttamat harhaluulot häviävät tavallisesti unirytmien normalistuttua. Amfetamiiniharhat kestävät muutamia päiviä. Psykoosi voi pitkittyä henkilöillä, joilla on ollut aikaisemmin skitsofreenisiä tai maanisia psykooseja. Stimulanttien aiheuttamien psykoosien jälkitiloihin ei ole kuvattu liittyvän takaumia eli flashback-ilmiöitä. Stimulanttippsykooseihin liittyy usein erilaisia elimellisiä komplikaatioita kuten rytmihäiriöitä, kovaa kuumeilua ja verenpaineen kohoamista. Tästä johtuen myös nämä potilaat kuuluvat sairaalahoitoon (ks. Akuuttihoito-opas).

Amfetamiinipsykoosin erottaminen skitsofreenistyyppisestä tai maanisesta psykoosista on vaikeaa. Tyypioireita ovat voimakas vainoharhaisuus, ruumiinkuvan vääristymät ja aistiharhat. Tunne luteiden tai muiden syöpäläisten ryömisestä iholla voi johtaa vaikeisiin raapimisesta johtuviin ihovaurioihin. Jos todellisuudentaju säilyy, niin että henkilö tiedostaa aistiharhojen olevan amfetamiinin aiheuttamia, ei psykoosidiagnoosia tule tehdä. Potilailla, joilla

amfetamiinin aiheuttama psykoottinen oirekuva kestää yli neljä viikkoa, on usein amfetamiinista riippumaton, erillinen psykoottinen häiriö.

Stimulanttien käytön lopettamiseen liittyvät vieroitusoireet

Amfetamiini

Amfetamiinin ja sen johdosten käytön vieroitusoireet eivät ilmene samalla lailla selkeinä kuin alkoholin, rauhoittavien lääkkeiden ja opiaattien vieroitusoireet. Siksi stimulantteihin liittyvää vieroitustilaa on vaikea osoittaa. Käytön äkillinen lopettaminen ei aiheuta kouristuksia tai muita hengenvaarallisia oireita edes pitkään suuria annoksia käyttäneillä. Yleensä vieroitukseen liittyy kuitenkin oireita, jotka voivat kestää viikkoja. Vieroitustilalle on tyypillistä yhdeksästä tunnista neljään vuorokauteen kestävä pahanolon tunne, joka ilmenee pelokkuutena, ärtyvyytenä, unettomuutena ja masennuksena. Käyttäjät pyrkivät lievittämään oireita bentsodiatsepiineilla, alkoholilla tai opiaateilla.

Käytön jälkeinen mielialahäiriö voi kestää 1–10 viikkoa. Kyseessä näyttäisi olevan neuroadaptiivinen prosessi, jonka ilmentymä on psykologinen. Mielialahäiriö edeltää uutta ”stimulanttinälkää” ja retkahdusta, mikä tulee ottaa hoidossa huomioon. Vaihe alkaa voimakkaalla uneliaisuudella, jolloin potilaan mieliala on vakaa. Aineen käytön jatkamista estävät potilaan muistama aineen aiheuttama pahaolo sekä käytön negatiiviset psykososiaaliset seuraamukset. Lamaantuneen tilan muuttuessa jälleen levottomuudeksi retkahdusriski kasvaa oleellisesti.

Myöhemmin ei enää esiinny mielialavaihteluja. Aineen himoa esiintyy ajoittain, jolloin sen ajatellaan olevan sidoksissa ehdollistumiseen ja yksilöllisiin tapoihin. Tähän ei liity tunnettuja neurofysiologisia mekanismeja. Riittävän pitkän ajan kuluessa saatetaan saavuttaa täydellinen abstinenssi. Alkoholin käyttö tämän vaiheen aikana ja myöhemminkin voi laukaista ainehimon. Stimulanttien käytön lopettaminen voi paljastaa myös peitossa olleen depression, johon liittyy lisääntynyt itsemurhariski.

Amfetamiinivieroitukseen ei ole tehokasta lääkehoitoa. Laitoshoito on joskus suositeltavaa vieroituksen alkuvaiheessa, jolloin päihteetön ympäristö voi olla tarpeen ulkoisten häiriöiden minimoimiseksi. Hoitopäätöksen tekoon vaikuttavat potilaan motivaatio sekä somaattinen ja henkinen tila, tukiverkoston olemassaolo tai puuttuminen sekä aikaisemmat hoitokokemukset. Laitoshoidon pituus vaihtelee, mutta sen kestoksi suositellaan ainakin kolmea kuukautta. Huolellista potilaan esitietoihin perehtymistä ja riittävän pitkää seurantaan tarvitaan varsinkin niiden potilaiden kohdalla, joilla vieroitusvaiheessa esiintyy harhaisuutta, masentuneisuutta tai maniaa.

Kokaiini

Vieroitusoireita ovat masennus, unihäiriöt, levottomuus, apatia, väsymys, ahdistuneisuus, sydämen tykytys ja erilaiset fyysiset oireet. Myös himo käyttää kokaiinia on yleistä. Oireeton sydänlihaksen verenkiertohäiriö on mahdollinen vieroitusvaiheessa. Vieroitusoireet helpottuvat usein ilman hoitoa. Lääkehoidoista ei tutkimuksissa ole saatu vakuuttavia tuloksia.

Stimulanttiriippuvuuden hoito

Lääkehoito

Valtaosa stimulanttiriippuvuuden tutkimuksista koskee kokaiiniriippuvuuden hoitoa, ja nämä tutkimukset on tehty etupäässä Yhdysvalloissa. Amfetamiiniriippuvuuden hoidosta satunnaistettuja tutkimuksia on niukasti. Lääkehoidoista kuten masennuslääkkeistä ei ole hyötyä kokaiiniriippuvuuden hoidossa, ei myöskään karbamatsepiinista (antiepilepti) tai neurolepteistä (psykoosilääke). Fenytoiini (antiepilepti) saattaa olla lumelääkettä tehokkaampi kokaiiniriippuvuuden hoidossa.

Kahden satunnaistetun tutkimuksen perusteella disulfiraami vähentää kokaiinin käyttöä opiaattiriippuvaisilla potilailla, jotka ovat joko metadoni- tai buprenorfiinikorvaushoidossa. Ensimmäisessä tutkimuksessa 20 buprenorfiinikorvaushoidossa olevaa satunnaistettiin saamaan joko disulfiraamia (250 mg päivässä) tai lumelääkettä. Seuranta-aika oli 12 viikkoa. Kokonaan kokaiinivapaiden viikkojen lukumäärä oli merkitsevästi korkeampi disulfiraamiryhmässä kuin lumeryhmässä (7,8 vs. 3,3). Lisäksi disulfiraamia saaneet saavuttivat nopeammin 3 viikkoa kestäneen täysin kokaiinivapaan ajanjakson (24,6 vrk vs. 57,8 vrk) ja kokaiinivapaiden virtsanäytteiden määrä oli merkitsevästi korkeampi disulfiraamia saaneilla lumeryhmään verrattuna (14,7 vs. 8,6) (George ym., 2000). Toisessa tutkimuksessa 67 metadonikorvaushoidossa olevaa kokaiiniriippuvaisista satunnaistettiin saamaan joko disulfiraamia (250 mg/pv) tai lumelääkettä. Disulfiraami tai lumelääke oli lisätty metadoniannokseen. Tulospittareita olivat viikoittainen kokaiinin, alkoholin ja lääkkeiden käyttö, viikoittainen virtsaseula ja hengitysilman alkoholitestit. Molempien ryhmien alkoholinkäyttö oli erittäin vähäistä. Disulfiraamiryhmän kokaiinikäyttö oli merkitsevästi vähäisempää kuin lumeryhmän (Petrakis ym., 2000). Suomessa ei ole kokemuksia disulfiraamin käytöstä amfetamiiniriippuvuuden hoidossa. Edellä mainittujen tutkimustulosten perusteella aihetta koskevia tutkimuksia tulisi käynnistää.

Amfetamiini- tai kokaiiniriippuvuuden korvaushoidon tehosta ei myöskään

ole vielä toistaiseksi riittävää näyttöä. Yhdessä avoimessa tutkimuksessa 21 amfetamiiniriippuvaiselle potilaalle annettiin 60 mg metamfetamiinia päivittäin. Kontrolliryhmä sai kuten hoitoryhmä lisäksi psykososiaalista hoitoa ja tukea kerran viikossa. Molemmissa ryhmissä katuamfetamiinin käyttö laski ja amfetamiiniriippuvuus lieveni. Korvaushoito paransi lisäksi hoidossa pysymistä.

Saman ryhmän toisessa lume-kontrolloidussa tutkimuksessa 16 kokaiiniriippuvaista sai 60 mg metamfetamiinia päivittäin ja 14 lumelääkettä. Hoitoryhmä raportoi käyttäneensä merkittävästi vähemmän kokaiinia, vähensi enemmän rikollisuutta ja raportoi alhaisempaa kokaiinihimoa. Kokaiinipositiivisten virtsanäytteiden määrä oli hoitoryhmässä alhaisempi kuin kontrolliryhmässä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (Shearer ym., 2003). Kolmannessa tutkimuksessa analysoitiin jälkikäteen 220 dexamfetamiinikorvaushoitoa saaneen hoitotulokset. Yli puolet oli lopettanut suonensisäisen amfetamiinikäytön heti hoitoon päästyään ja kolmasosa kahden kuukauden kuluttua (White, 2000).

Akupunktio vähensi yhdessä yksöissokkoutetussa, lumekontrolloidussa tutkimuksessa (n=150) virtsa-analyysin mitattua kokaiinin käyttöä, mutta ei vaikuttanut hoidossa pysymiseen tai itse ilmoitettuihin oireisiin. Kahdessa tutkimuksessa (n=236 ja 202) kokaiiniriippuvaisia satunnaistettiin lumeakupunktioon ja psykososiaaliseen hoitoon tai pelkkään psykososiaaliseen hoitoon tai saamaan akupunktioita 28, 16 tai 8 kertaa. Akupunktiolla ei ollut vaikutusta hoidossa pysymiseen, kokaiinihimoon eikä kokaiinipositiivisten virtsanäytteiden määrään (Bullock ym., 1999). Akupunktio on osoitettu tehottomaksi myös metadonikorvaushoitoa saavilla kokaiiniriippuvaisilla potilailla tutkimuksissa, joissa potilaat arvottiin joko oikeaan tai lumeakupunktioon (Margolin ym., 2002).

Psykososiaaliset hoidot

Psykososiaalisten hoitomuotojen tutkimukset ovat pääosin Yhdysvalloista ja ne koskevat lähinnä kokaiiniriippuvuuden hoitoa. Hoitotuloksia voidaan ehkä soveltaa myös amfetamiiniriippuvuuden hoidossa. Yhdessä satunnaistetussa tutkimuksessa (n=40) osoitettiin, että lahjakorteilla palkitseminen kokaiinipuhtaista virtsanäytteistä yhdistettynä verkostoterapiaan parantaa hoitotulosta merkittävästi ns. standardihoitoon verrattuna. Ostosetelien käyttö paransi merkittävästi hoidossa pysymistä (75 % vs. 40 %), vähensi merkittävästi ongelmien määrää ja niiden vaikeusastetta sekä lisäsi merkittävästi kokaiinivapaitten virtsanäytteiden määrää (Higgins ym., 1994).

Huumeiden käyttöön kohdistuva yksilöterapia (kahdentoista askeleen ohjelma) yhdistettynä ryhmäterapiaan on ilmeisesti parempi kuin kognitiivinen tai psykoanalyttinen terapia yhdistettynä ryhmäterapiaan ja ilmeisesti myös parempi kuin pelkkä ryhmäterapia. Tässä Yhdysvaltalaisessa monikeskustutkimuksessa

kokaiiniriippuvaiset (n=487) satunnaistettiin neljään ryhmään, joissa jokaisessa hoito-ohjelma perustui käsikirjaan ja hyvin koulutettujen ammattilaisten antamaan terapiaan:

1. Kognitiivinen käyttäytymisterapiaterapia (50 min. x 2/vk. 12 viikon ajan, 50 min. x 1/vk. 12 viikon ajan ja kerran kuussa 12 viikkoa) + ryhmäterapia (1,5 tuntia viikoittain 6 kk:n ajan).
2. Ammatillinen psykoterapia/psykoanalyttinen lähestymistapa (lyhyt supportiivinen ja expresiivinen terapia / Luborsky) + ryhmäterapia kuten ryhmä 1.
3. Yksilöllinen keskusteluhoito, joka pohjautui kahdentoista askeleen ohjelmaan sekä käytön täydelliseen lopettamiseen "päivä kerrallaan" + ryhmäterapia kuten 1 ja 2.
4. Pelkkä ryhmäterapia (kuten ryhmät 1–3), jonka yhtenä tavoitteena oli saada potilaat osallistumaan AA-kokouksiin.

Tulosmittareita olivat riippuvuuden vaikeusaste (ASI=Addiction Severity Index) sekä lääkkeiden ja kokaiinin käyttö viimeisen kuukauden aikana. ASI-haastattelijat olivat sokkoutettuja. Kokaiinin ja muiden huumeiden tai lääkkeiden käyttöä seurattiin viikoittain (oma kertomus ja virtsaseula).

Ryhmät 1 ja 2 osallistuivat merkittävästi paremmin hoito-ohjelmaan kuin ryhmät 3 ja 4. Toisaalta ryhmä 3:n hoitotulos oli kokaiinin ja muiden huumeiden tai lääkkeiden käytön vähentämisen tai lopettamisen suhteen paras. Myös ASI-pisteet laskivat eniten ryhmässä 3. Ryhmä 3:n hoitotulos oli paras kaikissa alaryhmissä, mukaan lukien psykiatristen ongelmien vaikeusaste ja antisosiaalinen persoonallisuushäiriö. Intensiivisestä hoidosta huolimatta kaksi kolmasosaa potilaista ei pystynyt kokonaan irrottautumaan kokaiinin käytöstä yhdessäkään tutkimusryhmässä (Crits-Christoph ym., 1999).

Lähteet

- ELONEN, E. & MÄKIJÄRVI, M. & VOPIO-PULKKI, L-M. & VUORISTO, M. (toim.) (2005) *Akuuttihoito-opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- ALHO, H. & JÄRVENPÄÄ, E. & SEPPÄLÄ, T. (2001) Uudet synteettiset huumeet ja päihdetarkoitukse4ssa käytetyt psykotrooppiset aineet. *Suomen Lääkärilehti*, 56, 3403-3407.
- BULLOCK, M.L. & KIRESU, T.J. & PHELEY, A.M. et al. (1999) Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse: A study of efficacy and dosing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 31-38.
- CRITS-CHRISTOPH, P. & SIQUELAND, L. & BLAINE, J. et al. (1999) Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.

- DE LIMA, M.S. & LIMA, A.R. & SOARES, B.G. et al. (2000) *A systematic review of pharmacological treatment of cocaine dependence. Management of Substance Dependence*. Geneva, WHO.
- FABRITIUS, C. & SALASPURO, M. (2003) Amfetamiinin, kokaiinin ja hallusinogeenien päihdekäyttö. Kirjassa: SALASPURO, M. & KIIANMAA, K. & SEPPÄ, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Kustannus Oy Duodecim, s. 458-67.
- GEORGE, T.P. & CHAWARSKI, M.C. & PAKES, J. et al. (2000) Disulfiram versus placebo for cocaine dependence in buprenorphine-maintained subjects: a preliminary trial. *Biological Psychiatry*, 47, 1080-86.
- HIGGINS, S.T. & BUDNEY, A.J. & BICKEL, W.K. et al. (1994) Incentives improve outcome in outpatient behavioural treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-76.
- MARGOLIN, A. & AVANTS, S.K. & HOLFORD, T.R. (2002) Interpreting conflicting findings from clinical trials of auricular acupuncture for cocaine addiction: does treatment context influence outcome? *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8, 111-21.
- MARGOLIN, A. & KLEBER, H.D. & AVANTS, S.K. et al. (2002) Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial. *JAMA*, 287, 55-63.
- PETRAKIS, I.L. & CARROLL, K.M. & NICH, C. et al. (2000) Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone-maintained opioid addicts. *Addiction*, 95, 219-28.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2004, Alkoholit ja huumeet*. SVT Sosiaaliturva 2004, Stakes
- SAARIJÄRVI, S. & LOPPERI, M. (2003) Ekstaasin vaikutukset elimistöön. *Duodecim*, 119, 1211-1215.
- SHEARER, J. & WODAK, A. & VAN BEEK, I. et al. (2003) Pilot randomised double blind study of dexamphetamine for cocaine dependence. *Addiction*, 98, 1137-41.
- SRISURAPONT, M. & KITTIRATANAPAIBOON, P. & JARUSURASIN, N. (2003) Treatment of amphetamine psychosis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update software.
- SRISURAPONT, M. & KITTIRATANAPAIBOON, P. & JARUSURASIN, N. (2003) Treatment for amphetamine dependence and abuse (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update software.
- SRISURAPONT, M. & KITTIRATANAPAIBOON, P. & JARUSURASIN, N. (2003) Treatment for amphetamine withdrawal (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update software.
- TORRE DE LA, R. & FARRE, M. & ROSET, P.N. et al. (2004) Human pharmacology of MDMA: pharmacokinetics, metabolism and disposition. *Therapeutic Drug Monitoring*, 26, 137-44.
- WHITE, R. (2000) Dexamphetamine substitution in the treatment of amphetamine abuse: an initial investigation. *Addiction*, 95, 229-238.

Treatment of problems related to stimulant use

Abstract

Amphetamine and its derivatives (metamphetamine and ecstasy) are the most commonly used stimulants in Finland. Cocaine use is still rather rare. Stimulants cause euphoria, poor appetite, sleepiness, tremor and psychomotor activity. In large doses, stimulants may produce a dangerous level of intoxication and psychoses. These conditions should be treated in hospitals. The withdrawal symptoms associated with the termination of stimulant use are far less prominent than the withdrawal symptoms from alcohol and opiates. In the treatment of stimulant dependency, the therapies based on twelve-step programs have been demonstrated to be the most efficient ones. Providing rewards for negative urine tests may improve the treatment results. Acupuncture has been shown to be ineffective in the treatment of stimulant dependency. There is not yet enough scientific evidence about the efficacy of substitution treatment in amphetamine dependency. Disulfiram has been shown to be effective in the treatment of cocaine dependency, but its efficacy in the treatment of amphetamine dependency has so far not been studied.



Päivi Puro

Monikulttuurisen huumetyön ulottuvuuksia – kokemuksia venäjänkielisten maahanmuuttajien huumeongelmista ja niiden ratkaisumalleista

Johdanto

Tilastokeskuksen (2004) arvion mukaan maahanmuuttajien määrä Suomessa on noin 159 000 ja maahan muuton arvioidaan kolminkertaistuneen 1990-luvun aikana. Suurin määrä, noin 40 000 maahanmuuttajaa, on lähtöisin entisen Neuvostoliiton alueelta. Suomeen muuttaneista arviolta 10 000 on kotoisin Virosta ja noin 30 000 henkilöä Venäjältä tai muilta entisen Neuvostoliiton alueilta. Heistä kolmannes asuu pääkaupunkiseudulla, erityisesti Helsingin itäisillä ja koillisilla alueilla.

Maahanmuuton tärkeimmät syyt ovat inkeriläisstatukseen perustuva paluumuutto ja avioliiton solmiminen suomalaisen kanssa. Äidinkielenään venäjää puhuvia on noin 31 000. Nykyään venäjän kieli on Suomen kolmanneksi puhutu kieli suomen ja ruotsin kielen jälkeen. Entisen Neuvostoliiton alueelta muuttaneiden keski-ikä Suomeen saavuttaessa on ollut noin 30 vuotta. (Tilastokeskus, 2003).

Maahanmuuton huippuvuosi oli 1991, jolloin entisestä Neuvostoliitosta muutti Suomeen 6 500 ihmistä, viime vuosina muuttaneiden määrä on ollut noin 2 000 henkilöä vuodessa. Muuttoliike pääkaupunkiseudulle on vähentynyt erityisesti vaikean asuntotilanteen takia. Maahanmuuttoon vaikuttavina uusina tekijöinä voidaan pitää myös Suomen inkeriläisille paluumuuttajille asettamia kielitaitovaatimuksia syksystä 2003 sekä Baltian maiden, erityisesti Viron EU-jäsenyyttä toukokuusta 2004 alkaen.

Maahanmuuton lisääntymisen myötä monikulttuurisuuteen ja etnisiin kysymyksiin liittyvät ulottuvuudet ja merkitykset ovat kasvaneet niin arkielämässä kuin muillakin yhteiskunnan osa-alueilla, mikä on lisännyt asiaan liittyvän

tutkimuksen tarvetta. Maahanmuuttajien sopeutumisesta Suomeen onkin laadittu runsaasti viranomais selvityksiä, mutta tieteellistä tutkimusta kulttuurien kohtaamisesta, etnisistä suhteista ja maahanmuuttajien elinolosuhteista on viime vuosiin asti ollut verrattain vähän.

Entisen Neuvostoliiton alueelta muuttaneiden maahanmuuttajien kannalta viimeaikainen tutkimuksen lisääntyminen on merkinnyt eri tieteenaloilla toteutuvaa, suomalaiseseen sosiaaliseen syrjäytymistutkimukseen, kansainväliseen maahanmuuttajatutkimukseen sekä Itä-Euroopan transition tutkimukseen liittyvää selvitystyötä, jossa tutkimuskohteena ovat olleet maahan muuttaneiden elinolot ja verkostot sekä syrjäytymisriskien kasautuminen (mm. Jaakkola, 1999; Liebkind, 2000; Forsander ym., 2001; Kyntäjä, 2001; Jasinskaja-Lahti & Liebkind, 2000; Forsander, 2002; Jasinskaja-Lahti ym., 2002; Murto, 2002; Suurpää, 2002; Tilastokeskus, 2003 ja 2004). Syrjäytymisen uhasta on puhuttu erityisesti ns. toisen maahanmuuttajasukupolven kohdalla silloin, kun nuoret eivät halua samaistua vanhempiensa arvomaailmaan, mutta eivät myöskään valtaväestöön esimerkiksi puuttuvan kielitaidon tai motivaation takia.

Yhteiskunnallisessa keskustelussa on kasvavasti pohdittu myös sitä, miten yhteiskunnalliset mekanismit liittyvät sosiaalisen syrjäytymisen tuottamiseen (Forsander, 2002; Helne, 2002). Syrjäytymisriskien kasautumisen¹ tiedetään valtaväestön keskuudessa olevan selvässä yhteydessä päihteiden ongelmakäyttöön, joten huomion kiinnittäminen maahanmuuttajien tilanteeseen, on ollut ajankohtaista. Stakesin selvityksen (Hakkarainen ym., 2000) mukaan eri etnisten ryhmien hoidon tarpeisiin liittyvät kysymykset ovat Suomessa tulleet esiin vain paikoitellen ja tietoa on ollut niukasti saatavana niin rekistereissä kuin muissakin tutkimuksissa.

Venäjänkielisten huumeongelmat pääkaupunkiseudulla

Vuoden 1994 jälkeen julkisuudessa arvioitiin entisen Neuvostoliiton alueelta muuttaneiden nuorten huumeongelmien lisääntyneen erityisesti pääkaupunkiseudulla. Keskusteluissa tuotiin esiin, että huumeiden käytöllä oli maahanmuuttajanuorille muusta väestöstä poikkeavia merkityksiä, jotka liittyivät toisaalta maahanmuuttajien asemaan ja suomalaisen yhteiskuntaan kotoutumiseen ja toisaalta nuorten arvomaailmaan ja alakulttuureihin. Virinneen keskustelun myötä ongelmien tunnistamiseen, ehkäisevän työn tarpeeseen sekä hoitomahdollisuuksien järjestämiseen kiinnitettiin huomiota eri toimijoiden keskuudessa ja uusia

¹ Euroopan Unionin huuseurantakeskuksen (EMCDDA 2000) selvitysten mukaan vähemmistöjen sosiaalinen syrjäytymisriski EU:n alueella oli yleinen. Havainnot kertoivat myös huumeiden käytön ja syrjäytymisriskien välisestä yhteydestä.

työmuotoja, erityisesti päihdetyön projekteja, käynnistettiin niin ehkäisevän kuin korjaavankin sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin.

Päihdetyön toimijoiden määrälliset arviot venäjänkielisten maahanmuuttajien huumeiden ongelmakäytöstä vaihtelivat suuresti (Puro, 2001 ja 2002). Arviot liikkuivat 200–300 henkilöstä huomattavasti pienempiin ja suurempiinkin lukuihin. Pääkaupunkiseudun päihdepalveluissa asiakasmäärät vaihtelivat vuosien 2000–2001 aikana muutamasta asiakkaasta noin neljäänkymmeneen eri asiakkaaseen vuodessa. Valtaosa päihdepalvelujen tavoittamista asiakkaista käytti pääpäihteenään heroiinia ja /tai kasvavasti buprenorfiinia (Subutex). Haastateltujen asiakkaiden (Puro, 2004a) päihteidenkäytössä tyypillistä oli kuitenkin useamman päihteen sekakäyttö.

Ongelmat ilmenivät laajimmin Helsingissä, missä myös suurin osa venäjänkielistä maahanmuuttajista asuu. Päihdehuollon toimijat kokivat huumeongelmasta esitetyt arviot hämmäntävinä, koska julkinen kuva ongelman laajuudesta, eri toimijoiden kokemukset sekä päihdehuollon toimijoiden asiakasmäärät antoivat ristiriitaisen kuvan tilanteesta. Ehkäisevän työn piirissä arviot kertoivat huumeongelman näkyvän entistä vähemmän, mutta osa palveluja käyttävistä venäjänkielistä nuorista oli kertonut huumeiden käytön, varsinkin kokeilun, lisääntyneen nuorten keskuudessa. Päihdehuollon erityispalveluissa asiakasmäärät näyttivät pysyneen samana tai vähentyneen muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta vuoden 2001 aikana, ja tilanne jatkui samanlaisena vuosina 2002 ja 2003 (Puro, 2004b). Myös poliisi arvioi tilanteen rauhoittuneen aikaisempiin vuosiin verrattuna.

Maahanmuuttoa ja maahanmuuttajien elinolosuhteita koskevien selvitysten ja tutkimusten valossa näyttää siltä, että vuoden 1994 jälkeen päihdepalvelujen ja huumetyön erityisprojektien lisääntyneinä asiakasmäärinä näkynyt venäjänkielisten maahanmuuttajien huumeongelma liittyi erityisesti maahanmuuton vilkkaimpiin vuosiin ja silloin murrosikäisinä (noin 13–15-vuotiaina) Suomeen muuttaneiden, ns. toisen polven maahanmuuttajien muuttokriiseihin ja kotoutumisen ongelmiin. Toisaalta venäjänkielisten nuorten huumeidenkäyttöä voidaan tarkastella myös osana suomalaisen yhteiskunnan päihdekulttuurin muutosta. Hakkaraisen ja Metson (2003) mukaan huumeiden käyttö lisääntyi Suomessa 1990-luvulla ja ilmiö liitettiin erityisesti 1970- ja 1980-luvuilla syntyneisiin ikäryhmiin. Suurimmalla osalla nuorista kysymys oli huumeiden satunnaisesta käytöstä.

Venäjänkielisten maahanmuuttajien kannalta merkittävää oli, että pääkaupunkiseudun palvelujärjestelmä ei ollut 1990-luvulla varautunut vastaamaan venäjänkielisten maahanmuuttajien tarpeisiin, eikä varsinkaan nuorten murrosikäisten tukemiseen. Tässä suhteessa pääkaupunkiseudulla toimivat huumetyön projektit vuosina 2001–2003 täydensivät puuttuvia päihdehuollon palveluja, vaikka projektien työ käynnistyikin palvelujen tarpeeseen nähden varsin myöhään.

Avun hakemisen kynnyksiä

Vaikka huumeongelmien ilmeneminen korostui entisen Neuvostoliiton alueelta muuttaneiden nuorten elämässä ja pääkaupunkiseudun päihdepalvelujärjestelmän asiakasmäärissä erityisesti maahanmuuton ruuhkavuosina, on tärkeää pohtia mitkä seikat vaikuttivat ja vaikuttanevat edelleen venäjänkielisen väestömmen avun hakemiseen ja saamiseen päihde- ja erityisesti huumehoitopalveluissa. Sekä asiakkaiden (Puro, 2004a) että päihdetyön toimijoiden (Puro, 2001; 2002; 2004b; 2004c) kokemuksen mukaan kieliongelmat ja venäläiseen kulttuuriin liittyvät erityispiirteet olivat vaikuttaneet merkittävästi entisen Neuvostoliiton alueelta muuttaneiden nuorten ja heidän perheidensä akkulturaatioprosesseihin ja koetuihin kotoutumisongelmiin Suomessa. Avun hakemisen kynnys suomalaisesta päihdepalvelujärjestelmästä on kaiken kaikkeaan ollut korkea, ja apua on haettu vasta myöhään, kun ongelmat ovat olleet jo vaikeita.

Koetut kieliongelmat luonnollisesti sekä nostivat asiakkaiden päihdepalveluihin hakeutumisen kynnystä että lisäsivät toimijoiden kokemuksia siitä, että apua oli vaikea tarjota ilman yhteistä kieltä, joskin jonkin verran tulkkien apua oli käytetty. Lisäksi päihdetyön toimijoiden kokemus oli, että asiakkaan suomen kielen taito liittyi yleensä arjesta selviytymiseen, jolloin päihdeongelmasta puhuminen tai hoitoon liittyvät termit olivat monille asiakkaille vieraita tai venäjänkieliseltä merkitykseltään erilaisia.

Asiakkaiden ja päihdetyön toimijoiden arvioissa venäjän kielellä arvioitiin olevan tärkeä merkitys asiakkaalle päihdehoidon eri vaiheissa: äidinkielisten palvelujen tarvetta korostettiin yhtäältä hoitojatkumon alkupäässä avun hakemisen matalamman kynnyksen takia ja toisaalta kuntouttavan hoidon vaiheessa päihdeongelmien syvemmässä käsittelyssä sekä tunnetason työskentelyssä. Ratkaisuksi kieliongelmiin ja kulttuurikysymysten ymmärtämiseen nähtiin venäjänkielisten, omalla maahanmuuttotaustalla työskentelevien työntekijöiden saaminen päihdepalveluihin. Näin toimittiinkin erityisesti pääkaupunkiseudun päihdetyön projekteissa, mutta varsinaisessa päihdepalvelujärjestelmässä venäjänkielisten työntekijöiden määrä oli ja on edelleen varsin vähäinen.

Kieliongelmiin lisäksi asiakkaiden avun hakemisen kynnystä nostivat epätietoisuus päihdehuollon palvelujärjestelmästä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöstä, erityisesti vaitiolo- ja salassapitosäädöksistä. Päihdetyön toimijoiden kokemuksen mukaan epätietoisuus aiheutti myös epäluuloa viranomaisia kohtaan. Asiakkaiden kannalta keskeinen kynnys hoitoon hakeutumisessa oli myös pelko maasta karkottamisesta, etenkin kun valtaosalla asiakkaista oli määräaikainen oleskelulupa Suomessa.

Myös päihdehoidon sisältöön liittyvät odotukset vaikuttivat asiakkaiden hoitoon hakeutumiseen. Asiakkaiden ja päihdetyön toimijoiden kokemusten

mukaan hoito-odotuksissa korostuivat lääke- ja lääketieteellisen hoidon eri muodot. Asiakkaiden entisen kotimaan päihdehoitoperinteen mukaisesti asiakkaat odottivat erityisesti lääkäripalveluja ja lääkkeellistä hoitoa. Suomalaisen päihdehoitoperinteen psykososiaalinen lähtökohta sekä keskustelua korostavat työmenetelmät koettiin asiakkaiden ja vanhempien arvioissa vieraina, joskin kokemuksen lisääntymisen ja kieliongelmien ratkaisun myötä hyödyllisinä.

Päihdetyön toimijoiden arvioissa Suomen ja entisen kotimaan päihdehoitokulttuurin erojen arvioitiin myös vaikuttavan asiakkaiden hoitoon sitoutumiseen ja hoidon hakemiseen entisestä kotimaasta yksityisin varoin. Lisäksi entisen Neuvostoliiton kasvatusperinteen mukainen perhekeskeinen elämäntapa näkyi asiakkaiden ja erityisesti vanhempien sekä muiden läheisten odotuksissa ja toiveissa osallistua päihdehoitoon aktiivisesti.

Venäjänkielisten asiakkaiden ja päihdetyön toimijoiden kokemusten valossa voidaan todeta, että avun hakemisen kynnykset muodostuivat monista eri tekijöistä, joista yhdenkin toteutuminen saattoi merkitä asiakkaalle jäämistä päihdepalvelujen ulkopuolelle. Venäjänkieliset huumeidenkäyttäjät muodostivat ja muodostavat edelleen määrällisesti päihdepalvelujen koko asiakaskunnassa pienen erityisryhmän, marginaalin marginaalin. Venäjänkielisten maahanmuuttajien kokemukset avun hakemisen kynnyksistä herättävät kuitenkin myös laaja-alaisemman kysymyksen siitä, millaiset mahdollisuudet päihdepalvelujärjestelmällämme on tulevaisuudessa vastata monikulttuuristuvan yhteiskuntamme haasteisiin ja muuttuvaan asiakaskuntaan.

Hoitokokemuksia ja päihdepalvelujen kehittämisajatuksia

Päihdetyön toimijoiden ja asiakkaiden arvioissa päihdepalvelujen kehittämisen ensisijaisena tavoitteena nähtiin venäjänkielisten päihdepalvelujen integroiminen suomalaiseen päihdepalvelujärjestelmään kieli- ja kulttuuriosaamista lisäämällä sekä ”matalan kynnyksen” palveluperiaatetta korostamalla. Integraatiomallin taustalla voidaan nähdä laajemmin myös asiakkaiden akkulturaatioon ja päihdehoidon yhteiskunnalliseen integraatiotehtävään liittyviä ajatuksia ja päihdehoidon tavoitteita. Lisäksi integraatiomallin arvioitiin joustavimmin ja taloudellisimmin vastaavan määrällisesti varsin pienen asiakaskunnan tarpeisiin.

Yli puolet haastatelluista asiakkaista oli kokenut suomalaisen päihdehoidon vastanneen hyvin odotuksiinsa. Tyytyväisyyttä lisäävinä tekijöinä asiakkaiden arvioissa voitiin nähdä yhtäältä kieli- ja kulttuurikysymyksiin saatu tuki venäjänkielisten ja omalla maahanmuuttajataustalla työskentelevien työntekijöiden avulla. Toisaalta myönteisiin arvioihin vaikutti asiakkaan kokemus selviytymisestä oman suomen kielen taidon varassa, jolloin kieli- ja kulttuuriosaamiseen liittyvät

kysymykset eivät muodostaneet asiakkaan hoidon kannalta merkittävää kysymystä. Näissä tilanteissa suomenkieliset ja suomalaiset päihdepalvelut sellaisenaan vastasivat asiakkaiden tarpeisiin.

Erityisesti päihdepalveluihin hakeutumisen vaiheessa asiakkaat valitsivat, jos mahdollista, maahanmuuttajataustaisen venäjän kieltä puhuvan työntekijän, mutta asiakkaiden kokemusten lisääntyessä suomalaisista päihdepalveluista ja suomen kielen osaamisen myötä luottamuksellisia suhteita solmittiin hyvällä menestyksellä myös valtaväestön työntekijöihin. Sekä asiakkaiden että päihdetyön toimijoiden arvioissa maahanmuuttajataustaisen työntekijän rooli asiakkaan ja valtaväestön työntekijöiden välillä sai erityismerkityksen kieli- ja kulttuurikysymysten osajana ja välittäjänä, eräänlaisena ”sillanrakentajana” sekä asiakkaan aseman ja oikeuksien puolustajana. Äidinkielen ja tulkin merkitys sekä päihdetyön toimijoiden että erityisesti asiakkaiden arvioissa koettiin kuitenkin pääosin teknisenä apuna, jolloin äidinkielen merkitys päihdehoidon sisällössä sekä asioiden syvemmän tarkastelun ja tunnetason käsittelyyn liittyvänä alueena jäi ohueksi tai toteutumatta. Tulkkipalvelujen lisäämisen sijasta päihdetyön toimijoiden ja asiakkaiden arvioissa painotettiin vakituista työtä tekevien venäjänkielentaitoisten työntekijöiden tarvetta päihdepalveluissa.

Asiakkaiden kannalta tärkeänä koettiin lisäksi, että venäjänkielisyyteen ja erilaiseen kulttuuritaustaan suhtauduttiin päihdehoitopaikoissa ylipäätään myönteisellä tavalla. Esimerkiksi asiakkaiden kokemus työntekijöiden tasa-arvoisesta kohtelusta venäjänkielisten ja muiden asiakkaiden välillä, luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumisesta, äidinkielen puhumisen mahdollisuudesta muiden venäjänkielisten asiakkaiden tai tukihenkilöiden kanssa, venäjänkielisen kirjallisen hoitomateriaalin sekä tiedon saaminen hoitomahdollisuuksista lisäsivät asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoon.

Kuitenkin venäjänkielisten palvelujen saaminen päihdehoidossa koettiin sekä asiakkaiden että päihdetyön toimijoiden arvioissa vielä vähäiseksi ja hoitojatkumojen toteutuminen ongelmalliseksi. Kokemuksen mukaan hoitojatkumot katkesivat usein katkaisu- ja vieroitushoidon tai kuntouttavan hoidon päättyessä, jolloin tuen tarve nähtiin kuitenkin vielä erityisen suurena ajatellen esimerkiksi asumiseen, koulutukseen tai työhön liittyviä tukitoimia ja ylipäätään yhteiskuntaan asettumista maahanmuuttajan positiosta käsin. Myös kokeilut entisessä kotimaassa toteutuneista katkaisu- ja vieroitushoidoista sekä Suomessa toteutuvan kuntouttavan hoidon yhdistämisestä nähtiin ongelmallisiksi maiden välisten hoitokulttuurierojen takia.

Lisäksi asiakkaiden ja vanhempien arvioissa päihdehoitojen keskeyttäminen koettiin Suomessa liian helpoksi ja etenkin katkaisu- ja vieroitushoitoihin toivottiin toiminnallisempia työmuotoja hoitoon sitoutumista tukemaan. Päihdehoito-

jen muina solmukohtina nähtiin riittämätön lääkehoidon mahdollisuus, hoitoihin jonottaminen sekä puutteellinen tiedon saaminen päihdehoitopalveluista.

Hoitomahdollisuuksien lisäämistä entisessä kotimaassa pidettiin tärkeänä sekä asiakkaiden että vanhempien arvioissa. Hoidon järjestämistä entisessä kotimaassa perusteltiin tällöin erityisesti hoidon sisältöön liittyvillä syillä sekä äidinkielen hoidon perusteella. Päihdetyön toimijoiden arvioissa päihdehoidon järjestäminen entisessä kotimaassa sai puolestaan monia ja toisilleen vastakkaisiakin merkityksiä. Rajojen takana tapahtuvasta hoidosta oli vielä varsin vähän kokemuksia ja arviot olivat vaihtelevia: hoidon järjestämistä yhtäältä perusteltiin asiakkaan kokemien kieli- ja kulttuurisidien, hoitoon kiinnittymisen, kokeilutoiminnan ja lähialueyhteistyön perusteella, toisaalta kielteisissä arvioissa tuotiin esiin rajojen takana tapahtuvan hoidon mahdollisia separaatio- ja segregatiomerkityksiä niin asiakkaiden kuin suomalaisten päihdetyön toimijoidenkin näkökulmasta.

Päihdepalvelujen kehittämisen näkökulmasta on syytä tuoda esiin myös kulttuurisesti merkittävä kysymys perheen merkityksestä entisen Neuvostoliiton alueen kasvatusperinteessä ja sen vaikutuksesta päihdepalveluihin. Asiakkaiden, vanhempien ja päihdetyön toimijoiden arvioissa perhekeskeinen elämä korostui entisen Neuvostoliiton alueelta muuttaneiden keskuudessa. Asiakkaiden ja vanhempien kokemuksen mukaan huumeongelmien kanssa yritettiin pärjätä mahdollisimman pitkään omin avuin eikä ongelmista ollut helppo puhua perheiden tuntemaan häpeään ja epäonnistumisen kokemusten takia. Kun apua sitten haettiin päihdepalveluista, vanhempien halukkuus osallistua päihdehoitoprosessien eri vaiheisiin oli suuri, mutta päihdepalvelujärjestelmän resurssit perhetyön tekemiseen olivat riittämättömät. Venäjänkielisten maahanmuuttajien päihdepalvelujen kehittämistyössä olisikin tärkeää kiinnittää huomiota perhetyön tarpeisiin, erityisesti ehkäisevän työn lisäämiseen sekä vertaistyön eri mallien kehittämiseen.

Tulevaisuuden haasteita

Päihdetyön erityisprojektien toiminta eri muotoineen pääkaupunkiseudulla vuosina 2001–2003 tavoitti varsin hyvin venäjänkielisiä huumeidenkäyttäjiä ja heidän perheitään tilanteessa, jossa kieliongelmat ja epätietoisuus suomalaisesta palvelujärjestelmästä ja viranomaisten toimintaperiaatteista nostivat venäjänkielisten maahanmuuttajien kynnystä avun hakemiseen päihdehuollon erityispalveluista. Uusien projektien käynnistäminen ja joustavat toimintamuodot, kuten jalkautuva työ tai liikkuminen hallinnollisten ja yksiköiden toimintarajojen yli, näyttäisivät tässä suhteessa olevan perusteltuja vielä jatkossakin siksi, että päihdepalvelujärjestelmällä ei tällä hetkellä näytä riittävän resursseja kieli- ja kulttuuriosaamisen, eikä tämän asiakasryhmän erityiskysymysten, kuten perhetyön, huomioon otta-

miseen ja kehittämiseen. Lisäksi projektien merkitys voidaan nähdä tärkeänä, koska päihdepalvelujärjestelmällä on ajallisesti tarkasteltuna vasta suhteellisen vähän kokemuksia venäjänkielisistä asiakkaista. Projektien toiminta päihdehuollon erityispalvelujen rajapinnassa voisi näin lähitulevaisuudessaakin vastata osaltaan, kliinisen työn ohella, tiedon tuottamisen haasteisiin.

Projektien toiminnan määräaikaisen luonteen takia olisi kuitenkin tärkeä pohtia, miten venäjän kielen ja kulttuurin osaaminen voitaisiin jatkossa turvata pääkaupunkiseudun päihdepalveluihin sekä miten projekteissa tähän mennessä saadut kokemukset ja osaaminen voitaisiin hyödyntää arjen päihdetyössä. Venäjänkielisten asiakkaiden määrän ollessa vähäinen, toimivia ratkaisumalleja kieli- ja kulttuuriosaamisen turvaamiseen voisi löytyä seutukunnallisista palvelumuodoista, joissa palvelujen tuottaminen voitaisiin toteuttaa kuntien ja järjestöjen yhteistyönä. Projekteihin syntynyttä tietotaitoa voisi puolestaan hyödyntää päihdetyön täydennyskoulutuksissa, työnohjauksissa sekä konsultaatiotarpeissa, joissa seutukunnallisten työmuotojen kehittäminen avaisi niin ikään uusia mahdollisuuksia. Seutukunnallisten palvelujen kehittäminen voisi vastata myös nykyisellään sirpaleisesti toteutuvan työn koordinoitintarpeisiin. Erilaisten kokeilevien uusien työmuotojen toteutumista, tutkimista ja arviointia voitaisiin toteuttaa, niin kuin jo jonkin verran tapahtuukin sosiaalialan osaamiskeskusten, yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa toteutuvina yhteistyöhankkeina.

Lisäkokemuksen saaminen ja tiedon tuottaminen olisi tärkeää myös siksi, että maahanmuuton entisen Neuvostoliiton alueelta on arvioitu jatkuvan, vaikka maahan muuttavien määrät nykyisin ovatkin vähentyneet 1990-luvun alkuun verrattuna. Myös huumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja haittojen vähentämiseen tähtäävien työmuotojen järjestäminen niin, että palvelujen hyvä saatavuus ja saavutettavuus turvataan, on nähtävä merkittävänä Suomen sijainnin ja lähialueyhteistyön näkökulmasta. Tässä kontekstissa työmuotojen haasteena on nykyistä paremmin tavoittaa myös tilapäisesti maassa oleskelevia venäjänkielisiä huumeidenkäyttäjiä. Lähialueiden vaikutuksen huomioon ottaminen korostuu paitsi pääkaupunkiseudun, myös itäisen Suomen päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä. Lisäksi Viron ja muiden Baltian maiden EU-jäsenyys on tuonut mukanaan uuden tilanteen, jota päihdepalvelujen kehittämistyössä on tärkeää seurata.

Monikulttuurisen päihdetyön kehittämisen kannalta keskeiseksi kysymykseksi muodostuu valtaväestön ja maahanmuuttajataustaisten työntekijöiden yhteistyö sekä moniammatillisten työryhmien toiminta. Pääkaupunkiseudun päihdetyön arvioiden näkökulmasta valtaväestön ja maahanmuuttajataustaisten työntekijöiden välinen dialogi sekä parityöskentely, työntekijöiden ja monikulttuuristen työryhmien koulutus ja työnohjaus lisääisivät mahdollisuuksia uuden tiedon ja

toimintamallien tuottamiseen sekä ammatilliseen kehittymiseen monikulttuurisessa päihdetyössä.

Monikulttuurisen päihdetyön kehittäminen sisältää myös monia eettisiä kysymyksiä, joiden pohtiminen ja ratkaisumallien etsiminen muodostaa yhden keskeisimmistä tulevaisuuden haasteista. Tarkastelun keskiössä ovat tällöin muun muassa kysymykset päihdetyön universalismin ja tasa-arvoperiaatteen tulkinnasta etnisesti moniäänisessä yhteiskunnassa, professionaalisen toiminnan ja asiantuntijuuden määrittelemisestä kulttuurisesti erilaisten päihdetyön hoitokulttuurien valossa, asiakkaan äänen kuulemisesta ja päihdetyön arviointikriteereistä.

Lähteet

- EMCDDA Scientific Report (2000) *Mapping Available Information on Social Exclusion and Drugs, Focusing on "Minorities" Across 15 EU Member States*. Volume 1.
- FORSANDER, A. (2002) *Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla työmarkkinoilla*. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D39/2002. Vammalan Kirjapaino Oy, Helsinki.
- HAKKARAINEN, P., KEKKI, T., MUSTALAMPI, S., MUURI, A., NUORVALA, Y., PARTANEN, A., VIRTANEN, A. & VIRTANEN, P. (2000) *Huumehoidon nykyiset tarpeet ja edellytykset*. Stakes, Aiheita monistesarja 31/2000. Stakesin monistamo, Helsinki.
- HAKKARAINEN, P. & METSO, L. (2003) Huumeiden käytön uusi sukupolvi. *Yhteiskuntapolitiikka*, 3, 244-256.
- HELNE, T. (2002) *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Stakes, tutkimuksia 123. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- JAAKKOLA, M. (1999) *Maahanmuutto ja etniset asenteet*. Työpoliittinen tutkimus 213. Työministeriö. Oy Edita Ab, Helsinki.
- JASINSKAJA-LAHTI, I. & LIEBKIND, K. (2000) Venäjänkielisten maahanmuuttajanuorten perheavut ja identiteetti. Teoksessa LIEBKIND, K. (toim.). *Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa*. Gaudeamus. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- JASINSKAJA-LAHTI, I., LIEBKIND, K. & VESALA, T. (2002) *Rasismi ja syrjintä Suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia*. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- KYNTÄJÄ, E. (2001) Venäjältä ja Virosta tulleet maahanmuuttajat sekä inkeriläiset paluumuuttajat Suomessa. Teoksessa FORSANDER, A., EKHOLM, E. & HAUTANIEMI, P. (toim.) *Monietnisyyden yhteiskunta ja työ*. Palmenia, Yliopistopaino, Helsinki.
- LIEBKIND, K. (2000) *Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa*. Gaudeamus, Tammer-Paino, Tampere.
- MURTO, L. (2002) Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa KAUKONEN, O. & HAKKARAINEN, P. (toim.). *Huumeidenkäyttäjät hyvinvointivaltiossa*. Gaudeamus, Yliopistopaino, Helsinki.
- PURO, P. (2001) *Venäjänkieliset huumeidenkäyttäjät pääkaupunkiseudulla 2001. Päihdetyön kokemuksia ja näkemyksiä maahanmuuttajanuorten huumeongelmista ja niiden ratkaisumalleista*. Helsingin Diakonissalaitoksen Venäjänkielisten maahanmuuttajanuorten huumeiden kehittämiprojektin (Venpro-Pycnp 2001–2003) raportti. Helsingin Diakonissalaitos.

- PURO, P. (2002) *Huumetyön monikulttuuriset kontekstit. Professiokokemus ja asiantuntijuuden rakentuminen venäjänkielisten maahanmuuttajien huumetyön projekteissa pääkaupunkiseudulla vuonna 2002*. Helsingin Diakonissalaitoksen Venäjänkielisten maahanmuuttajanuorten huumetyön kehittämisprojektin (Venpro-Pycnpö 2001–2003) tutkimusraportti. Helsingin Diakonissalaitos.
- PURO, P. (2004a) *Venäjänkielisten maahanmuuttajien asiakaskokemus ja – arviointi pääkaupunkiseudun päihdepalvelujen huumehoidosta vuonna 2003*. Venäjänkielisten maahanmuuttajanuorten huumetyön kehittämisprojektin (Venpro-Pycnpö 2001–2003) tutkimusraportti. Helsingin Diakonissalaitos.
- PURO, P. (2004b) *Venäjänkielisten maahanmuuttajien huumetyön kehittämisprojektin (Venpro-Pycnpö 2001–2003) loppuraportti*. Helsingin Diakonissalaitos.
- PURO, P. (2004c) *Monikulttuurisen huumetyön ammatillisia näkökulmia – Monitahoarviointi professiokokemuksen ja asiantuntijatiedon jäsentäjänä venäjänkielisten maahanmuuttajien huumetyön projekteissa*. Sosiaalityön lisensiaatintutkimus. Helsingin yliopisto.
- SUURPÄÄ, L. (2002) *Erilaisuuden hierarkiat. Suomalaisia käsityksiä maahanmuuttajista, suvaitsevaisuudesta ja rasismista*. Nuorisotutkimusseuran julkaisu 28. Yliopistopaino Oy, Helsinki.
- Tilastokeskus (2003) *Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002*. Elinolot 2003:1. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Tilastokeskus (2004) *Ulkomaalaiset ja siirtolaiset Suomessa 2003*. Väestö 2004:6. Tilastokeskus, Helsinki.

Dimensions of the multicultural substance abuse services – Practical experiences with drug use problems and solutions to problems among Russian-speaking immigrants

Abstract

It is estimated that drug problems among young immigrants from former Soviet Union increased after the year 1994. The problems were mostly in Helsinki where the majority of the Russian-speaking immigrants live. It seems that young drug users most often use heroin or buprenorphine (Subutex), but at the same time they also use other drugs. It also appears that drug use has different implications for immigrants than for the local population. Use among the immigrants is related on the one hand to their status of being an immigrant, their awareness of living between two cultures, and the loss of their own cultural identity, and on the other hand to the moral standards of the world where the young immigrants live and of their sub-culture. Public discussion and different service providers have focused on the need for identifying the problem, on the means to prevent it, and on its treatment. Special projects have constituted a remarkable part of these new working methods.

The cultural and linguistic problems have been recognised by the service providers. The increase in services in the Russian language seems to be a step into right direction for finding solutions for these problems. The main focus for development is to ensure that there are culturally relevant treatment services in the native language.



Kirsimarja Raitasalo

”Alkoholinkäyttö on jokaisen yksityisasia, eikä siihen sovi kenenkään puuttua”

Useissa tutkimuksissa on osoitettu, kuinka tärkeitä läheiset ovat ihmisten juomatapojen ja niiden muuttamisen kannalta. Tällaiset tutkimukset näkevät yksilön osana sosiaalisten vaikutusten verkkoa, jossa hänen tekonsa ja ajatuksensa muovautuvat vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Alkoholinkäytön epävirallisen kontrollin vaikutus voi olla kahdenlaista: toisaalta yksilöä voidaan painostaa juomaan enemmän tietyissä juomistilanteissa, toisaalta taas vähemmän joko yksittäisessä tilanteessa tai yleensä.

Puolison juomisen säätelijänä toimivat useimmiten naiset, kun taas juomiseen yllyttäjän rooli liitetään miehiin. Kontrollin vallitseva suunta perheen sisällä on yleensä naisilta miehille ja vanhemmilta sukupolvilta nuoremmille. (Holmila, 1987; Järvinen, 1991; Room, Greenfield & Weisner, 1991; Room, Bondy & Ferris, 1996).

On myös esitetty, että miehiin kohdistuu naisia enemmän ulkoa päin tulevaa kontrollia, eli sitä harjoittavat muut kuin juoja itse. Se ajaa miehiä humalajuomiseen tilanteissa, joissa ulkoinen kontrolli ei ole tehokasta tai kun tilanne on määritelty vapaa-ajaksi ja siten normaalin kontrollin ulottumattomissa olevaksi. Naisilla taas on miehiä sisäistyneempi kontrollimekanismi, mikä tarkoittaa sitä, että he kontrolloivat itse omaa juomistaan. Siten he ovat vähemmän taipuvaisia humalajuomiseen. Jotkut aiemmat suomalaistutkimukset ovat osoittaneet, että erityisesti työväenluokkaiset miehet ovat taipuvaisia ajattelemaan, että juomisen itsekontrolli ei kuulu miehen ”luontoon” ja että kontrolli rajoittaa heidän vapauttaan. Edelleen, miespuoliset suurkuluttajat määrittelivät usein elämänsä heiluriliikkeeksi aloilleen asettumisen ja humalaisen vapauden välillä. (Alasuutari, 1990.) Toisaalta kulttuureissa, joissa naiset ovat alkaneet käyttää alkoholia entistä enemmän ja useammin ja samaan tapaan kuin miehet, tällaiset sukupuolten väliset erot saattavat kaventua.

Tietyin varauksin voi sanoa, että virallinen alkoholikontrolli on heikentynyt. On kiinnostava pohtia, siirtyykö tässä tilanteessa vastuu juomisen kontrollista juojalle itselleen ja hänen lähiympäristölleen virallisen alkoholikontrollin heiketessä.

Mitä epävirallisella kontrollilla tarkoitetaan?

Juomisen vähentämiseen tähtäävä epävirallinen kontrolli on erotettava virallisesta alkoholikontrollista, jota harjoittavat viralliset ja julkiset toimijat kuten valtio ja terveydenhuollon ammattilaiset. Tärkein epävirallisen kontrollin lähde on perhe, mutta myös ystävät ja työtoverit voivat toimia juomisen kontrolloijina.

Juomisen epävirallista kontrollia voi harjoittaa monin eri tavoin, kuten käyttäen sanallisia tai sanattomia keinoja tai tilanteeseen liittyviä eleitä tai viestejä. Jotkut näistä voivat olla tietoisia, toiset taas tiedostamattomia tai piintyneitä tapoja. Kontrollointi voi tapahtua itse juomistilanteissa juovien ihmisten kesken mutta myös varsinaisten juomistilanteiden ulkopuolella esimerkiksi silloin, kun perheenjäsenet yrittävät vaikuttaa juojaan puhumalla yleisemmällä tasolla hänen juomisestaan tai siihen liittyvistä ongelmista.

Erilaiset keinot tähtäävät samaan päämäärään: toisen ihmisen käyttäytymisen muutokseen johonkin tiettyyn suuntaan. Keinot voivat olla sanallisia tai perustua johonkin toimintaan, kuten yritykseen estää juojaa ostamasta tai muuten hankkimasta alkoholia. Ne voivat olla joko suoria, kuten suoraan asiasta puhuminen juojan kanssa, tai epäsuoria, kuten yrityksiä kääntää juojan kiinnostus johonkin muuhun tekemiseen. Myös keinojen voimakkuus voi vaihdella. Ne voivat olla hienovaraisia vihjeitä vaikkapa juhlissa, että olisi aika lähteä kotiin tai voimakkaita rangaistuksia tai uhkauksia, kuten väkivalta tai avioerolla uhkaaminen.

Juomisen epävirallinen kontrolli ei kohdistu ainoastaan ongelmajuojiin vaan myös kohtuukäyttäjiin, vaikkakin vähemmän. (Holmila, 1988; Suonpää; 2002, Raitasalo, 2003). Säännöllisen humalajuomisen ja epävirallisen kontrollin kohteeksi joutumisen välillä näyttää olevan kuitenkin selvä yhteys. (Raitasalo & Holmila, 2005).

Kontrollin ilmeneminen ennen

Sitä, miten alkoholia käytettiin ja sen käyttöä kontrolloitiin 1800-luvun talonpoikaisyhteiskunnassa, on tutkittu jonkin verran. (mm. Apo, 2001) Tiedetään esimerkiksi, että naiset olivat useimmiten vastuussa kotitekoisten alkoholijuomien valmistuksesta. Vuosisadan vaihteen teollistumisen ajasta on saatavilla enemmänkin tietoa. Tuolloin perheen ideologinen merkitys kasvoi yhteiskunnan tukiessa voimakkaasti ydinperheen ihannetta sekä lapsen etua ja hyvinvointia. Tämänkaltaiset trendit toisaalta paransivat naisten asemaa, mutta toisaalta rajoittivat heidän vapauksiaan. (Holmila, 1988)

Pohjoismaissa sosiaalinen kehitys ja alkoholikysymys ovat olleet voimakkaasti yhteydessä keskenään. Raittiusliike eli kukoistuskauttaan 1800- ja 1900-lukujen

vaihteessa. Naisilla oli tärkeä asema niin työväen kuin keskiluokankin raittiusliikkeissä. Yksi tärkeimmistä juomista vastaan käytetyistä argumenteista olikin alkoholin perheelle ja lapsille aiheuttama kärsimys. Edelleenkin yleinen käsitys tuntuu olevan, että naisen on ”luonnollisempaa” olla raitis kuin miehen.

Joskus tietynlaiseen käyttäytymiseen tähtäävä epävirallinen kontrolli on jopa valjastettu valtion harjoittaman kontrollin käyttöön. Esimerkiksi Ruotsin viinakortin (motbok) aikaan 1919–1955 valtion virallinen kontrolli ei kohdistunut ainoastaan yksittäisten ostajien hankkimiin alkoholimääriin vaan järjestelmä pystyi myös asettamaan vaimon miehensä juomisen tarkkailijaksi. Yleinen käytäntö 1920- ja 1930-luvun Ruotsissa oli se, että naimisissa oleville naisille annettiin erityisiä ”parantavia viinakortteja” (kurativa motböcker), joiden avulla heidän tuli säännöstellä miestensä juomista (Bruun, 1985; Knobbblock, 1995).

Kontrolloijat ja kontrolloidut

Myös Stakesin vuonna 2000 keräämän Juomatapa-aineiston perusteella (Raitasalo & Holmila, 2005) näyttää siltä, että miehet ovat yleensä niitä, joiden juomista kontrolloidaan ja naiset toimivat useimmin kontrolloijina. Miehet olivat kokeneet selvästi naisia useammin, että joku oli yrittänyt saada heitä juomaan vähemmän tai harvemmin alkoholia. Taulukosta 1 nähdään, että peräti 23,3 % alkoholia käyttävistä miehistä oli sitä mieltä, että joku oli heidän juomistaan kontrollonut. Naisista kontrollin kohteeksi ilmoitti joutuneensa 8,5 %. Miesten juomista oli selvästi useimmin kontrollonut oma puoliso (13,4 %) kun taas naisten juomista useimmin oli kontrollonut naispuolinen perheenjäsen tai sukulainen (3,3 %).

Taulukko 1: Niiden osuus, jotka ovat kokeneet viimeisen 12 kuukauden aikana, että joku on yrittänyt rajoittaa heidän juomistaan

”Tuntuuko teistä, että joku seuraavista henkilöistä on yrittänyt viimeisen 12 kuukauden aikana vaikuttaa juomiseen niin, että joisitte vähemmän tai harvemmin?”

Kontrolloija	Naiset %	Miehet %
Puoliso	2,5	13,4
Lapsi / lapset	1,9	2,1
Naispuolinen perheenjäsen tai sukulainen	3,3	8,7
Miespuolinen perheenjäsen tai sukulainen	1,0	3,5
Naispuolinen ystävä	1,3	2,2
Miespuolinen ystävä	0,2	1,9
Työ- tai opiskelutoveri	0,1	1,3
Kuka tahansa	8,5	23,3

Lähde: Juomatapa 2000, Stakes

Kun kysyttiin, oliko vastaaja itse kontrolloinut jonkun toisen juomista viimeisen 12 kuukauden aikana, tulokset olivat samansuuntaisia. Naiset ilmoittivat useimmin kontrolloineensa puolisonsa juomista, kun taas miehillä useimmin kontrollin kohteena oli miespuolinen ystävä. Naisista peräti yli kolmannes ilmoitti yrittäneensä rajoittaa jonkun (kenen tahansa luetelluista) juomista, miehistä noin joka neljäs.

Erot selittynevät pitkälti naisten ja miesten erilaisilla juomatavoilla. Miesten juomista kontrolloidaan enemmän, koska he juovat naisia enemmän ja humalahakuisemmin. Kuitenkin kun katsotaan ketkä ovat kontrolloineet vastaajien juomista, ovat naiset olleet miehiä aktiivisempia kontrolloijia (naispuoliset sukulaiset ja ystävät). Ystävien juomiseen kohdistuvan kontrollin erot selittyvät osittain sillä, että miehillä on enemmän miespuolisia ystäviä ja naisilla vastaavasti naispuolisia, mutta nais- ja miespuolisia perheenjäseniä ja sukulaisia on molemmilla sukupuolilla yhtä paljon.

Muissa Euroopan maissa tehdyt tutkimukset ovat antaneet samankaltaisia tuloksia. Toisaalta joissakin Afrikan maissa sekä muissa kehitysmaissa kuten esim. Sri Lankassa, joissa suurin osa väestöstä on raittiita, on juomisen kontrollia koettu huomattavasti enemmän. Tämä saattaa olla yhteydessä maiden erilaiseen alkoholikuluttuuriin sekä siihen, että joissain vähemmän individualistisissa kulttuureissa on ylipäänsä hyväksyttävämpää puuttua toisten tekemisiin. Saattaa myös olla, että maissa, joissa virallinen kontrollijärjestelmä on heikompi, vastaavasti epävirallinen kontrolli on voimakkaampaa. Myös uskonto saattaa vaikuttaa siihen, missä määrin toisten juomista kontrolloidaan. (Raitasalo & Holmila, 2004)

Nuorten alkoholinkäyttöön puuttuminen

Valtion alkoholikontrollin heikkeneminen heijastuu myös nuoriin ja heidän alkoholinkäyttötapojensa muotoutumiseen. Erityisesti väkevien alkoholijuomien veronkevennys näyttää johtavan nuorten siirtymiseen miedoista väkevämpiin alkoholijuomiin. Vaikuttaa myös siltä, että alaikäisten on suhteellisen helppo hankkia itse alkoholijuomia, vaikka niiden myynti heille onkin kiellettyä. Esimerkiksi vuonna 2004 Stakesin Paikallinen alkoholipolitiikka (Pakka) -projektin yhteydessä toteutetussa ostokokeilussa kävi ilmi, että noin puolet ostokokeita tehneistä, alaikäisiltä näytävistä nuorista sai ostettua alkoholijuomia elintarvikeliikkeistä (Holmila, Matsson, Raitasalo, 2005). Samankaltaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa, mm. Ruotsissa (Wallin, 2004) Lisäksi Kouluterveyskyselyn mukaan noin kaksi kolmesta peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisista piti keskioluen hankkimista lähikaupoista, kioskeista tai huoltoasemilta erittäin tai melko helppona.

Vaikuttaa siltä, että yleensä nuorten juomiseen on kuitenkin sallitumpaa puuttua kuin aikuisten. Esimerkiksi ehkäisevän päihdetyön piirissä vallalla tuntuu olevan huoli siitä, että vanhemmat eivät enää tiedä, miten olla vanhempia eli miten lasten ja nuorten elämää ja myös alkoholinkäyttöä tulisi voida kontrolloida. Vaikka tätä kehityssuuntaa onkin kritisoitu (Lähteenmaa, 2004), ei voida kieltää, etteikö alaikäisten nuorten juomista olisi hyödyllistä rajoittaa, sillä on todettu, että esimerkiksi nuorten varhain aloitettu alkoholinkäyttö on selvästi yhteydessä myöhempiin ongelmiin alkoholin käytössä. (Pulkkinen & Pitkänen, 2003) Se, että ”vanhemmuus on hukassa” pitänee kuitenkin ainakin jossain määrin paikkansa: esimerkiksi siitä huolimatta että lain mukaan on kiellettyä ostaa alaikäisille alkoholia, lähes joka viides 15–17-vuotiaista nuorista ilmoitti, että isä tai äiti oli hankkinut heille heidän edellisellä kerralla käyttämänsä alkoholin. (<http://www.stakes.fi/kouluterveys/taulukot/2004/paihteet04.htm>)

Pakka-projektin yhtenä tavoitteena onkin lisätä nuoriin kohdistuvaa virallista ja myös epävirallista alkoholinkäytön kontrollia ja sitä kautta vähentää heidän juomistaan ja nostaa heidän alkoholinkäytön aloitusikänsä. Tavoitteena on lisätä kauppiaiden vastuullisuutta alaikäisille myynnin suhteen, mutta myös vaikuttaa vanhempiin ja muihin aikuisiin niin, että he eivät ostaisi ja tarjoaisi alkoholia alaikäisille.

Kontrolliin liittyvät asenteet

Suomessa tuntuu pitkälti vallitsevan kulttuuri, jossa toisten asioihin ei puututa ennen kuin on menty todella pitkälle. Esimerkiksi vuosina 1997–2000 toteutetun Alue ja päihteet -projektin (Holmila, 2002) yhteydessä tehdyn kyselytutkimuksen mukaan 62 % vastaajista katsoi, että suurin vastuu alkoholiongelmien ehkäisyssä on yksilöllä itsellään, kun taas 27 % oli sitä mieltä, että suurin vastuu on lähiympäristöllä (perhe, ystävät, työtoverit). Loput pitivät erilaisia virallisia tahoja pääosin vastuullisina. Vuonna 2004 Pakka-projektin yhteydessä kerätyn kyselyaineiston perusteella yli puolet vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että täysi-ikäisten alkoholinkäyttö on heidän oma asiansa eikä kenenkään tule siihen puuttua. Vaikka nämä tutkimukset eivät olekaan vertailukelpoisia keskenään, heijastavat molempien tulokset sellaista individualistista käsitystä, että ihmiset ovat itse vastuussa juomisestaan eikä se muille kuulu.

Epävirallisen kontrollin merkitys nykyisessä tilanteessa

Vuonna 2004 alkoholioloissamme tapahtuneet muutokset ovat entisestään vähentäneet valtion lähinnä hinnoittelun kautta harjoittamaa alkoholinkäytön

kontrollia. Tällöin yhä tärkeämmäksi nousee epävirallinen, ihmisten keskinäinen kontrolli. Tämän toteutumiseksi asenneilmapiiiriä olisi muokattava sellaiseen suuntaan, että puuttuminen toisten juomiseen olisi hyväksyttävämpää. Suomen tiukahkolla kontrollipolitiikalla on kuitenkin pitkät juuret ja ihmisten asenteet ovat muokkautuneet vuosien myötä sellaisiksi, että valtion harjoittama kontrolli hyväksytään suhteellisen yleisesti ja kontrollitehtävän katsotaan kuuluvan viranomaisille eikä yksityishenkilöille. Käyttäytymisen muutos on huomattavasti hitaampaa kuin asenteiden. Vaikka ihmisten asenteet muuttuisivatkin siihen suuntaan, että toisten juomiseen puuttuminen hyväksyttäisiin yleisemmin, kestää kuitenkin aikansa, ennen kuin asennemuutos alkaa näkyä ihmisten käyttäytymisessä.

Lähteet

- ALASUUTARI, P. (1990) *Desire and craving*. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis, ser A, vol 288.
- APO, S. (2001) *Viinan voima: Näkökulmia suomalaisten kansanomaiseen alkoholiajatteluun ja -kulttuuriin*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura (SKS).
- BRUUN, K. (1985) Kön och klass. In BRUUN, K. & FRÄNBERG, P. (red.) *Den svenska supen. En historia om brännvin, bratt och byråkrati*. Stockholm, Bokförlaget Prisma.
- HOLMILA M. (1987) Young families and alcohol use in Finland and the Soviet Union. *Contemporary Drug Problems*, 14, 649-672.
- HOLMILA, M. (1988) *Wives, husbands and alcohol. A study of informal drinking control within the family*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, vol 36.
- HOLMILA, M. (toim.) (2002) *Asuinalue ja päihdehaitat. Arviointitutkimus ehkäisevästä paikallistoiminnasta Tikkurilassa ja Myllypurossa*. Stakes, tutkimuksia 122. Gummerus kirjapaino, Saarijärvi.
- HOLMILA, M., KARLSSON, T. & RAITASALO, K. (2005) Alaikäisten alkoholiostot. *Yhteiskuntapolitiikka*, 3.
- JÄRVINEN, M. (1991) The controlled controllers. Women, men and alcohol. *Contemporary Drug Problems*, 18(3), 389-406.
- KNOBBLOCK, I. (1995) *Systemets långa arm: En studie av kvinnor, alkohol och kontroll i Sverige 1919–1955*. Stockholm, Carlsson Bokförlag.
- LÄHTENMAA, J. (2004) Nuorisokulttuuri ja alkoholi 2000-luvun alun Suomessa: lievää käännettä humala- ja alkoholikielteisyyteen ja sen tulkintaa. Teoksessa ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (toim.) *Tommi 2004. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja*. Alkoholi- ja huumeetutkijain seura ry. Karisto, Hämeenlinna.
- PITKÄNEN, T. & PULKKINEN, L. (2003) Onko alkoholin käytön alaikäraja tuulesta temmattu? Teoksessa HEINONEN, J., ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (toim.) *Tommi 2003. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja*. Alkoholi- ja huumeetutkijain seura ry. Otava, Keuruu.
- RAITASALO, K. (2003) Interpretations of survey questions on one's partner's alcohol consumption. *Contemporary Drug Problems*, 30(3), 701-723.

- RAITASALO, K. & HOLMILA, M. (2004) Country variations in overall informal pressuring to drink less: Preliminary results from the GENACIS-study. Paper presented at the 30th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Helsinki, Finland, 31 May–4 June 2004.
- RAITASALO, K. & HOLMILA, M. (2005) The role of the spouse in regulating one's drinking. *Addiction Research & Theory*, 13(2), 137-144.
- ROOM, R., GREENFIELD, T.K. & WEISNER, C. (1991) 'People who might have liked you to drink less'; changing responses to drinking by U.S. family members and friends, 1979–1990. *Contemporary Drug Problems*, 18(4), 573-595.
- ROOM, R., BONDY, S. & FERRIS, J. (1996) Determinants of suggestions for alcohol treatment. *Addiction*, 91(5), 643-655.
- SUONPÄÄ, J. (2002) *Alkoholi ja parisuhde: Sosiaalinen kontrolli, konfliktit, juomiseen kannustaminen ja muutokset alkoholin käytössä*. Helsinki, Stakes.
- WALLIN, E. (2004) *Responsible beverage service. Effects of a community action project*. Karolinska institutet, Stockholm.

"Alcohol use is everyone's own business and no one should interfere with it"

Abstract

The dominant attitude in Finland seems to be that it is not acceptable to interfere with the behaviour of others until it becomes really extreme. This reflects an individualistic view that everyone is responsible of their own drinking, and it is nobody else's business.

Attitudes and policies related to alcohol have been tightly tied to social development in the Nordic countries. One of the most important arguments used against drinking during the era of the Temperance movement was the misery suffered by the family and especially the children as a result of alcohol drinking. Thus, wives were positioned as controllers of their husbands' drinking. Recent research also shows that men are most often the ones whose drinking is controlled and women most often are the controllers.

The changes in Finnish alcohol policy during 2004 have further reduced the state control of alcohol use, thus increasing the importance of informal control in human relationships. Finland has, however, long roots of tight control policy and, consequently, state control related to alcohol is widely accepted. It is seen as being the duty of officials rather than the responsibility of private persons. It is interesting to ponder whether the current abdication of the state from its responsibilities for controlling drinking will result in their assumption by individual drinkers and their friends and relatives.



Heikki Bothas

Lannistaako laki työpaikkojen testausinnostuksen?

Työterveyslaitoksen tekemän Työterveyshuolto Suomessa -kyselyn mukaan huumausainetestejä henkilökunnalleen tekevien yritysten määrä nelinkertaistui Suomessa vuodesta 1997 vuoteen 2000. Vuonna 2000 testejä ilmoitettiin tehtävän kaikkiaan 464 yrityksessä. (Huumausainetestien käyttö selvittäneen työryhmän muistio, 2002.) Testauksesta käyty julkinen keskustelu vilkastui 2000-luvun alussa, joten testaamisen suosio on todennäköisesti jatkanut kasvuaan. Lokakuussa 2004 voimaan tulleen lain uskotaan kuitenkin kääntävän trendin laskuun.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata työpaikkojen huumausainetestauksen ja sitä sääntelevän lain ongelmakohtia. Testaaminen ei takaa turvallisuutta eikä testitulokset juurikaan kerro testattavan moraalista. Testaamiseen liittyvistä ongelmista ja lain asettamista rajoituksista huolimatta testaamisen yleistymiselle näyttäisi olevan vain yksi todellinen este: testin hinta.

Laki yksityisyyden suojasta työelämässä

Uuden lain mukaan testattavan henkilön tulee työskennellä tehtävässä, joka edellyttää tarkkuutta, luotettavuutta, itsenäistä harkintakykyä tai hyvää reagointikykyä. Tämän lisäksi tehtävien suorittaminen huumeiden vaikutuksen alaisena tai huumeista riippuvaisena voi vaarantaa oman tai toisen hengen, terveyden tai työturvallisuuden, vaarantaa maanpuolustusta tai valtion turvallisuutta, vaarantaa liikenneturvallisuutta tai lisätä merkittävien ympäristövahinkojen riskiä. Testaaminen on myös mahdollista, jos työntekijä voi aiheuttaa työnantajalle tai tämän asiakkaalle vähäistä suurempaa taloudellista vahinkoa tai vaarantaa työtehtävissä saatujen tietojen suojaa tai ammattisalaisuuksia. (Laki yksityisyyden suojasta työelämässä 13.8.2004/759.)

Oikeus testaamiseen on myös silloin, kun erityistä luottamusta vaativien tehtävien suorittaminen tapahtuu muualla kuin työnantajan valvomissa tiloissa. Tämän lisäksi näissä tehtävissä tulee olla suurten taloudellisten vahinkojen riski.

Työnhakija voidaan myös testata, jos hän työskentelee alaikäisten parissa tai sellaisissa tehtävissä, joissa itsenäisesti ja valvomattomasti on pääsy huumaaviin lääkkeisiin. (Laki yksityisyyden suojasta työelämässä 13.8.2004/759.)

Uutta lakia on pidetty varsin tiukkana, joten pidetään ilmeisenä, että sadat yritykset joutuvat muuttamaan toimintatapojaan (ks. esim. Työ Terveys Turvallisuus, 11/2004). Laissa on tarkasti kirjatut perustelut testaamisen mahdollistavien työtehtävien vaatimuksista ja luonteesta, mutta missä työssä ei edellytettäisi tarkkuutta, luotettavuutta, itsenäistä harkintakykyä tai hyvää reagoitukykyä? Hengen, terveyden tai työturvallisuuden suojeleminen rajaa toki pois monia työtehtäviä, eikä kaikissa töissä voi vaarantaa valtion tai liikenteen turvallisuutta tai aiheuttaa merkittäviä ympäristövahinkoja. Tietoturvallisuuden varmistaminen ja taloudellisten riskien hallinta lienevät lain tulkinnan kannalta väljimmät ja ongelmallisimmat kohdat.

Testausta voidaan siis harjoittaa turvallisuuteen, tai tietoturvallisuuteen ja työnantajan omaisuuden suojaan vedoten. Uuden lain perusteluissa testien uskottiin varmistavan huumeettoman työpaikan ja estävän laittomien huumeiden levittämistä (Hallituksen esitys., 2003). Valitettavasti kyse on ennemminkin uskosta ja toivosta kuin realistisista tavoitteista, sillä tavoitteiden varmistaminen testaamalla on kaikkea muuta kuin ongelmatonta.

Tuudittautumista turvallisuuteen

Huumeanalyysi suoritetaan yleensä virtsanäytteestä. Näyte tulee ottaa valvotusti ja kaikki manipulaatiomahdollisuudet tulee sulkea pois. Analyysi on kaksivaiheinen prosessi. Yleisen seulonta-analyysin jälkeen mahdolliset positiiviset tulokset varmistetaan erillisellä varmistusanalyysillä. Tämän jälkeen laboratorio tulkitsee testin ja ilmoittaa päihdetutkimuksen tuloksen työterveydenhuollolle. (Seppälä, 1998.) Julkisuudessa paljon esillä ollut väärin positiivisten tulosten mahdollisuus on asianmukaisesti suoritetuissa testeissä hyvin pieni, mutta koska väärä positiivinen voi periaatteessa sattua Matti tai Maija Meikäläiselle, on niiden merkitys korostunut testauksesta käydyssä keskustelussa.

Työturvallisuuden tai liikenneturvallisuuden parantaminen huumeitestien avulla on tavoitteena niin kannatettava, että testaamiseen liittyvät ongelmat hautautuvat helposti sen alle. Uudessa laissa tai sen perusteluissa ei tuoda esiin testaukseen liittyviä teknisluonteisia heikkouksia. Monet kymmenet design-amfetamiinit, monet huumeiksi luokitellut opiaattilääkkeet ja hallusinogeeniset huumeet kuten LSD jäävät huomaamatta kapea-alaisesta seulonnasta johtuen. (Seppälä, 2000.) Unilääkkeet voivat näkyä testissä kuukaudenkin jälkeen käytön lopettamisesta, kannabis ja rauhoittavat lääkkeet näkyvät keskimäärin pari

viikkoa, mutta kokaiini ja heroiini näkyvät vain pari päivää (Seppälä, 1998). A-klinikkasäätiön Päihdelinkki-verkkopalvelun keskustelualueilla monet kannabiksen tapa- tai satunnaiskäyttäjät näkevät huumetestien suosivan testeissä vähemmän aikaa näkyvien kovien aineiden käyttöä ja näin jopa ajavan joitain nuoria kovempien aineiden pariin.

Positiivinen tulos huumetestissä ei merkitse sitä, että testattava henkilö olisi ollut näytteenantohetkellä aineen vaikutuksen alaisena, sillä virtsasta tehtyjen analyysien avulla ei voida arvioida todetun aineen määrää elimistössä tai kertoa aineen tarkkaa nauttimishetkeä. Lääkkeiden kohdalla ei pystytä erottamaan hoidollista käyttöä päihdekäytöstä. (Seppälä, 1998.) Positiivinen testitulos ei siis kerro, olisiko henkilö päihtyneenä myös töissä tai miten usein hän on päihtyneenä vapaa-ajallaan. Voidaan ajatella, että positiivisen testituloksen antanut henkilö ei sovellu tiettyihin työtehtäviin, mutta testaaminen ei varmista työpäivän päihitteettömyyttä – varsinkin kun suurin osa testauksesta sekä meillä että maailmalla kohdistuu kertaluonteisesti työnhakijoihin (Bothas, 2002; Shahandeh & Caborn, 2003).

On esitetty, että testit luovat illuusion huumeettomasta työyhteisöstä, jolloin päihteistä johtuvien ongelmien ennaltaehkäisyyn ja muuhun työturvallisuuteen ei kiinnitetä riittävästi huomiota (Draper, 1998). Erityisesti kiireen koetaan aiheuttavan tapaturmavaaraa (Piirainen ym., 2000, taulukko 56), joten työnantajat voivat vaikuttaa työturvallisuuteen enemmän kuin ehkä tahtoisivat myöntääkään. Työturvallisuus on ennen kaikkea työnantajan vastuulla, mutta testaaminen painottaa työturvallisuutta työntekijöiden välisenä kysymyksenä, ja kääntää näin koko tarkastelunäkökulman. Perinteisestihän työn sinänsä, ei työntekijän, on ajateltu olevan terveysriski. Huumetestit on lääketieteellisen teknologian käyttöä sosiaalisessa kontrollissa (Conrad, 1992). Jos työturvallisuutta medikalisoidaan laajemminkin, ollaan menossa vaaralliseen suuntaan. Lisääntyvän medikalisaation myötä myös työstä johtuva stressi ja uupumus voidaan helpommin käsittää yksilöstä – ei työympäristöstä – johtuvaksi (Draper, 1998).

Brittiläinen riippumattomaksi julistautuva komitearaportti Drug testing in the workplace ottaa varsin kriittisen kannan huumetesteihin (IIDTW, 2004). Haastatteluihin ja kirjallisuuskatsauksiin pohjautuvan raportin suosituksissa todetaan, että testaaminen voi olla perusteltua tietyillä aloilla fyysisen turvallisuuden yhtenä takaajana, mutta testaaminen ei ole aukoton tai helppo keino (IIDTW, 2004). Testaamisella saattaa olla myös ennalta arvaamattomia haittavaikutuksia. Esimerkiksi eteläenglantilaisessa Southern Water -yhtiössä päätettiin luopua tiukasta onnettomuuksien jälkeisestä testauskäytännöstä sen jälkeen kun havaittiin, että raskaisiin testiprosesseihin joutuminen vähensi vähäisistä onnettomuuksista tehtyjen ilmoitusten määrää, ja näin moni ongelmakohta jäi huomaamatta (IIDTW, 2004, 47).

Rikollisten seulontaa?

Aiemmassa tutkimuksessani pyrin selvittämään kahdeksan keskisuuren tai suuren suomalaisyrityksen syitä aloittaa huume-testit. Yleisin syy testaamiseen eivät olleet yrityksissä havaitut huumeongelmat tai työturvallisuuden varmistaminen, vaan rikollisuuden pelko. Kaikissa kahdeksassa tutkimassani yrityksessä omaisuusrikosten uhka tai tietoturvallisuuteen kohdistuvat riskit nähtiin yhtenä syynä aloittaa testit. Kolmessa yrityksessä tärkeimpänä syynä testaamiseen oli huumeiden käyttöön liittyvä omaisuusrikosten uhka ja kahdessa yrityksessä tärkein syy oli tietoturvallisuuteen kohdistuvat riskit. (Bothas, 2002.) Tämä on kiinnostava havainto, koska esimerkiksi Ranskassa, Norjassa ja Hollannissa voidaan testata vain aidosti fyysiseen turvallisuuteen vedoten (Shahandeh & Caborn, 2003).

Nils Christien ja Kettil Bruunin (1986) mukaan huumरिकollisen myytti perustuu kuvaan huumeiden orjasta, jonka on pakko varastaa tyydyttääkseen jatkuva aineen tarpeensa. Työpaikkojen huume-testauksen perustaminen huumरिकollisen myytin varaan on perusteetonta. On selvää, että jotkut huumeiden käyttäjät varastavat rahaa tai tavaroita aineita hankkiakseen. Huumeiden ja rikollisuuden välillä on yhteys, mutta ei ole oikeutettua puhua yksiselitteisestä kausaalisuhteesta (Kinnunen, 2001). Kuten Aarne Kinnunen (1996) on tutkimuksissaan havainnut, on amfetamiinin ja omaisuusrikollisuuden välillä selvä kytkös, mutta tämä koskee hänen mukaansa lähinnä jo yhteiskunnasta vieraantunutta joukkoa aineen käyttäjistä. Apua alkoholin tai huumeiden käyttöönsä hakeneista vain noin kymmenen prosenttia on työelämässä (Nuorvala ym., 2000).

Suomessa ehdottomasti yleisin laiton huume on kannabis (Hakkarainen & Metso, 2003), joka näkyy testeissä huomattavasti pidempään kuin amfetamiini ja heroini (Seppälä, 1998). Voidaankin olettaa, että suurin osa positiivisista testituloksista koskee kannabista. Kannabis on varsin halpa päihde verrattuna koviin huumeisiin (Kinnunen, 1996), eikä se myöskään aiheuta voimakasta fyysistä riippuvuutta (Saarnio, 2000). Testaukselle annetaan oikeutus pikemminkin moralistisin kuin tieteeseen tai näyttöön pohjautuvin perustein. Moralistiseen ajatusmalliin kuuluu, että epämoraa-lisuus kylvää epämoraa-lisuutta ja näin on luonnollista nähdä huumeidenkäyttäjä automaattisesti myös varkaana (Goode & Ben-Yehuda, 1994). Tässä tarkoituksessa käytettynä huume-testin ei tarvitsekaan kertoa riippuvuudesta, käyttötavasta tai siitä, miten käyttö voisi vaikuttaa työsuoritukseen.

Perusteettomia perusteluja

Normandin & Salyardsin (1989) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää työnhakijoiden huume-testituloksen yhteyttä poissaoloihin ja vaihtuvuuteen. Aineis-

tona olivat 4 950 Yhdysvaltain postilaitoksen työnhakijan huumetestitulokset. Mielenkiintoiseksi tutkimusasetelman teki se, että testituloksia ei kerrottu sen paremmin terveydenhuoltohenkilökunnalle kuin työhönotosta vastaavillekaan, joten myös positiivisen tuloksen antaneilla oli mahdollisuus päästä töihin.

Perinteiset työntekijöiden seulontamenetelmät karsivat hieman suuremman osan positiivisen kuin negatiivisen tuloksen antaneista. Työhön valitut työntekijät ryhmiteltiin poissaolojen mukaan kolmeen ryhmään: ei poissaoloja, kohtuullisesti poissaoloja ja paljon poissaoloja. Positiivinen kannabistulos näytti lisäävän todennäköisyyttä kohtuulliseen määrään poissaoloja, ja positiivinen kokaiinitulos oli yhteydessä myös runsaaseen poissaoloon (Normand & Salyards, 1989). Vertailun vuoksi voidaan todeta, että esimerkiksi lihavilla työntekijöillä sairaslomia on 1,8 kertaa enemmän kuin normaalipainoisilla ja tupakoijilla 1,5–1,6 kertaa enemmän kuin tupakoimattomilla (Vahtera, 2001). Joidenkin riskiryhmien etsiminen onnistuisi helposti ilman testejäkin.

Positiivinen kokaiinilöydös lisäsi irtisanomisen todennäköisyyttä, mutta testitulos ei vaikuttanut työntekijöiden vapaaehtoiseen vaihtuvuuteen. Vaihtuvuutta käsittelevien tutkimustulosten tulkitsemista vaikeuttaa se, että positiivisia kokaiini- ja kannabiskäryjä ei erotella, mutta irtisanomisten kerrotaan liittyvän nimenomaan kokaiiniin. (Normand & Salyards, 1989.) Brittiläisten työpaikkojen huumetestausta tutkineen komitean kirjallisuuskatsauksessa todetaankin, että huumeiden käytön yhteyttä lisääntyneisiin poissaoloihin, suurempaan vaihtuvuuteen tai huonompaan tuottavuuteen ei ole tutkimuksissa pystytty luotettavasti todistamaan (IIDTW, 2004).

Huumetestausta on perusteltu monesta muustakin näkökulmasta. Testit on nähty tärkeänä viestinä työnhakijoille yrityksen huumeettomuudesta, yrityksen julkisuuskuvan kiillottajina tai yksinkertaisesti vain luonnollisena tämän päivän välttämättömyytenä. (Bothas, 2002.) Perustelut eivät täytä lain vaatimuksia, mutta muuttaako laki jo vakiintuneita käytäntöjä?

Rajoittaako raha?

Uusi laki selkiyttää kirjavia käytäntöjä ja luo työpaikkojen huumetestaukselle kohtuullisen selvät raamit. Moni lain pykälä on useimmilla työpaikoilla jo ennestään kunnossa: terveydenhuollon ammattihenkilöstö suorittaa testit, testaukseen liittyvistä toimintatavoista ja seuraamuksista sovitaan työpaikkojen yhteistoimintamenettelyssä ja yrityksillä on ajanmukaistettu päihdeohjelma. Lailla vahvistetaan monien yritysten hyvät käytännöt muualle. Käytännöt voivat olla kunnossa, mutta monissa yrityksissä joudutaan vasta nyt tosissaan pohtimaan testaamisen syitä ja seurauksia.

Testaaminen arvatenkin jatkuu yrityksissä, joissa työntekijöiden fyysinen turvallisuus on ollut tärkein perustelu aloittaa testit. Odotetun lainsäädännön myötä testaaminen saattaa hieman yleistyä teollisuuden ja liikenteen töissä. Laki antaa mahdollisuuden testata myös, jos on suurten taloudellisten menetysten riski tai työtehtävissä saatujen tietojen suojan ajatellaan niin vaativan. Riskitasojen määrittäminen on pitkälti määrittelijästä kiinni, joten testaaminen jatkunee muillakin kuin fyysistä turvallisuutta painottavilla aloilla. Suurin muutos on siinä, että jokaisen uuden työntekijän testaaminen on ainakin periaatteessa lain vastaista, sillä testaus koskee vain riskialttiiksi määritellyissä työtehtävissä työskenteleviä henkilöitä. Testien perusteleminen henkilöstölle voi olla hankalampaa, jos vain osa testataan.

Testaamisen taloudellinen kannattamattomuus voi vähentää testaamista enemmän kuin laissa olevat rajoitukset siitä, kenet voi testata, sillä uusi laki siirtää kustannukset kokonaan työnantajalle. Huumausainetestien käyttöä selvittäneen työryhmän laskelmien mukaan yhden testin hinnaksi tulisi noin 173 euroa. Työryhmän muistiossa todetaan kustannuksista seuraavaa: ”Jos huumeitestauksen kustannuksia verrataan Kelan korvaushakemuksista ilmeneviin, työterveyshuollosta henkilöä kohti koituviin kustannuksiin, näyttää siltä, että testaus maksaa 2–15 kertaa työterveyshuollon pääkohtaisen kokonaiskustannuksen määrän. Jos koko henkilöstöä koskeviin huumeaseulontatestauksiin mentäisiin, testauksiin suunnattaisiin suuremmat investoinnit kuin koko työterveyshuoltoon (ennaltaehkäisevä ja sairaanhoito) yleensä.” (Huumausainetestien käyttöä selvittäneen työryhmän muistio, 2002.)

Väestötutkimusten mukaan vain noin prosentti suomalaista on käyttänyt jotain laitonta huumetta viimeksi kuluneen kuukauden aikana (Hakkarainen & Metso, 2003), joten positiivisten tulosten todennäköisyys – varsinkin kun huomioidaan testin ilmiselvät puutteellisuudet – on varsin pieni. Voi olla, että joissain yrityksissä herää kysymys taloudellisesti järkevämmästä päihdehaittojen ennaltaehkäisystä. Turhan testin hinta on turhan kallis, ja alkoholihaittojen kasvu näkynee pian myös yrityksissä.

Turbokapitalismin etiikkaa

Lääketiede ja terveys ovat lisänneet painoarvoaan huumeepoliittisissa perusteluissa (Tammi, 2003), mutta laki yksityisyyden suojasta työelämässä sivuuttaa hoidon. Hoidosta ei puhuta laissa sanallakaan. Tässä laissa huumeiden käyttäjä nähdään perinteisen mallin mukaisesti ennen kaikkea uhkana, rikollisena ja varkaana. Tämä siitäkin huolimatta, että huumeiden käyttöä pyritään tutkimaan lääketieteellisin keinoin. Huumeistestissä kyse ei olekaan hoidosta, vaan riskien

hallinnasta ja sosiaalisesta ulossulkemisesta. Huumeidenkäyttäjä – olkoot sitten kokeilija, viihde- tai ongelmakäyttäjä – on aina ulkopuolinen, johon voidaan kohdistaa koviakinotteita.

Testien suurimmat eettiset ongelmat eivät ole turhat ja toisista ikäviltä tuntuvat testit tai epätodennäköiset väärät positiiviset, vaan se että valtiovalta antaa yrityksille oikeuden syrjäyttää yksilön testituloksen perusteella, eikä juuri ketään tunnu kiinnostavan, mitä positiivisen testituloksen antaneille tapahtuu. Hurskaimmat toivovat sen toimivan positiivisena herätyksenä, mutta leimakirves voi myös jättää jälkensä. Positiivinen testitulos tulkitaan ilmeisesti työpaikalla päihtyneenä oloksi ja täten legitimiiksi irtisanomissyyksi. Tilanne on erityisen merkillinen, jos kyseessä on muuten työssään hyvä ja aina päihitteettömänä työskennellyt työntekijä. Tällöin työntekijän vapaa-aikakin kuuluisi työnantajan valvonnan piiriin. Huumeiden käyttö vapaa-ajalla voi heikentää työsuoritusta, mutta mihin silloin vedetään raja? Työsuoritusta voivat nimittäin haitata myös öitä valvottavat pienet lapset tai myöhäiset televisio-ohjelmat. Työnantajat voivat ottaa kannan, että rikollista toimintaa ei saa harjoittaa vapaa-ajallakaan, mutta mihin silloin vedetään raja? Tuskin ainakaan ylinopeutta ajavia aletaan sankoin joukoin erottaa.

Työpaikkojen huumeitestit hyväksyy joko täysin tai osittain noin 90 prosenttia suomalaisista (Hakkarainen & Metso, 2004). Kyse ei ole vain huumeidenkäyttäjiin liitetystä myyteistä ja peloista, vaan myös työelämän muutoksesta. Harvoin enää ihmetellään henkilöstövalintakonsulttien valtuutusta selvittää työnhakijoiden arvoja, asenteita tai yksityiselämää. Ilmeisesti työnantaja ei tänä päivänä osta vain työsuoritusta vaan työntekijän, vaikkakin vain määrääjäksi. Myös työntekijöiden keskinäinen solidaarisuus on rapautunut: tulostavoitteiden aikana heikointa ei haluta kannatella ja kilpailijaa voi rankaista virheistä. Juha Siltalan (2004, 431) sanoin: ”Riistoasteen nostamista ja managerismia eniten vastustaneet työntekijät on väsyttämisen jälkeen päästetty varhaiseläkkeen varaventiilistä pois, eikä jäljelle jääneille nuoremmille ole laman jälkeen kertynyt rohkaisevia kokemuksia oikeuksien puolustamisesta yhdessä. Työssä olevista tuntuu viisaimmalta keskittyä rakenteellisten epäkohtien sijasta vain sellaisiin kysymyksiin, joille he itse yksilöinä mahtavat.”

Lähteet

- BOTHAS, H. (2002) *Huumeitestit suomalaisissa yrityksissä – lääke todelliseen vai kuviteltuun uhkaan?* Helsinki, A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 39.
- CHRISTIE, N. & BRUUN, K. (1986) *Hyvä vihollinen*. Espoo, Weilin+Göös.
- CONRAD, P. (1992) Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.

- DRAPER, E. (1998) Drug Testing in the Workplace: The Allure of Management Technologies. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 18 (5/6), 64-106.
- GOODE, E. & BEN-YEHUDA, N. (1994) *Moral Panics. The Social Construction of Deviance*. Cambridge, Blackwell.
- HAKKARAINEN, P. & METSO, L. (2003) Huumeiden käytön uusi sukupolvi. *Yhteiskuntapolitiikka*, 68 (3), 244-256.
- HAKKARAINEN, P. & METSO, L. (2004) Suomalaisten suhtautuminen huumeisiin ja huumepolitiikkaan. Mielipiteet ja asenteet väestössä 2002. *Yhteiskuntapolitiikka*, 69 (1), 39-53.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi yksityisyyden suojasta työelämässä ja eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta (2003). Finlex: www.finlex.fi.
- Huumausainetestien käyttöä selvittäneen työryhmän muistio (2002). Työryhmämuistioita 2002:2. http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/trmuistio2002_2/luku6.htm.
- Independent Inquiry into Drug Testing at Work (IIDTW) (2004) *Drug testing in the workplace. The report of the Independent Inquiry into Drug Testing at Work*. York, Drugscope.
- KINNUNEN, A. (1996) *Isännät, rengit ja pokat. Huumemarkkinat ja oheisrikollisuus Helsingissä*. Helsinki, Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 133. Helsinki.
- KINNUNEN, A. (2001) *Huumausainerikoksiin syyllistyneiden rikosura ja sosioekonominen asema*. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 182. Helsinki, Hakapaino.
- Laki yksityisyyden suojasta työelämässä 13.8.2004/759. Finlex: www.finlex.fi.
- NORMAND, J. & SALYARDS, S. (1989) An Empirical Evaluation of Preemployment Drug Testing in the United States Postal Service. Teoksessa GUST, S.W. & WALSH, M. (Eds.) *Drugs In The Workplace: Research and Evaluation Data*. Office of Workplace Initiatives. National Institute on Drug Abuse. NIDA Research Monograph 91.
- NUORVALA, Y. & METSO, L. & KAUKONEN, O. & HAAVISTO, K. (2000) Päihde-ehdotoin asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa: vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauslaskentojen vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka*, 65 (3), 246-254.
- PIIRAINEN, H., HIRVONEN, M., ELO, A-L. ym. (2000): *Työ ja terveys – haastattelututkimus v. 2000*. Taulukkoraportti. Helsinki, Työterveyslaitos.
- SAARNIO, P. (2000) Alkoholin ja kannabiksen haittavaikutusten kautta suomalaiseen huumausainepolitiikkaan. *Yhteiskuntapolitiikka*, 65 (2), 159-165.
- SEPPÄLÄ, T. (1998) Huumeiden analytiikka. Teoksessa SALASPURO, M. & KIIANMAA, K. & SEPPÄ, K. (toim.) *Päihdelääketiede*. Jyväskylä, Duodecim, 455-459.
- SEPPÄLÄ, T. (2000) *Huumeitestien mahdollisuudet ja rajoitukset*. Puhe ehkäisevän päihdetyön seminaarissa: Huumetestaus – ansa vai apuväline? 20.3.2000.
- SHAHANDEH, B. & CABORN, J. (2003) Ethical issues in workplace drug testing in Europe. ILO SafeWork, for Seminar on Ethics, Professional Standards and Drug Addiction, Strasbourg, 6-7 February 2003. Alcohol and drug problems at work: The shift to prevention, ILO, 2003.
- SILTALA, J. (2004) *Työelämän huonontumisen lyhyt historia*. Keuruu, Otava.
- TAMMI, T. (2003) Huumekuri vai haittamalti? Haittojen vähentämisen käsite ja huumepolitiikan vastakkainasettelu vuoden 1997 huumausainepoliittisessa toimikunnassa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 68 (5), 465-477.
- VAHTERA, J. (2001) Sairauspoissaolot. Teoksessa KAUPPINEN, T. ym. (toim.) *Työ ja terveys Suomessa v. 2000*. Työterveyslaitos, Helsinki, 134-137.
- TYÖ TERVEYS TURVALLISUUS (2004). Pääkirjoitus. TTT 11/2004.

Will the new legislation suppress enthusiasm to test employees?

Abstract

Drug testing has become much more common in Finnish workplaces since the late 1990's. The new Act on the Protection of Privacy in Working Life enables drug testing to ensure safety, data security or the employers' possessions. Expectations concerning the law do not seem to meet the observed reality.

Maybe the least controversial reason to test is to ensure safety at workplaces. Since this objective is so widely supported, the drawbacks and limits of testing are often overlooked. Dozens of quite commonly used drugs are not detectable at routine tests and traces of many hard drugs can be found merely for a day or two. Positive results do not tell how often one has used the drug or would one use the drugs at work. The biggest problem with testing is the false illusion: it is believed to ensure a drug-free workplace. Testing may also turn the focus of workplace safety toward individual workers and away from structures and institutions.

Safety is not the only reason to start testing. Quite many Finnish companies believe that an applicant testing positive would be a threat to their data security or to the company possessions. Testing based on the myth of a drug criminal is quite problematic, since the most commonly found drug is cannabis. The use of cannabis doesn't usually lead to a strong physical dependency or excessive need of money, so the use of cannabis doesn't usually correlate with crimes other than its use. Other fairly common arguments for workplace drug testing – poor performance, prevention of expected problems, risk to the impeccable publicity, or the idea that testing just felt natural – do not fulfil the requirements of the law, but it is yet unknown how the law will change the established practices.

The long-awaited law may increase testing at safety-concerned industries, but since testing has usually concerned all workers including the management, the requirement that testing should focus only on risky jobs may harden the justification to employees. The most relevant factor opposing the trend may be money: testing is expensive, companies will have to pay for testing entirely by themselves and the chances of getting any positives is relatively small, since approximately only one per cent of Finns use illegal drugs monthly.



Mikko Salasuo

Huumeaallot sukupolvi-ilmiönä

Huumausaineet kytkeytyivät 1960-luvulla kiinteäksi osaksi länsimaista nuorisokulttuuria. Tuolloin muiden nuorisokulttuurissa tapahtuneiden murrosten lomassa koettiin huumebuumi, jossa erityisesti kannabiksen kokeilu ja käyttö levisivät räjähdysmäisesti. Buumin laannuttua 1970-luvulla oli huumeiden käyttö kymmenessä vuodessa saanut uusia merkityksiä, ainevalikoima laajentunut ja käyttö levinnyt erilaisiin nuorisokulttuuriin ryhmiin ja alakulttuureihin. 1960-luvulla tapahtunut huumeiden lomittuminen osaksi nuorisokulttuuria jäi pysyväksi ilmiöksi, ja muodosti näin uudenlaisen kerrostuman ja ulottuvuuden nuorisokulttuuriin. Huumeet kytkeytyivät myös 1970- ja 1980-luvun aikana useisiin alakulttuuriin virtauksiin, kuten diskoon, punkkiin, heavy-kulttuuriin ja rock-kulttuuriin.

Toinen varsinainen huumebuumi koettiin 1980-luvun lopulla, kun teknomusiikin ympärille kehittyi uudenlainen juhlimiskulttuuri, johon huumeiden käyttö olennaisesti liittyi. Tämä huumebuumi oli 1960-luvun edeltäjäänsä laajempi, eivätkä sen vaikutukset rajoittuneet vain länsimaiseen nuorisokulttuuriin. Ilmiöstä tuli globaali, lähes kaikki maantieteelliset, poliittiset ja taloudelliset raja-aidat läpäisevä.

Molemmille huumebuumeille on ollut ominaista se, että erityisesti kokeilu ja viihdekäyttö ovat lisääntyneet. Niiden rinnalla myös ongelmakäyttö on lisääntynyt, mutta sen vaikutus globaaleihin kasvutrendeihin on ollut suhteellisen vähäinen.

Myös Suomessa huumetrendit ovat seuranneet kansainvälisiä virtauksia, mutta täällä käytön suhdannevaihtelut ovat olleet poikkeuksellisen voimakkaita. Suomessa on kansainväliseen tapaan ilmennyt kaksi suurempaa huumeaaltoa, toinen 1960- ja toinen 1990-luvulla (Partanen & Metso, 1999). Nimitys onkin osuva, sillä aaltojen välillä 1970-luvun puolivälistä 1990-luvun alkuun kokeilu ja käyttö olivat hyvin alhaisella tasolla. Erityispiirre Suomessa on ollut myös huumeaaltojen esiintyminen korostuneesti sukupolvi-ilmiönä. Tämä havainto tehtiin viimeisen huumeiden käytöstä tehdyn väestökyselyn (Hakkarainen & Metso, 2003) yhteydessä, kun 1960- ja 1990-luvun syntymäkohortteja verrattiin toisiinsa. Käytön sukupolvittainen ilmeneminen on avannut uudenlaisen tarkastelukehyksen

huumeaalloille, johon Karl Mannheimin (1952) klassinen sukupolviteoria tarjoaa hedelmällisen näkökulman (vrt. Hakkarainen, 2004; Salasuo, 2004a).

Tässä artikkelissa kahden huumeaallon huumeiden käyttöä ja käyttäjiä tarkastellaan nimenomaan sukupolvi-ilmiönä. Sukupolvella ei viitata tietyn suvun vanhemmista ja lapsista koostuvaan rakenteeseen, vaan yhteiskuntatason samankäisiin ikäpolviin, joita yhdistää voimakas, yleensä nuoruudessa yhteisesti koettu avainkokemus. Näin syntyy Mannheimin (1952) teoriaa mukaillen yhteiskunnan sukupolvi, joka jakaa yhteisen kokemusmaailman. Syntyy uudenlaisia liikkeitä, joissa organisoidutaan ajamaan ja edistämään hyväksi koettua elämäntapaa ja tavoitteita (Mannheim, 1952; Virtanen, 2001, 24). Yhteinen kokemusmaailma muovaa makuja, mieltymyksiä ja käyttäytymistä, ja vaikuttaa näin myös huumausainekokeilujen ja käytön yleisyyteen sekä käyttöön liitettäviin merkityksiin. Huumeiden käytölle annettavat merkitykset heijastelevatkin sitä ajankuvaa, joka nuorisokulttuurissa vallitsee (Salasuo, 2004a).

Sukupolvinäkökulmasta on mahdollista ymmärtää ja tarkastella sosiaalisia rakenteita ja intellektuaalisia liikkeitä (Virtanen, 2001 & 2003). Suomen huumeaaltojen voidaan katsoa kytkeytyneen vahvasti yhteiskunnallisiin sukupolviin ja niiden kautta omaksuttuihin nuorisokulttuuriin virtauksiin, kuten hippi-liikkeeseen ja niin kutsuttuun uuteen juhlimiskulttuuriin (nk. tekno-, rave- ja klubi-kulttuuriin) (Hakkarainen & Metso, 2003; Salasuo, 2004a). Ylikansallisuudestaan huolimatta nämä laajat nuorisokulttuuri-ilmiöt ovat saaneet Suomessa oman kansallisen tulkintansa, joissa ilmaistaan eri tavoin tyytymättömyyttä aikuisten arvomaailmaa kohtaa ja rikotaan yhteiskunnallisia normeja (vrt. Kallioniemi, 2003).

Huumeiden käytön ”ensimmäinen sukupolvi”

Kuusikymmentäluvulla astui esiin uusi, toisen maailmansodan jälkeen syntyneiden sukupolvi, joka jakoi yhteisen kokemuksen nopeasta väestökasvusta, taloudellisesta kasvusta, koulutustason noususta, maaltamuutosta ja kasvavasta tulevaisuuden optimismista. Taloudellinen kasvu mahdollisti uudenlaisen kulutuskulttuurin kehittymisen ja toimi pohjana uudenlaiselle populaarikulttuurille. Muodostui sukupolvi, jonka kokemusmaailma oli selvästi erilainen kuin sen edeltäjien. Siinä korostui erottautuminen aiemman sukupolven arvoista korostamalla vapautumista ”pinttyneestä” keskiluokkaisuudesta sekä ”kodista, kirkosta ja isänmaasta” (Hakkarainen, 2004).

Nuorten aikalaistodellisuus 1960-luvulla oli rauhaton ja tapahtumarikas. Alkutahteja tulevalle oli lyönyt jo Beat-sukupolvi 1940- ja 1950-luvuilla, mutta varsinaiset järjestykset tapahtuivat 1960-luvulla, kun kulttuuriselle näyttämölle

marssivat vuoron perään ja toisiinsa lomittuneina hipit, jipit, mustat pantterit, opiskelijamellakat, antiautoritaarinen liike, anarkismi, mielenosoitukset ja huumeet. Tätä ”rauhattoman sukupolven” aikaa leimasivat vastakulttuurit ja vaihtoehtoliikkeet, joissa Vietnamin sodan tuottama pettymys länsimaiseen sivistykseen korvattiin rockilla, rauhalla ja rakkaudella (Echols, 2002; Salasuo, 2003; Inkinen, 2003). Tapahtuneen murroksen aiheuttamaa vastakkainasettelua on nimitetty jopa sukupolvien väliseksi sodaksi (Ala-Ketola, 1985, 20).

Kannabiksesta tuli yksi keskeinen nuorison yhteiskunnallisen protestin ja kulttuurin uudelleen orientoitumisen symboli. Aktivoituminen tiettyyn nuorisokulttuuriseen fraktioon, kuten kannabiskulttuuriin, tapahtuu ikään kuin ”alhaalta ylöspäin”. Aluksi syntyy ydinryhmä, joka kehittelee ulkoisista vaikutteista ideoita, toimintamalleja ja tunnuksia. Ydinryhmästä liikkeelle lähtenyt ”sykäys” muodosti 1960-luvulla nuorisokulttuurin ytimen, josta kehittyi sekä poliittisen että toiminnallisen mobilisaation lähde. Matti Virtanen (2003) kuvaa Mannheimiin tukeutuen prosessia seuraavasti: ”ensin kehkeytyy pieni samanikäisten ydinryhmä (tai ryhmiä), joka tuottaa ideoita ja tunnuksia. Jos ne saavat kaukupohjaa saman avainkokemuksen omaavassa sukupolvessa, mylly alkaa pyöriä”.

Suomessa kannabiksen käytön leviäminen tapahtui hitaasti 1960-luvun alussa. Kannabiskulttuurin ensimmäisessä kehitysvaiheessa vuosina 1962–1967 kokeilu ja käyttö keskittyivät kapeaan ydinryhmään, joka muodostui lähinnä muusikoista, taiteilijoista ja boheemeista. He olivat iältään vanhempia kuin myöhemmin 1960-luvulla mukaan tulleet kannabiksen käyttäjät (Hakkarainen, 1992, 65). Ydinryhmän toiminta muistutti Yhdysvalloissa 1930-luvulta saakka mustien jazzpiireissä esiintynyttä kannabiskulttuuria sekä San Franciscon alueella 1960-luvun alussa kytenyttä hippikulttuurin ydinjoukkoa (vrt. Echols, 2002).

Suomessa ydinryhmä mukaili lähinnä Yhdysvalloissa syntyneitä ajatuksia ja pyrki esikuviansa tapaan saavuttamaan huumeilla uusia mielen ulottuvuuksia. Muusikot ja taiteilijat pitivät kannabista hyvänä inspiraation lähteenä, ja käyttöä pidettiin tärkeänä musiikin luomisen ja ymmärtämisen kannalta. Myös Suomessa LSD-tohtori Timothy Learyn ylistämä huumeiden tuottama ”kolmas tietoisuus” saavutti suosiota. Huumausaineiden käyttö oli monille ajanhenkeen liittyvää kokeilua, jolla pyrittiin erottautumaan muusta yhteiskunnasta. Toisaalta käyttöön liittyvät sisällöt etsivät muotoaan myös ydinryhmän keskuudessa, eivätkä olleet alussa selkeästi tiedossa. Esimerkiksi Henrik Otto Donner muistelee ensimmäisten kokeilujen olleen täysin sattumalta tehtyjä. Hänen mukaansa ruotsalaiset jazzmuusikot antoivat marihuanaa kokeiltavaksi, eikä kokeilijoilla ollut tarkkaa kuvaa siitä mitä aine oli ja kuinka se vaikuttaa (Donner, 2001, haastattelu). Donner leimattiin julkisuudessa 1960-luvun puolivälissä marihuanan käytön oppi-isäksi, ja hän olikin symbolisesti yksi ydinryhmän keskeisimpiä hahmoja kannabiksen

käytön levitessä Helsingin opiskelija- ja taiteilijapiireissä (Lindfors & Salo, 1988, 14-15; Salasuo, 2003).

Mannheimia (1952; ks. Virtanen, 2001) mukaillen ”mylly alkoi pyöriä” vuosina 1967–1970, jolloin kannabiskulttuuri siirtyi toiseen vaiheeseen ja käyttö saavutti laajempaa suosiota nuorison keskuudessa. Ydinryhmästä ja kansainvälisistä vaikutteista lähti liikkeelle ”sykäys”, joka alkoi upota 1960-luvulla yhteisen avainkokemuksen leimaamaan osaan (vrt. Virtanen, 2001, 30; Salasuo, 2003). Kannabiksen käyttö levisi pienistä piireistä useisiin erilaisiin ryhmiin. Ydinryhmä pysyi edelleen mukana kannabiskulttuurissa, mutta uusiksi näkyviksi keskusryhmiksi muodostuivat opiskelijat ja koululaiset. Kannabiksen leviäminen antoi entistä laajemmalle ihmisryhmälle mahdollisuuden ja kiusauksen kokeilla ainetta (Hernesniemi, 1972, 14; Hakkarainen, 1992, 61).

Leimallista sukupolvi-ilmiöiden levitessä ydinryhmän ulkopuolelle on niiden sisällön hidas ”vesittyminen”. Mitä etäämmälle ydinryhmästä mennään, sitä hatarammin alkuperäinen ideasisältö seuraa mukana. Erityisesti koululaisten keskuudessa kannabista käytettiin 1970-lukua lähestyttäessä ensisijaisesti päihtymistarkoituksessa ja sosiaalisen kanssakäymisen osana, jolloin ideologiset sisällöt ja psykedelia jäivät taka-alalle (Hakkarainen, 1992, 78). Matti Virtasen (2001) mukaan sukupolviliikkeet ovatkin kiinteimmillään juuri nuoruudessaan (ydinryhmä), mutta näkyvimmillään vasta elinkaarensa keskivaiheessa tai myöhemmin. Myöhemmin mukaan tulevat massat eivät välttämättä koe toimivansa sukupolvifraktiona, ja koko fraktion syntyhistoria ja sisällöt ovat usein heille vieraita.

Pia Rosenqvistin tekemissä käyttäjähaastatteluissa (1970) selvisi, että vuonna 1967 ja sen jälkeen kannabiksen käytön aloittaneet henkilöt olivat iältään nuorempia kuin aiemmin kannabista käyttäneet. Ennen vuotta 1967 kannabiksen polton aloittaneet olivat usein käyttäneet kannabista jo useamman vuoden ajan (Rosenqvist, 1970, 44). Käyttäjien ikärakenne oli kulttuurin levitessä selvästi muuttumassa. Kun vuonna 1968 hieman alle 40 prosenttia poliisin tietoon tulleista kannabiksen käyttäjistä oli alle 18-vuotiaita, vastaava luku oli kohonnut vuonna 1970 yli 55 prosenttiin. Vuonna 1968 asevelvollisten keskuudessa tehdyssä kyselyssä helsinkiläisnuoret, jotka olivat kokeilleet kannabista, olivat saaneet ensikosketuksen kannabikseen 15–19 vuoden iässä. Pääasiassa ensikokeilut tehtiin 17–19-vuotiaina (Hernesniemi, 1969, 201).

Kolmas ja viimeinen vaihe kannabiskulttuurin leviämisprosessissa oli 1970-luvun alku. Tuolloin käyttäjien ja kokeilijoiden määrän Suomessa arvioitiin olleen korkeimmillaan 30 000–40 000. Heistä suuri osa asui pääkaupunkiseudulla (Määttä, 1975a, 4). Mukana oli edelleen vanhoja, jo ennen vuotta 1966 aloittaneita, ydinryhmään kuuluneita käyttäjiä. Koululaisten keskuudessa kannabiskokeiluja tehtiin paljon vielä vuosikymmenen vaihteessa, mutta muihin käyttäjäryhmiin, ydinryhmään ja opiskelijapiireihin, ei uusia käyttäjiä juuri rekrytoitunut (Hak-

karainen, 1992, 80-81). Toisaalta samalla muodostui pysyvä käyttäjäkunta, joka jatkoi käyttöönsä pitkään, osa heistä on mukana vielä nykyäänkin (Larmela, 1998, haastattelu).

Koululaisten osuus kannabiksen käyttäjistä oli 1970-luvun alussa korkea. Vuonna 1970 yli puolet kannabiksen käyttäjistä oli alle 18-vuotiaita ja 1970-luvun ensimmäisiä vuosia voidaan luonnehtia tämän ikäryhmän osalta kannabisaalloksi. Käyttäjät toimivat jengeissä ja sakeissa, eikä näissä erottunut yhteiskuntaluokasta johtuvaa jakautumista. Käyttäjiä oli hieman enemmän keski- ja yläluokkaisen nuorison keskuudessa, mutta tämä ei vaikuttanut jengien sosiaaliseen rakenteeseen. Jengien yhtenäinen rakenne ja huumausaineiden keskeinen merkitys käyttäjien elämässä olivat samankaltaisia kuin Yhdysvaltalaisissa nuorisojengeissä (Määttä, 1975b, 38; ks. myös Richards & Langer, 1971.)

Opiskelijat muodostivat 1970-luvun puolella edelleen toisen tärkeän käyttäjäryhmän. Heidän piirissään kannabiksen käyttö oli ilmeisesti yleistä, joskin käyttö oli aikaisempaa enemmän piilokäyttöä, sillä kiristyneen poliisikontrollin takia useat käyttäjät siirtyivät pois käytön keskusalueilta kuten Helsingin Vanhan ylioppilastalon ympäristöstä.

Kokeilujen ja käytön määrä taittui voimakkaaseen laskuun 1970-luvun alussa. Tähän vaikuttivat sekä kansainväliset kulttuuriset virtaukset että suomalaisessa yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset. Keskeisin syy aallon voimakkaalle taittumiselle oli kansainvälisessä nuorisokulttuurissa tapahtuneet muutokset. Hippiaate ja siihen liittyvät radikaalit ajatusmallit heikkenivät ja sekoittuivat konservatiivisempaan ajatteluun. Samalla nuorisokulttuuri kaupallistui ja kansainvälisen viihdeteollisuuden rooli korostui. Kannabiksen käyttö menetti merkityksensä nuorison kollektiivisena vastakulttuurin symbolina (Määttä, 1975b; ks. myös Salasuo, 2001). Nuorisokulttuurin näyttämölle asteli uusi sukupolvi, joka ei jakanut samaa yhteistä kokemusmaailmaa kuin ”rauhattoman sukupolven” nuoret, ja siirryttiin uuden sukupolven kokemusmaailmasta kumpuaviin liikkeisiin. Kannabiskulttuuri oli sukupolvi-ilmiönä tullut elinkaarensa loppuun. Aiemmin tärkeät keskusryhmät hajosivat, jolloin kuviot pirstoutuivat ja sulkeutuivat (Hakkarainen, 1992, 89).

Ensimmäisen huumeaallon jälkeen kokeilu ja käyttö pysyivät Suomessa vähäisenä 1970-luvun lopun sekä 1980-luvun ajan. Joissakin maissa huumausaineiden käyttö kytkeytyi nuorisokulttuuriin liikkeisiin, kuten punkkiin. Suomessa näiden liikkeiden laajuus ja voima eivät riittäneet rikkomaan ensimmäisen aallon jälkimainingeissa huumeiden ympärille syntynyttä kuvaa ”hyvästä vihollisesta” (Hakkarainen, 1992, 13, 58-97). Seitsemänkymmentäluvun alussa huumeisiin kytkeytynyt stigma oli niin voimakas nuorisonkin keskuudessa, että edes laajat kansainväliset huumemyönteiset nuorisokulttuurit eivät läpäisseet sitä ennen 1990-luvun alkua.

Yhdeksänkymmentäluvun alussa uusi globaali nuorisokulttuurinen virtaus mursi vanhan stigman. Uusi sukupolvi marssi nuorisokulttuurin näyttämölle, ja kokeilu ja käyttö lähtivät kasvuun. Tätä ilmiötä kutsutaan toiseksi huumeaalloksi (Partanen & Metso, 1999).

Huumeiden käytön ”toinen sukupolvi”

Huumeiden kokeilun ja käytön lisääntyminen 1990-luvulla oli 1960-luvun tapaan nuoriso- ja sukupolvi-ilmiö. Kokeilijat ja käyttäjät rekrytoituivat lähinnä 1970- ja 1980-luvuilla syntyneistä ikäryhmistä (Hakkarainen & Metso, 2003). Näitä ikäryhmiä kuvattaessa on käytetty useita sukupolvikäsitteitä. Kuuluisin lienee Douglas Couplandin (1992) käsite ”Generation X”. On puhuttu myös ”moraalittomasta sukupolvesta”, ”rave-sukupolvesta” ja ”ekstaasi-sukupolvesta”. Nämä luonnehdinnat on nähty tärkeiksi osiksi niin aikalaiskeskustelua kuin ajanhenkeäkin. Tässä ajassa elävän nuoren kuvataan ammentavan kokemuksia teknologiasta, musiikista ja huumeilla kyllästetystä vaihtoehtotodellisuudesta iskulauseenaan: elä, bailaa ja nauti elämäsi joka hetkestä (Inkinen, 1998; Rantala, 2002).

Mediatutkija Sam Inkisen (2003) mukaan saksalainen DJ ja teknoartisti Westbam kohosi 1990-luvun aikana kansainvälisen ”rave-sukupolven” tärkeimmäksi puhemieheksi. Westbamin futuristisesti sävyttyneillä manifesteilla ja artikkeleilla sekä lukuisilla sävellysteoksilla on ollut keskeinen merkitys teknomusiikin aikalaisideologian ja -filosofian muovautumisessa. Teknon suosion rakettimainen kasvu 1990-luvulla muodosti nuorisokulttuurisen pohjan ”teknonuoria” ja ”teknosukupolven” koskevalle keskustelulle. Teknokulttuuri kertoo millaisessa todellisuudessa digitaaliseen maailmaan kasvanut nuori sukupolvi (tai ainakin huomattava osa siitä) on elänyt. Nuorten kasvaneet huumekokeilut onkin luontevaa tulkita osana tätä laajempaa nuorisokulttuurista ja yhteiskunnallista kehitystä.

Toisessa huumeaallossa on reagoitu kollektiivisten suurten kertomusten ja arvojen puutostilaan sekä kulutuksen kyllästämään ajankuvaan (ks. Giddens, 1991; Lähteenmaa, 2001, 67). Huumeiden käyttö ei kuitenkaan ole edustanut nuorison alakulttuureille tyypillistä näkyvää vastarintaa, vaan pikemminkin kulttuuria, josta on puuttunut julkilausuttu yhteiskunnallinen protesti. Huumeiden käyttö edustaa yksilöllistä vapautumisen fantasiaa ja hetkellistä pakoa arkisista rooleista ja identiteeteistä. Ensimmäisen huumeaallon tavoin on kyllä pyritty asettumaan yhteiskunnan ulkopuolelle, mutta vastarinnan muoto on ollut yksilöllistä, ja sillä on tarkoitettu ennen kaikkea vapautta tuntea ja kokea yksilöllisesti mitä haluaa (Melechi, 1993).

Tätä ajankuvaa on kutsuttu myöhäismoderniksi mentaliteetiksi. Sen merkitys on erityisen keskeinen nykynuorten huumeiden käytön ymmärtämisen kannalta.

Historiasta kumpuavat kollektiiviset edistyskertomukset eivät myöhäismodernissa tulkinnassa ole kokonaan katkenneet, mutta ne murtuivat 1980- ja 1990-lukujen taitteessa (Lähteenmaa, 2001, 51-55). Uusia piirteitä ovat muun muassa arvop-luralismi ja yksilön valinnan oikeuksia korostava mentaliteetti (Ziehe, 1991; ks. myös Rantala, 2001). Sen mukaan kukin vastaa itse siitä, millaista nautintoa, työtä tai vapaa-ajanviettoa pitää tavoiteltavana. Nuorten lisääntynyt vapaus va-lita tapansa elää näkyy elämishakuisuutena, joka saattaa motivoida huumeiden käyttöön. Tyypillistä nykyajan nuorille on elämäntyylin estetisointi, jolle mark-kinoiden välittämät musiikin, pukeutumisen ja juhlimiskulttuurin mielikuvat ja trendit luovat suuntaa (Gronow, 1995, 111-112). Koettu ruumiillisuus ja oman ruumiin hallinta on tärkeää, samoin kuin merkit ja symbolit, joiden avulla nuoret samaistuvat edustamiinsa trendeihin ja arvoihin. Hedonistisuus ja identiteetin muokkaus korostuvat.

Huumeilla haetaan tässä kulttuurissa hetkellistä irtiottoa arjesta, pyritään maksimoimaan hyvää oloa ja etsimään uusia kokemuksia. Huumeiden käyttö keskittyy tällöin yleensä ”tavallisiin” nuoriin, joille maailma avautuu mahdol-lisuuksina. Käyttäjät korostavat käytön hallintaa ja aineista saatuja elämyksiä. Yhteisöllisen keveyden leimaamissa vapaa-ajan kulttuureissa päivisin tiukasti opiskelussa tai työelämässä yhteiskunnallisia normeja noudattava nuori voi siirtyä sujuvasti liikuntaharrastusten jälkeen yökerhoihin tai klubeille nautti-maan alkoholia tai käyttämään ekstaasia, sukkuloimaan erilaisten, poikkeavien normien puitteissa toimivien ryhmien ja yhteisöjen välille (vrt. Maffesoli, 1995; Lähteenmaa, 2001, 33-34). Tällaisen elämäntyylin ja sukupolven osaan kuulu-van huumemyönteisen ilmapiirin vallitessa on arveltu huumeiden viihdekäytön rakentuvan nuorisokulttuurin erääksi pysyväksi kerrokseksi (Parker ym., 1998; Seppälä & Salasuo, 2001).

Toisen huumeaallon voidaan katsoa lähteneen liikkeelle tekno- ja ravekult-ttuurin saattelemana Lontoosta (ks. tarkemmin Salasuo, 2004b). Teknokulttuurin ympärille muodostui uudenlainen tapa juhlia. Sen näyttämöinä toimivat yökerhot, tyhjät varastohallit ja oikeastaan mikä tahansa paikka minne äänentoistolaitteet voitiin asentaa. Ekstaasista tuli ilmiön symboli, vaikkei sitä voidakaan pitää niin keskeisenä uutta juhlimiskulttuuria yhdistävänä tekijänä kuin teknomusiikkia (Richard & Kruger, 1998, 161-163). Viimeistään kesällä 1989 uusi juhlimis-kulttuuri muodostui kansainväliseksi joukkoilmiöksi ja se jatkoi kasvuaan koko 1990-luvun (esim. Collin, 1998; Reynolds, 1998; ks. myös Seppälä, 2001).

Teknokulttuuri levisi 1980-luvun lopussa pienenä underground-liikkeenä myös Suomeen. Täällä ensimmäinen klubi-ilta järjestettiin helsinkiläisessä ravintola Berliinissä vuonna 1988. Ekstaasin käyttö ei ollut täälläkään 1990-luvun alussa tuntematonta. Ilmiö kasvoi melko hitaasti Isoon-Britanniaan ja Keski-Eurooppaan verrattuna ja oli luonteeltaan pitkään hyvin elitistinen. Se

alkoi popularisoitua vasta 1990-luvun puolivälissä ja saavutti tuolloin laajaa suosiota erityisesti nuorten aikuisten keskuudessa. 1990-luvun loppupuolella ilmiö monimuotoistui: se ei enää rajoittunut kaupunkilaisnuorten marginaaliseksi juhlimismuodoksi, vaan kytkeytyi osaksi tavallisten nuorten ja nuorten aikuisten tapaa viettää vapaa-aikaansa. Se muuttui eräänlaiseksi tyyliksi, kerrokseksi nuorten juhlimiskulttuurien valtavirtaan (vrt. Thornton, 1995, 20-26; Calafat ym. 2001, 90; Salasuo & Allaste, 2004).

Uudet juhlimismuodot ja niiden merkitykset kasvoivat siis 1990-luvun lopulla ulos alkuperäisestä miljööstään. Nykyisin juhlimiseen kytkeytyvää viihdekäyttöä ei voidakaan tarkastella ainoastaan tekno- ja ravekulttuurin osana, vaan pikemminkin laajempana nuorisokulttuurisena virtauksena: tapana viettää vapaa-aikaa, kokea uutta, irrottautua todellisuudesta, laajentaa tajuntaa sekä pyrkiä hetkellisesti äärimmäiseen nautintoon juhlimiskokemuksen kautta (vrt. Seppälä, 2001; Rantala, 2002). On kuitenkin syytä korostaa, että kaikki uuteen juhlimiskulttuuriin osallistuvat henkilöt eivät käytä huumeita, eikä kulttuuri ole muokkautunut vain huumeiden käyttäjien ehdoilla (vrt. Kuussaari, 2003, 348-353).

Toinen huumeaalto on rakenteellisesti käynyt läpi hyvin samankaltaisen kehityskaaren kuin edeltäjänsä 1960-luvulla. Kehitys seurasi sukupolvimallia, jonka mukaan pieni ydinryhmä loi kulttuuria 1990-luvun alussa. Varsinaiseksi sukupolvi-ilmiöksi se mobilisoitui 1990-luvun puolivälissä ja lopulta vuosituhanen taitteessa lomittui osaksi populaarikulttuuria. Olennaiseksi nousee kysymys: hajoaako nuorisokulttuurinen ilmiö uusien sukupolvien myötä vai onko kyseessä pitkäaikaisempi suuntaus? Sukupolvimallia mukaillen vastaus 1990-luvun huumeilmiön katoamiseen olisi myönteinen, mutta samanaikaisesti monet tekijät puoltavat myös näkemystä, jonka mukaan huumeista on tullut pysyvä osa suomalaista yhteiskuntaa, jolloin sukupolvivaikutus saattaa lieventyä (vrt. Seppälä & Salasuo, 2001; Hakkarainen & Tigerstedt, 2003; Salasuo, 2004a).

Aaltoja vai...?

Tässä yhteydessä on syytä nostaa uudelleen esiin kysymys, jonka virittelimme Pauliina Seppälän kanssa Yhteiskuntapolitiikka -lehdessä vuonna 2001: Onko toisessa huumeaallossa kyse lainkaan aallosta, vai onko vedenpinta noussut pysyvämmiin? Sukupolvinäkökulmasta nousee esiin kaksi avainoletusta:

1. Mikäli, kuten on ilmeistä, molemmissa huumeaalloissa on kyse sukupolvi-ilmiöstä, tuleeeko huumeilla olemaan asema seuraavan nuoren sukupolven keskuudessa? Jos uusi sukupolvi kehittää itselleen sellaisia ilmaisumuotoja, joihin huumeet eivät kuulu, on mahdollista, että kokeilu ja käyttö vähenevät

merkittävästi ensimmäisen aallon tapaan. Toisaalta tällaisia merkkejä ei ole näkyvissä kansainvälisesti eikä Suomessa. Koska Suomen huumeatilanteen kehitys on seurannut muuta Eurooppaa pienellä viiveellä, huumeiden käyttö saattaa päinvastoin vielä kasvaa jonkin verran tai ainakin tasaantua korkealle tasolle (vrt. Skenaario Suomen huumausainetilanteen kehityksestä 2004–2007).

2. Toinen keskeinen oletus liittyy myös sukupolviajatteluun. Mikäli seuraava nuori sukupolvi todella jättää huumekekeilut ja käytön, ja kehittää uudenlaisia toimintamuotoja, huumeiden käytön ei kuitenkaan voida olettaa laskevan 1990-luvun nk. toista aaltoa edeltävälle tasolle. Perustelen tätä sillä, että uuden juhlimiskulttuurin joukkoilmiöt eivät katoa, vaikka niiden suosio taittaisikin. Kuten hippi-liike, punk-kulttuuri, heavy-kulttuuri ja monet muut nuorisokulttuuriset ilmentymät, ne ikään kuin kerrostuvat aiempien ilmiöiden rinnalle, nousten välillä uudelleen pinnalle. Sama koskee myös niihin liittyviä kulttuurisia symboleja ja toimintamalleja, esimerkiksi huumausaineita ja niiden käyttötapoja.

Nähtäväksi jää onko sukupolviteorian mukainen elinkaarimalli enää tulevaisuudessa huumeiden käyttöön soveltuva selitysmalli, vai ovatko huumeet kytkeytyneet ja lomittuneet niin pysyvästi myös suomalaiseen yhteiskuntaan, että niiden käyttö tulee 1960-luvun jälkeisen suomalaisen alkoholikulttuurin tapaan seuraaville sukupolville ikään kuin annettuna kulttuuriperintönä?

Lähteet

- ALA-KETOLA, M. (1985) *Hippejä, jippejä ja beatnikkejä: Amerikan vastakulttuuriliikkeiden historiaa*. Gummerus, Oulu.
- CALAFAT, A. & FERNANDEZ, C. & JUAN, M. & BELLIS, M.A. & BOHRN, K. & HAKKARAINEN, P. & KILFOYLE-CARRINGTON, M. & KOKKEVI, A. & MAALSTE, N. & MENDES, F. & SIAMOU, I. & SIMON, J. & STOCO, P. & ZAVATTI, P. (2001) *Risk and Control in the Recreational Drug Culture*. IREFREA, Valencia.
- COLLIN, M. (1998) *Altered State: The Story of Ecstasy Culture and Acid House*. Serpent's Tail, London.
- COUPLAND, D. (1992). *Tuntematon sukupolvi: tarinoita kiihtyvistä kulttuurista*. Art House, Helsinki.
- DONNER, O. (2001) Kannabisalakulttuurin toimija 1960-luvulla. Nauhoitettu haastattelu.
- ECHOLS, A. (2002) *Uhoa ja Unelmia. 60-luvun jälkijärityksiä*. Like, Keuruu.
- GIDDENS, A. (1991) *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Polity Press, Cambridge.
- GRONOW, J. (1995) Maun sosiologiaa. Teoksessa RAHKONEN, K. (toim.) *Sosiologisen teorian uusimmat virtaukset*. Gaudeamus, Tampere, 96-119.
- HAKKARAINEN, P. (1992) *Suomalainen huumeekysymys. Huumausaineiden yhteiskunnallinen paikka Suomessa toisen maailmansodan jälkeen*. Hakapaino, Helsinki.

- HAKKARAINEN, P. (2004) Drug use as a generational phenomenon. Seminaariesitelmä, ESSD, 15th annual conference, Munich 14–16 October 2004.
- HAKKARAINEN, P. & METSO, L. (2003) Huumeidenkäytön uusi sukupolvi. *Yhteiskuntapolitiikka*, 68(3), 244–256.
- HAKKARAINEN, P. & TIGERSTEDT, C. (2003) Ristiriitojen huume politiikka – huumeongelman normalisaatio Suomessa. Teoksessa Heikkilä, M & Kautto, M. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Stakes, Helsinki, 250–269.
- HERNESNIEMI, M. (1969) Huumausaineiden käyttö asevelvollisten nuorten keskuudessa syksyllä 1968. *Sosiaalinen aikakauskirja*, 63(4).
- HERNESNIEMI, M. (1972) Huumausaineiden käyttö asevelvollisten nuorten keskuudessa syksyllä 1971 verrattuna aikaisempiin tutkimustuloksiin. *Sosiaalinen aikakauskirja*, 66(1).
- INKINEN, S. (1998) Nuorison röntgenkuva – X-sukupolvesta Q-sukupolveen. *Nuorisotutkimus*, 16(2), 59–64.
- INKINEN, S. (2003) Sivistys median aikakaudella (esipuhe). Teoksessa INKINEN, S. (toim.) *Sivistyksen haaste. Kirjoituksia kulttuurista, kasvatuksesta ja teknologiasta*. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Kotka & Kouvola.
- KALLIONIEMI, K. (2003) Nuorisokuvat, populaarikulttuuri ja suomalaisuus. Teoksessa AAPOLA, S. & KAARNINEN, M. (toim.) *Nuoruuden vuosisata. Suomalaisen nuorison historia*. SKS, Helsinki, 481–496.
- KUUSAAARI, K. (2003) Fieldwork report. Teoksessa CALAFAT, A. & FERNANDEZ, C. & JUAN, M. & ANTTILA, A.-H. & ARIAS, R. & BELLIS, M. A. & BOHRN, K. & FENK, R. & HUGHES, K. & KERSCHL, A. & KOKKEVI, A. & KUUSAAARI, K. & LEENDERS, F. & MENDES, F. & SPYROPOULOU, J. & VAN DE WIJNGAART, G. & ZAVATTI, P. *Enjoying the Nightlife in Europe. The role of moderation*. IREFREA, Valencia, 348–353.
- LARMELA, T. (1998) Kannabiskulttuurin toimija 1960-luvulla. Nauhoitettu haastattelu.
- LINDFORS, J. & SALO, M. (1988) *Ensimmäinen aalto: Helsingin underground 1967–1970*. WSOY, Porvoo.
- LÄHTENEN, J. (2001) *Myöhäismoderni nuorisokulttuuri. Tulkintoja ryhmistä ja ryhmiin kuulumisten ulottuvuuksista*. Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 14. Hakapaino, Helsinki.
- MAFFESOLI, M. (1995) *Maailman mieli: yhteisöllisen tyylin muodoista*. Gaudeamus, Helsinki.
- MANNHEIM, K. (1952) The Problem of Generations. Teoksessa MANNHEIM, K. (kirj.) *Essays on the Sociology of Knowledge*. Routledge & Kegan Paul, London.
- MELECHI, A. (1993) The Ecstasy of Disappearance. Teoksessa REDHEAD, S. *Rave Off, Politics and Deviance in Contemporary Youth Culture*. Ashgate Publishing Ltd., Aldershot, 29–40.
- MÄÄTTÄ, P. (1975a) *Katsaus nuorison huumausaineiden käyttöön 1960- ja 1970-luvulla*. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisuja 255/1975.
- MÄÄTTÄ, P. (1975b) *Jyväskylän hasiksenpolttajat vuonna 1971*. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisuja 256/1975.
- PARKER, H. & ALDRIDGE, J. & MEASHAM, F. (1998) *Illegal Leisure. The normalization of adolescent recreational drug use*. Routledge, New York & London.
- PARTANEN, J. & METSO, M. (1999) Suomen toinen huumeaalto. *Yhteiskuntapolitiikka* 64(2), 143–149.

- RANTALA, K. (2001) Miten verkon maailmat muuttavat nuorten arkipäivää? Esimerkkinä huumeiden viihdekäyttö. Teoksessa PAASILINNA, R. Euroopan elektroninen vallankumous ja Suomen uho. *Suomen arvopaperilehti Oy*, Helsinki, 84-90.
- RANTALA, K. (2002) Utopioista todellisuuteen – huumeiden käytön virtuaaliutopiat. Mediumi 1.2., 2002. (<http://www.m-cult.net/mediumi/article.html?id=45>) Luettu 30.3.2004.
- REYNOLDS, S. (1998) *Generation Ecstasy: In to the World of Techno and Rave Culture*. Little, Brown and Company, USA.
- RICHARD, B. & KRUGER, H. (1998) Ravers' Paradise: German Youth Cultures in the 1990s. Teoksessa SKELTON, T. & VALENTINE, G. (toim.) *Cool Places*. Routledge, London.
- RICHARDS, L.G. & LANGER, J.H. (1971) *Drug-Taking In Youth*. U.S Department of Justice.
- ROSENQVIST, P. (1970) *Cannabis och dess bruk i Helsingfors hösten 1968-våren 1969*. Pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto, Sosiologian laitos.
- SALASUO, M. (2001) Mihin pilvi katosi? Huumeaallon taittuminen 1970-luvulla. Teoksessa ONNELA, T. *Pyhä huumesota. Huumepolitiikan pelkoja ja utopioita*. Visio, Uusikaupunki, 179-198.
- SALASUO, M. (2003) Tajunnan kumous – ensimmäinen huumeaalto. Teoksessa PELTONEN, M. & KURKELA, V. & HEINONEN, V. (toim.) *Arkinen kumous. Suomalaisen 60-luvun toinen kuva*. SKS, Jyväskylä, 84-109.
- SALASUO, M. (2004a) *Huumeet ajankuvana. Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa*. Stakes tutkimuksia 149, Helsinki.
- SALASUO, M. (2004b) Ekstaasin jäljillä – MDMA:n eli ekstaasin historia ja leviäminen länsimaiseen nuorisokulttuuriin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41(1) 71-84.
- SALASUO, M. & ALLASTE, A-A. (2004) La culture du "clubbing" globale et locale: une comparaison de la scène culturelle des drogues dans les clubs en Estonie et en Finlande. *Psychotropes, Revue internationale des toxicomanies* 3-4, 9, 153-163.
- SEPPÄLÄ, P. & SALASUO, M. (2001) Aaltoja vai vedenpinnan pysyvää nousua? *Yhteiskuntapolitiikka* 66(1), 71-75.
- SEPPÄLÄ, P. (2001) *Ravekulttuuria ja laittomat päihteet: yhteisöllisyyttä, etiikka ja identiteettiä*. A-klinikkasäätiön raporttisarja, Helsinki.
- Skenaario Suomen huumausainetilanteen kehityksestä 2004–2007. Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta toimenpideohjelmasta vuosille 2004–2007. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2004/1, 15-20.
- THORNTON, S. (1995) *Club Cultures: Music, Media and Subcultural Capital*. Polity Press, London.
- VIRTANEN, M. (2001) *Fennomanian perilliset. Poliittiset traditiot ja sukupolvien dynamiikka*. SKS, Helsinki.
- VIRTANEN, M. (2003) Nuoren Suomen traditio sukupolvien ketjuna. Teoksessa AAPOLA S. & KAARNINEN, M. (toim.) *Nuoruuden vuosisata. Suomalaisen nuorison historia*. SKS, Helsinki.
- ZIEHE, T. (1991) *Uusi nuoriso. Epätavanomaisen oppimisen puolustus*. Vastapaino, Tampere.

Drug "waves" as Generational Phenomena

Abstract

The long-term trends in drug use in Finland are often described by means of a 'wave' metaphor. Usually two drug waves are mentioned, the first wave being the more general experimentation with cannabis and its use in the 1960s. The second wave was an increasingly more general experimentation and use of drugs can be traced to the beginning of the 1990s. The result of the latest increase was a higher use of drugs than ever before. Typical of both of these drug waves was a connection to the trends of the international youth culture; both drug waves are also characterised by occasional drug use and the central position of the user culture.

In this article drug waves are connected to Karl Mannheim's theory of generations that attaches special importance to the use of drugs and the meanings given to it. Both drug use and the users are mobilized as part of a historical and cultural experience that certain generations share. A common world of experience gives rise to different kinds of social and cultural movements within which people organize themselves in order to pursue and promote a way of life and goals that they find fulfilling. The common world of experience shapes tastes, preferences, and behaviour; thus it influences the prevalence of experimentation with drugs and drug use and the meanings attached to them. A generational approach seems to be extremely fruitful while explaining the two Finnish drug waves.



Ritva Hein & Lennart Wahlfors

Tilastotietoa alkoholista ja huumeista

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus STTV sekä 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, alkoholin ja huumeiden kysynnän ja tarjonnan vähentämistoimenpiteistä, alkoholihinnoista, alkoholiveroista ja -tuloista, alkoholijuomien tuotannosta, kaupasta ja jakeluverkostosta sekä alkoholin kauppaan liittyvistä valvontatoimenpiteistä.

Päihdetilastollinen vuosikirja

Stakes kerää vuosittain yhteistyössä STTV:n kanssa keskeiset tilastotiedot alkoholista ja huumeista Stakesin julkaisemaan Päihdetilastolliseen vuosikirjaan, (Päihdetilastollinen vuosikirja 2004, Alkoholi ja huumeet, SVT Sosiaaliturva 2004, Stakes).

Päihdetilastollinen vuosikirja on kokoomajulkaisu alkoholista ja huumeista. Se on samalla käsikirja. Siinä julkaistaan vuosittain Suomen viralliset alkoholi- ja huumetilastot. Kirja antaa tarkan kuvan maamme päihdetilanteen kehityksestä. Yleiskatsauksessa esitetään maamme alkoholi- ja huume politiikan keskeisiä tavoitteita sekä niiden yhteyksiä kansainvälisiin alkoholi- ja huume politiittisiin sopimuksiin ja ohjelmiin. Julkaisussa esitetään myös kansainvälisiä tilastovertailuja. Vuosikirja on kolmikielinen: 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 <http://www.stakes.info/files/pdf/taskumatti/taskumatti2004.pdf>.

Alkoholi ja huumeet alueittain

Alkoholi ja huumeet alueittain 2003, joka sisältää aluekohtaista tilastoa suuralueittain, maakunnittain ja kunnittain julkaistaan vuosittain Stakesin ja STTV:n toimesta tilastotiedotteessa. (Alkoholi ja huumeet alueittain 2003, tilastotiedote 3/2005, Paula Ruuth, Ritva Hein, Lennart Wahlfors, Ari Virtanen, Airi Partanen ja Sirpa Virtanen, Stakes). Se on luettavissa osoitteessa http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt03_05.pdf.

Alkoholi- ja huumeolot

Alkoholi ja huumeet 2000 on katsaus Suomen alkoholi- ja huumeoloihin. (Alkoholi ja huumeet 2000, tilastoraportti 4/2001, toim. Ritva Hein, Ari Virtanen, Stakes.) 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 syvällisempää tietoa ja tulkintoja perustilastojen eräistä osa-alueista.

Pohjoismainen alkoholitilasto

Pohjoismainen alkoholitilasto 1993–2003 kerätään vuosittain pohjoismaiden yhteistyönä ja se sisältää tietoja eri pohjoismaiden alkoholitilastoista ja alkoholitalanteesta. Raportista julkaistaan kolmikielinen PDF-versio Stakesin Tilastotiedote-sarjassa. Uusin raportti (Pohjoismainen alkoholitilasto 1993–2003, tilastotiedote 19/2004, Stakes) on luettavissa osoitteessa http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedotteet/Tt19_04.pdf.

Raportin lyhennelmä julkaistaan Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift-lehdessä. Lehden artikkeleita voi selata sähköisesti osoitteessa <http://www.stakes.fi/nat>.

Huumausainetilanne Suomessa

Stakes toimii Euroopan Unionin huumausaineseurantakeskuksen, EMCDDA:n, alaisen REITOX-huume tietoverkoston kansallisena seurantakeskuksena ja tuottaa Euroopan Unionin toimintaan liittyen huumausainetietoja Euroopan Unionin määräämällä tiedonkeruutavalla.

Vuosittain ilmestyvä raportti Huumausainetilanne Suomessa kuvaa Suomen huumausainehallintoa, -lainsäädäntöä ja -politiikkaa, arvioi suomalaista huumausainetietojärjestelmää, kuvaa Suomen huumausainetilannetta vuosittain sekä esittelee huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan rajoittamisen toimia Suomessa. Raportin on koonnut Stakesiin sijoitettu kansallinen huumausaine-seurantakeskus. Raportti (Huumausainetilanne Suomessa vuonna 2004, tilastoraportti 1/2005, Ari Virtanen, Stakes) sekä sen englanninkielinen versio (Finland – Drug Situation 2004, tilastoraportti 2/2005), ovat myös sähköisessä muodossa osoitteessa <http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Reitox2004.pdf>, <http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Reitox2004eng.pdf>.

Vuosiraportti Euroopan Unionin huumeongelmasta

Vuosiraportti 2004 Euroopan Unionin huumeongelmasta on EMCDDA:n web-sivuilla <http://www.emcdda.eu.int>, kaikilla 11 EU-kielellä. Laajennettu englanninkielinen versio raportista on ladattavissa sivulta <http://www.stakes.fi/reitoxfin/>.

Selvitys amfetamiinien ja opiaattien käyttäjien määrästä

Stakes, Kansanterveyslaitos, Poliisi ja Jyväskylän yliopisto ovat tehneet yhteistutkimusta, jossa on arvioitu 15–55-vuotiaiden joukossa kovien huumausaineiden (amfetamiinien ja opiaattien) käyttäjien määrää pääkaupunkiseudulla ja koko Suomessa.

Viimeisin selvitys amfetamiinien ja opiaattien käyttäjien määrästä pääkaupunkiseudulla ja koko maassa koski vuosia 2001 ja 2002. Selvityksestä on julkaistu artikkeli Yhteiskuntapolitiikka-lehdessä. (Päivi Partanen, Pekka Hakkarainen, Pekka Holmström, Aarne Kinnunen, Pauli Leinikki, Airi Partanen, Timo Seppälä, Jouni Välkki ja Ari Virtanen: Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002, Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004):3).

Samanlaiset selvitykset on tehty vuosien 1998 ja 1999 tilanteista. Niiden pohjalta tehtyjä tilastollisia arvioita koskeva artikkeli on julkaistu Lääkärilehdes-

sä 43/2001, (Partanen Päivi et al.). Vuoden 1997 tilanteesta julkaistiin raportti Stakesin Aiheita -sarjassa 19/1999 (Partanen Päivi et al.).

Päihdehuolto

Stakes kerää vuosittain tietoja päihdehuollon erityispalveluista. Tiedot julkaistaan vuosittain ilmestyvässä sosiaalihuollon laitoshoidon ja asumispalveluita käsittelevässä tilastotiedotteessa. Uusin tilasto, Sosiaalihuollon laitoshoidon ja asumispalvelut 2003, (Sari Kauppinen, Tilastotiedote 21/2004, Stakes) on luettavissa Stakesin nettisivuilta osoitteesta http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedotteet/Tt21_04.pdf.

Stakes kerää osana EMCDDA:n koordinoimaa tiedonkeruuta tilastotietoja huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneista asiakkaista. Tiedot julkaistaan vuosittain ilmestyvässä tilastotiedotteessa. Uusin tilasto, Päihdehuollon huumeasiakkaat vuonna 2003 (Airi Partanen ja Ari Virtanen, Tilastotiedote 12/2004, Stakes) on sähköisessä muodossa luettavissa osoitteessa

http://www.stakes.info/files/pdf/tilastotiedotteet/Tt12_04.pdf.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2004 (SVT Sosiaaliturva 2004, Stakes) on käsikirja, joka sisältää keskeiset tilastotiedot maamme sosiaali- ja terveystalouden, niiden tarjoajista, henkilöstöstä sekä kustannuksista. Lisäksi vuosikirjassa 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 2003. Vuosikirja julkaistaan kolmikielisenä: suomi, ruotsi, englanti. Kirjan ohkeen on liitetty CD-ROM-levy, jossa on keskeisimmät tiedot kunnittain ja myös koko kirja PDF-muodossa. Vuosikirja sopii erinomaisesti käytettäväksi niin opetustyössä kuin päätöksenteossakin.

Taskutieto

Stakesin taskutilasto Taskutieto (Taskutieto 2005, Tilastotietoa sosiaali- ja terveydenhuollosta, Stakes) 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. Taskutieto on luettavissa myös sähköisessä muodossa ositteissa

<http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Tasku2005.pdf>

<http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Fakta2005.pdf>

http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Facts_2005.pdf

Muita www-linkkejä alkoholista ja huumeista

Stakesin tietopalvelu 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 osoitteesta <http://www.stakes.info/>.

Stakesin alkoholi- ja huumetutkimusryhmä tuottaa tutkimustietoa alkoholista ja huumeista. Linkkejä/lisätietoja osoitteesta <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 kuvioita. Osoite: <http://www.stakes.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 elinkeino toiminnan valvonnan sekä riskinarvioinnin keinoin ehkäistä näistä tuotteista ja niiden käytöstä aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja ja varmistaa niitä koskevien määräysten noudattaminen. STTV julkaisee kotisivuillaan mm. kuukausittaiset alkoholijuomien myynti- ja kapasiteettitilastot. Linkkejä/lisätietoja osoitteesta <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 osoitteesta <http://www.stat.fi/>.

Statistics about alcohol and drugs

Abstract

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

"The Yearbook of Alcohol and Drug Statistics 2004" 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.

"*Finland - Drug Situation 2004*" 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/reitoxfin>

<http://www.stakes.fi>

<http://www.sttv.fi>

<http://www.stat.fi>

EMCDDA: <http://www.emcdda.eu.int>

Vuonna 2004 ilmestyneet väitöskirjat

HÄNNIKÄINEN-UUTELA, A-L. Rooted again. Community education in the rehabilitation of substance addicts. Jyväskylä: University of Jyväskylä; 2004.

Abstract

The subject of this research is Mikkeli-community, established in September 1998 by the association for independent service provision of alcoholics (in Finnish: Vapaan alkoholistihuollon kannatusyhdistys). The community serves young adults over 18 who have substance addiction. The community aims at stopping substance abuse among the residents and rehabilitating them so that they would be able to begin a normal life in the society, for example, to study, work and earn a living. The functional model of the community is based on the principles of the community education and Daytop-model.

The main purpose of the study was to examine why the residents had begun to misuse drugs, what kind of process the development of addiction was, and what the main reasons in the community education approach were that helped the addicts to recover.

This research was a qualitative research and the methods used were participant observation, recorded interviews with open-ended, unstructured questions, and different kinds of documents.

It seems obvious that social relations are significant in beginning to misuse drugs and becoming an addict. Therefore, drug addiction is in contact with socialization processes and social relations are significant indicators both in turning to addiction, stopping misuse and getting sober. Furthermore, social network and social reality are significant in stopping misuse and turning to treatment. Main factor that helps addicts to recover in the community is the support of a peer group. The change of identity and the ability to learn new values, norms and a new view of the reality are possible through conscious intervention: interaction and cooperation between the peers and staff.

A fundamental premise of the community education approach is, however, that individuals change only if they fully participate in all the roles and activities of the community. The efficiency of the community education approach depends on the personal characters of the residents, too. For example, the community cannot help addicts with serious psychological problems.

KUUSI, H. *Wine for Freedom. Alcohol, governmentality and identity in Finland in the 1960s*. Helsinki: University of Helsinki; 2004.

Abstract

The Finnish alcohol policy underwent a major shift in the end of the 1950s. The strict buyer surveillance policy was given up and the consumption of mild beverages was promoted. The legislative reform of 1968 liberated the selling and serving of alcohol. The amount of alcohol consumed tripled in the fourteen years from 1958 to 1972.

This work investigates the changes in alcohol policy and the alcohol culture in the 1960s.

The research shows how the logic of governance increasingly operated through the identity construction and the freedom of individuals rather than through the control mechanisms of shame. Consequently, the role of the media as a source of elements of identity construction expanded. Through analysis of various media products, feature films, popular songs and fiction, it is shown how alcohol has acquired new social meanings in the modernising and urbanising society. Drinking has become more common and trivial, alcohol is used both as a social lubricant and as a way of throwing off masks and revealing “one’s true self”, or reaching “the truth”.

In the fictive reality portrayals of women drinking heavily became common. The masculine-like intoxication of women challenged masculine supremacy and promoted gender equality. A typical environment for getting drunk was nature in summertime. Both nature and alcohol were used as therapeutic and illuminating in the identity construction of urban young people. In the fictive reality alcohol was not a problem, even though many social problems were illustrated with it. According to the findings of this research, the 1960s of Finland can be characterized as the decade of universality, equality and identity-seeking.

LATVALA, J. Effect of alcohol consumption and acetaldehyde on blood cells and molecules: pathogenic and diagnostic implications. Tampere: University of Tampere; 2004.

Abstract

Alcohol abuse is known to have a wide array of adverse effects on serum proteins, blood cells and their progenitors in bone marrow. The mechanisms by which it does so have not yet been established, however. Recent studies have suggested that acetaldehyde, the first metabolite of ethanol, is responsible for many of its harmful effects, being a highly reactive molecule and capable of forming stable condensates with proteins and cellular constituents. Acetaldehyde-derived protein condensates have also been suggested as possible new markers of alcohol abuse.

The present work is focused on the effects of ethanol and acetaldehyde on blood cells and proteins. The formation of acetaldehyde-derived protein modifications *in vivo* was studied using antibodies recognizing acetaldehydmodified epitopes in proteins independently of the nature of the carrier protein. The subjects were patients representing a wide range of ethanol consumption and abnormalities in haematological parameters, alcoholics admitted for detoxification and patients with alcoholic liver disease. The controls were individuals without any history of excessive alcohol consumption.

Routine haematological examinations of patients presenting with cytopenia and a history of hazardous drinking showed the incidence of anaemia to be lower than that in the corresponding non-alcoholic controls. Abnormal platelet and leukocyte levels were common, especially in the anaemic alcoholics. Both an elevated mean cell volume of erythrocytes (macrocytosis) (67% vs. 18%) and elevated mean cell haemoglobin (63% vs. 22%) were more frequent in the alcoholics. Reticulocytosis, thrombocytopenia and combined cytopenias were all common findings in the alcoholic patients. Blood smears from the alcoholics typically showed round macrocytes, stomatocytes and knizocytes. Bone marrow aspirates revealed vacuolization of pronormoblasts and megakaryocytes, especially in individuals with recent intoxication.

Immunocytochemical analyses of peripheral blood erythrocytes indicated that acetaldehyde-derived epitopes occurred both on the cell membrane and inside the erythrocytes. Bone marrow aspirates also showed positive staining for acetaldehyde adducts in erythropoietic cells. Separation of erythrocyte proteins by high-pressure liquid chromatography revealed the formation of fast-eluting haemoglobin fractions which reacted with antibodies against acetaldehyde adducts.

Antibodies raised in rabbits against condensates with acetaldehyde and lipoproteins (LDL, VLDL) or bovine serum albumin reacted with protein adducts generated at physiologically relevant concentrations of acetaldehyde *in vitro*. The antibody prepared against the acetaldehyde-VLDL condensate was found to provide the most effective *in vivo* detection of acetaldehyde adducts in erythrocyte and serum proteins from alcoholic patients.

The generation of autoimmune responses to the acetaldehyde-derived epitopes was studied in heavy drinkers admitted for detoxification and in patients with alcoholic liver disease. The mean anti-acetaldehyde adduct IgA levels in the alcohol abusers, who had mild or no clinical and biochemical signs of liver injury, were significantly higher than those in the moderate drinkers or abstainers. The highest titres occurred in patients with alcoholic liver disease. IgM antibodies were also significantly higher in the alcohol consumers without liver disease, whereas IgG levels were high only in the patients with alcoholic liver disease. The cytokine profiles of the alcoholic patients also showed significant differences, with the highest levels of both pro-inflammatory cytokines (IL-2, IL-6, IL-8, TNF- α) and the anti-inflammatory cytokine (IL-10) occurring in the patients with alcoholic liver disease.

These results suggest that alcohol abuse is an important risk factor for abnormalities in a number of haematopoietic cell lines and in circulating proteins. Acetaldehyde-erythrocyte adducts appear to be formed *in vivo* in the blood and bone marrow of patients with excessive alcohol consumption, which may contribute to the generation of erythrocyte abnormalities. Acetaldehyde adducts are also immunogenic. Antibodies raised against acetaldehyde-VLDL adducts could provide the basis for a new diagnostic assay to assess excessive alcohol consumption. The data also show autoimmune responses to acetaldehyde-modified proteins in alcoholics, which may also prove to be of value in the differential diagnosis of alcohol-related diseases.

MELARTIN, T. Comorbidity, outcome and treatment of DSM-IV major depressive disorder in psychiatric care. Helsinki: University of Helsinki; 2004.

Abstract

This study forms part of a collaborative depression research project, the Vantaa Depression Study (VDS), run by the Department of Mental Health and Alcohol Research of the National Public Health Institute, Helsinki, and the Department of Psychiatry of the Peijas Medical Care District (PMCD), Vantaa. The VDS is a prospective, naturalistic cohort study of 269 secondary-level care psychiatric out- and inpatients with a new episode of DSM-IV major depressive disorder (MDD).

Overall, the VDS involved screening 806 adult patients (aged 20-59 years) in the PMCD for a possible new episode of DSM-IV MDD, and interviewing the 542 consenting patients with a semistructured interview (the WHO Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry [SCAN], version 2.0). Thereby, 269 patients with current DSM-IV MDD were included in the study, and further interviewed with semistructured interviews to assess all other psychiatric diagnoses as well. Exclusion criteria were DSM-IV bipolar I and II, schizoaffective disorder, schizophrenia or another psychosis, organic and substance-induced mood disorders.

The outcomes of major depressive episode (MDE) and the comorbid disorders were investigated at six and 18 months after baseline using repeated semistructured interviews. The exact duration of the index episode and the timing of possible relapses/recurrences were prospectively examined using a graphic life chart based on DSM-IV criteria and definitions. Time after baseline was divided into three periods: (1) state of full remission (none of the 9 MDE criteria symptoms), (2) state of partial remission (1-4 of the 9 symptoms), or (3) state of MDE (5+ of the 9 symptoms). Besides symptom ratings and visits to attending personnel, life-events during the follow-up were also asked about in order to improve the accuracy of timing.

When presenting for psychiatric care, a typical psychiatric patient with MDD suffered from many comorbid disorders; over half had current comorbid anxiety disorders (57%), nearly half personality disorders (44%), and a quarter alcohol use disorders (25%). Only one fifth (21%) had pure depression without any comorbid disorder.

Achieving full remission took about eight months, so despite the use of the new antidepressants the outcome of MDD appears not to have improved in psychiatric care. Although patients typically responded early to the treatment (most in 4 to 8 weeks), the major problem was the long period with only par-

tial remission, during which functional impairment and depressive symptoms persisted, albeit at a milder level. In addition, about 40% of the patients had a recurrence of MDD during the 18 months, although these new episodes were milder and shorter than the index episode. Numerous factors predicted the duration of MDE to some extent, but severity of depression and current comorbidity were the two most robust predictors. Severity of depression was also a significant predictor of recurrence. There appeared to be no major differences in current comorbidity or course of depression between melancholic and non-melancholic patients. Moreover, the consistency of DSM-IV melancholic features across episodes appeared weak.

Most depressive patients in psychiatric care were found to be receiving adequate antidepressant (88%) and psychotherapeutic treatments (98%) in the early acute phase, and to have favorable attitudes towards them. Nevertheless, antidepressants were terminated too early in about half of the patients, often following their autonomous decision. About a third of the patients not achieving full remission were without any psychosocial treatment at 18 months. Negative treatment attitudes were more common towards antidepressants than psychosocial treatments, and tended to predict premature termination.

Summing up, the main challenge in psychiatric care appears to be continuity of treatments. Without adequate continuity it is impossible to provide treatment that meets standards in practice guidelines. In this task, however, collaborative work and shared responsibilities between primary and secondary care are essential, and developing regional cooperation is an inevitable challenge.

RIALA, K. Adolescent predictors of adult social and psychiatric adversities: a prospective follow-up study of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Oulu: University of Oulu; 2004.

Abstract

The aim of this study was to investigate, using a longitudinal design, the possible long-term effects of adolescent family background, school performance and substance use on educational performance, psychiatric disorders and substance use related problems during adulthood.

A large, prospectively collected general population birth cohort ($n = 11017$), the Northern Finland 1966 Birth cohort, was used as study population. The database provided information on features of the primary family. The information on the cohort members' school performance, smoking, alcohol use and other substance use was obtained from a questionnaire mailed to the cohort members in 1980. Also information on school performance in various school subjects was obtained at the end of compulsory schooling at the age of 16. The level of education by the age of 31 was gathered from the national Registry of Educational Statistics in Finland. The relevant data for drunk driving offences were collected from the Ministry of Justice files. The Finnish Hospital Discharge Register was used to identify all hospital-treated psychiatric patients.

Parental divorce increased the risk of adult educational underachievement. Other family background factors such as unwanted pregnancy, low maternal education and large family size were also associated with low adult educational performance. A history of drunk driving offences was associated both with impaired school performance in adolescence and with educational underachievement in early adulthood. Adolescent regular alcohol use, smoking and other substance use increased the risk for drunk driving offences and hospital-treated substance use disorders in adulthood. The smoking rate among psychiatric patients was about 1.5 times higher than among control subjects without psychiatric hospital treatment. The proportion of smokers was about 50% among subjects with schizophrenia. The initiation age of regular smoking was closely related to the age of onset of schizophrenia, but not to other mental disorders. Among schizophrenia patients the increased likelihood of smoking was associated with paternal smoking in the family environment, but not with any other background factors. Low overall mean scores and low combined mathematical and natural science scores at the end of compulsory school were associated with adult regular smoking among schizophrenia patients.

This study gives new information on risk factors that affect educational attainment, substance use related problems and psychiatric morbidity within the developmental pathway from adolescence to adulthood.

Abstract

Epidemiological studies have demonstrated that heavy alcohol consumption is related to increased mortality and to increased occurrence of cancer. Moreover, alcoholics suffer from many neurological disturbances, but in humans differences in genetic and environmental factors make the impact of ethanol consumption per se difficult to estimate. In experimental studies the confounding factors can be controlled. Therefore in the present study three different experimental models for chronic alcohol consumption were used: Lifelong ethanol exposure (I, II), 5½-month intermittent versus continuous exposure (III, IV), and 5-week heavy ethanol intoxications followed by weekly ethanol withdrawals (V). The experimental animals were both genders of AA (Alko, Alcohol) and ANA (Alko, Non-Alcohol) rats (I, II), young male Wistar rats (III, IV), and young and old male Wistar rats (V). The effects of ethanol consumption on superior cervical ganglion (SCG) neurons and cerebellar microglia were studied. Cytochrome oxidase activities were measured in central nervous system areas known to be affected by chronic ethanol exposure, i.e. in the locus coeruleus, frontal cortex and cerebellum. Also the ethanol-related effects on the longevity and general health of the rats were studied.

Lifelong ethanol consumption did not alter the mortality of AA or ANA rats, but increased the occurrence of malignant neoplasms. However, the mortality of ANA rats was significantly higher compared to the AA rats. The ANA rats had a higher rate of kidney diseases than the AA rats, and their autopsy showed higher rates of benign tumors and cardiovascular pathology. Lifelong ethanol exposure caused increased lipopigmentation and tyrosine hydroxylase immunoreactivity in the SCG of male rats, but did not change the number of SCG neurons or the volume of the ganglia in either AA or ANA rats. However, 5½ months of intermittent ethanol consumption decreased the number of SCG neurons by 22% compared to the continuously ethanol-exposed group and by 28% compared to the water-consuming control group. The results suggest that intermittent ethanol exposure is more harmful to the SCG neurons than continuous ethanol exposure. The number of cerebellar microglia in folium II granular layer increased after 5½ months of intermittent ethanol exposure, but no microgliosis was found if ethanol exposure was continuous suggesting that microglia may be an early marker for ethanol-induced nervous system degeneration. Cytochrome oxidase activity was decreased after 5 weeks of repeated ethanol intoxications and withdrawals in young and aged rats. Increased number of microglia and decreased activity of cytochrome oxidase may result in an increased production of reactive oxygen species. The resulting oxidative stress may have a crucial role in ethanol-induced neuronal damage.

SALASUO, M. *Drugs as Zeitgeist. Recreational Drug use in Finland*. Helsinki: University of Helsinki; 2004.

Abstract

The long development trends in drug use in Finland are often described by means of a 'wave' metaphor. Usually two drug waves are mentioned, the first wave being the more general experimentation with and use of drugs, especially cannabis, in the 1960s. The second wave was an increasingly more common experimentation and use that can be traced to the beginning of the 1990s. The result of the latest increase was a higher use of drugs than ever before. Typical of both of these drug waves was a tie up to international youth culture trends, whilst both drug waves are also characterised by occasional drugs use and the central position of the user culture. In the study, the cultural appearance of the two drug waves in Finland is viewed from different standpoints within qualitative research, as found in a summary article and in seven other articles.

Several different kinds of study material were used, and were seen to function at different levels, and it was possible to create interesting perspectives on the drug culture by linking these materials together. Among the most important materials to be used were the user interviews, interviews with the authorities, official control data, materials collected from the Internet, and a targeted Internet questionnaire.

Drug waves are connected to certain periods and generations that attach special importance to the use of drugs and the meanings given to it. Both drug use and the users are mobilized as part of a historical and cultural experience that certain generations share. A common world of experience gives rise to different kinds of social and cultural movements, within which people organize themselves in order to pursue and promote a way of life and goals that they find fulfilling. The common world of experience shapes tastes, preferences and behaviour, and thus influences the prevalence of experimentation with drugs and drug use and the meanings attached to them. In practice, this has resulted in new ways of using drugs and new drugs, the emergence of new markets and a new kind of criminality, the development of new drug concepts, and thus the development of new drug patterns.

Abstract

Head injury is the leading cause of death and disability in trauma patients, and alcohol abuse is often associated with such injuries. Despite modern diagnostic facilities, the extent of traumatic brain injury (TBI) is difficult to assess and supplementary diagnostic tools are warranted. The contribution of alcohol misuse to traumas also needs to be elucidated, as the role of different patterns of alcohol drinking in particular has received less attention.

We investigated the clinical utility of a novel serum marker of brain damage, protein S100B, as a tool for assessing TBI in patients with trauma. We also investigated the patterns of alcohol drinking among trauma patients and the trauma mechanisms in relation to blood alcohol concentration (BAC), with special emphasis on head traumas. Finally, we studied the early identification of hazardous drinkers among trauma patients.

Serum protein S100B was found to be a feasible supplementary method for assessing TBI, as the latter was shown to elevate its levels significantly, the highest values being found in patients with severe injuries. S100B was also found to be elevated in patients with mild head injury, where it was associated with an increased risk of developing post-concussion symptoms (PCSs). Extracranial injuries also increased S100B values in patients with multitrauma. Accordingly, S100B was not specific to TBI. The more severe the extracranial injury, the higher the S100B value that was found.

Binge drinking was found to be the predominant pattern in trauma patients. Alcohol intoxication on admission and hazardous drinking patterns were more often present in patients with head injury than in those with other types of trauma. The risk of sustaining a head trauma significantly increased with increasing BAC. The results also demonstrated that BAC on admission is the best marker of alcohol abuse in trauma patients. The BAC test depicts hazardous alcohol drinking better than conventional biochemical markers of alcohol misuse such as gamma-glutamyl transpeptidase (GGT), aspartate aminotransferase (AST), carbohydrate-deficient transferrin (CDT), or mean corpuscular volume (MCV) of erythrocytes.

The findings support the use of S100B as a supplementary method for assessing TBI and the use of BAC as a marker of alcohol misuse in trauma patients.

SIROLA, K. Views of ninth graders, educators and parents in Pori, Finland on adolescent alcohol use and on preventing alcohol use. Jyväskylä: University of Jyväskylä; 2004.

Abstract

The purpose of this research was to examine, first, alcohol use by ninth grade comprehensive school students as part of adolescent culture and, second, health promotion related to preventing alcohol use as described by adolescents themselves, their parents, teachers and school nurses. For the purposes of this study, the availability of alcohol, attitudes, causes and effects concerning alcohol use as well as preventing alcohol use constituted alcohol use. The research goal was to obtain extensive background information to prepare recommendations for a strategy to prevent adolescent alcohol use. One of the goals of social and health policy in Finland since the 1990's has been restraining excessive adolescent alcohol use.

Methodological triangulation was employed for this study. Questionnaire data were collected from ninth grade students (n=181) of two schools in Pori, Finland and their parents (n=110). Thematic interview data were collected from teachers (n=10) and school nurses (n=4). The questionnaire data from students were further enhanced by group interviews of adolescents (n=24, 4 groups). The questionnaire data were analysed statistically. The interviews were analysed inductively by using qualitative content analysis.

There were significant differences between the adolescent and parental views on alcohol use, with adolescents using alcohol more commonly than parents assumed. Differences between boys and girls were minor, yet girls used alcohol more frequently than boys did. Adolescents were able to obtain alcohol easily from various sources, including their parents. Approximately one half of students felt that instruction for preventing alcohol use and programmes by school nurses were boring, partially useless. The parents were of the opinion that obtaining alcohol was too easy and that alcohol caused problems for many adolescents. The adolescents felt that alcohol was an essential element of adolescent parties and that its risks were usually exaggerated. The teachers wanted to reduce adolescent alcohol use through restrictions in the media, a shared alcohol programme in schools and introducing longer school hours. The school nurses felt that future emphasis should be placed on co-operation among school nurses and enhancing social responsibility.

WINTER, T. Alcohol abstinence among adolescents and factors related to this. Helsinki: University of Helsinki; 2004.

Abstract

Research problem

This study focuses on abstinence from alcohol by young people in Finland in the 1990s. The study examines the role of religiousness, region, family and social alienation in the drinking habits of young people. The study consists of five published papers and a summary.

Research material and methods

The research material is provided by surveys conducted by mail between 1991 and 1999 as part of the Finntwin16-study. The data set covers five age groups, twins born between 1975 and 1979 and their parents. The study includes 5,563 young people and 5,051 parents. The study builds upon the longitudinal framework of the Finntwin16 study where young people were studied at the ages of 16, 17 and 18, 5. The questionnaires were available both in Finnish and Swedish. The drinking habits of young people were studied by using a question included in the Adolescent Health and Lifestyle Survey (AHLS): "How often do you drink alcohol at all?". Those answering: "I don't drink any alcohol" were regarded as alcohol abstainers. The regional division adheres to the NUTS classification by the European Union. Religiousness was assessed on the Wiggins scale which measures religious fundamentalism. Social alienation was studied using the Harris-Lingoes scale. The research material was statistically analyzed by using, i.e., logistic regression analysis to examine determinants of abstinence. In two of the published papers classical twin analyses were conducted to assess, by comparing monozygotic and dizygotic twins, the contribution of the additive genetic effects, the common environmental experiences of the twins, and the unique environmental experiences of each twin to the variation in liability to abstinence and religiousness.

Results

Abstinence from alcohol among young people is influenced by religiousness, the drinking habits of parents, and regional factors. According to the study, the reasons for abstinence vary somewhat within different regions in Finland. Fam-

ily influences on the use of alcohol by young people is more pronounced in Central and Northern Finland than in Southern Finland and, in particular, in the Uusimaa region where individual factors and other environmental factors play a significant role. Religiousness seems to reduce the consumption of alcohol more in the Ostrobothnia region than in the Uusimaa region. Regional differences in religiousness partly explain the regional differences in the use of alcohol by young people. The religiousness of parents strongly correlates with the abstinence from alcohol by young people, and the majority of those who were abstinent at the age of 18.5 come from religious families. However, both parents need to be religious in order for their children to use significantly less alcohol than other young people. In religious families, there was no difference in the abstinence of boys and girls. However, in families where neither one of the parents was religious, boys were abstinent more often than girls. Finnish-speaking young people were abstinent more often than Swedish-speakers at the age of 16. At the age of 18.5, the differences in abstinence between the language groups were almost nonexistent. At the age of 16, the young people who suffered most from social alienation were the ones who used most alcohol. Those who started the use of alcohol when they were 16 to 18.5 years old felt least social alienation at age 16.

Summary

Religiousness, region, and family are all clearly related to abstinence from alcohol by young people. In addition, the effect of religiousness and family on abstinence varied by region. Social alienation does not seem to correlate with the three factors mentioned above. Instead, it represents a unique dimension with respect to abstinence. Various means are needed to support the abstinence by young people, and these means should partly vary by region. In Southern Finland, the focus should be on providing more alcohol-free zones. In Northern Finland, on the other hand, the high importance of families should be recognized in the abstinence by young people. There should be more information available on abstinence and young abstainers as this would help the young people to formulate their own opinion.

VIROKANNAS, E. On both sides of the normality boundary. A study of identity formation among young people at a drug treatment unit. Helsinki: University of Helsinki; 2004.

Abstract

The study analyses what under-age young people being treated for drug abuse related in an interview about their lives and their use of intoxicants. The significance attached to drug use in their discourse, and the kind of identity built in the interviews, both for the young people themselves and for the other actors mentioned and for the interviewer, are given particularly close attention. Identity is understood according to a constructionist frame of reference, as a situation-related self construction built on interaction. The main research method used was discourse analysis.

The material comprised 17 individual interviews carried out in one-on-one talks between the researcher and each young subject at a drug treatment unit for young people and children. The young people were being treated by the unit primarily because of drug abuse problems. Cannabis products were the most common drugs used, but all those interviewed had also used pharmaceuticals, opiates or amphetamines, or a mixture of these. The young people concerned were between 14 and 18 years of age. There were nine girls and eight boys.

The young people's stories are analysed through various themes in five articles. The first article deals with the significance of the normality in young people's discourse, the second with surprising speaker positions in the interview situation, the third with the significance taken on by drug tests, the fourth with friendships between the young people, and the fifth with their attitudes to the authorities. The summary outlines how these young people built their own identities in relation to normality and drug use.

The overall finding is that an articulation of matters related to their own lives and drug use through clear boundaries was typical of the young people's discourse. "Boundary" here means the distinction made between what is considered conventionally normal and what lies outside it. According to the young people, drug use lies outside the normal and abstinence is classed as part of normal life. The young people's discourse moved on both sides of what they declared to be the boundaries, without identifying themselves permanently with either. Identity was built according to the side of the boundary the particular discourse related to. At two extremes, the study deals with the position adopted by a speaker aware of being different, compared with that of someone who has already started to break free from drugs, wishing to return to a "normal" life. Another dimension analysed is how the young people defined their own actions as subordinate to

other actors and events, on the other hand, while on the other emphasizing their independence in making decisions concerning their own lives. Another finding dealt with is the accentuated loneliness that came out in the interviews with the young people, reflected in their few, or total lack of, allies.

The main sources used in the research were constructionist identity research, discourse-analysis-based study of interaction, and qualitative drug research.

Jukka Lindeman

Alkoholi- ja huumetutkimus Suomessa 2004

Luetteloon on kerätty suomalaisten tutkijoiden vuonna 2004 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>)
- 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>)

Alcohol and drug studies in Finland: 2004

In this bibliography you will find the research articles by Finnish scientists published in 2004. 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>)
- 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>)

Alkoholi- ja päihdepolitiikka

Alcohol and drug policy

1. AHLSTRÖM, S., KARLSSON, T. & ÖSTERBERG, E. Alcohol policy on the agendas of the European Union and the European Drug Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. In: MÜLLER, R. & KLINGEMANN, H. (Eds.) *From Science to Action? 100 Years Later – Alcohol Policies Revisited* Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2004.
2. ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja*, pp. 81-86. Helsinki, Alkoholi- ja huume tutkijain seura, 2004.
3. *Alkoholiohjelman 2004–2007: Yhteistyön lähtökohdat 2004. (Julkaisu 7)* Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.
4. *Alkoholivalvonta*. Helsinki, Valtiontalouden tarkastusvirasto, 2004.
5. *Alkoholprogrammet 2004–2007: utgångspunkter för samarbetet 2004. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2 004:18)* Helsingfors, Social- och hälsovårdsministeriet, 2004.
6. *Alkolukkokokeilu: Alkolukkotyöryhmän mietintö*. Helsinki, Liikenne- ja viestintäministeriö, 2004.
7. BABOR, T., ALCOHOL AND PUBLIC POLICY GROUP, BABOR, T., CAETANO, R., CASSWELL, S., EDWARDS, G., GIESBRECHT, N., GRAHAM, K., GRUBE, J., GRUENEWALD, P., HILL, L., HOLDER, H., HOMEL, R., ÖSTERBERG, E., REHM, J., ROOM, R. & ROSSOW, I. Alcohol policy and public good. As simple as one, too, three? In: MÜLLER, R. & KLINGEMANN, H. (Eds.) *From Science to Action? 100 Years Later – Alcohol Policies Revisited* Berlin, Springer, 2004.
8. BABOR, T., CAETANO, R., CASSWELL, S., EDWARDS, G., GIESBRECHT, N., GRAHAM, K., GRUBE, J., GRUENEWALD, P., HILL, L., HOLDER, H., HOMEL, R., ÖSTERBERG, E., REHM, J., ROOM, R. & ROSSOW, I. *Alkoholipolitiikan kuluttajaopas. (STM:n esitteitä 6)* Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.
9. BABOR, T. & ÖSTERBERG, E. Esipuhe. In: BABOR, T., CAETANO, R., CASSWELL, S. et al. (Eds.) *Alkoholipolitiikan kuluttajaopas (STM:n esitteitä 6)* Helsinki, Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.
10. EEROLA, K. & MIESKOLAINEN, J. *Kunta ja alkoholi: seurantaraportti paikallistason kehittämistyöstä alkoholiasioissa*. Turku, Länsi-Suomen lääninhallitus, 2004.
11. GISSLER, M., KESKIMÄKI, I. & VEIKKO, T. Tauteja ja viinaa, mutta myös optimismia – Baltian maiden kansanterveysseminaari 14.5.2004, *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 2004; 41, 166-168.
12. HAKKARAINEN, P. & TIGERSTEDT, C. Conflicting drug policy – Normalization of the drug problem in Finland. In: HEIKKILÄ, M. & KAUTTO, M. (Eds.) *Welfare in Finland*, pp. 181-200. Helsinki, Stakes, 2004.
13. HAKKARAINEN, P. & METSO, L. Suomalaisten suhtautuminen huumeisiin ja huume politiikkaan – mielipiteet ja asenteet väestössä, *Yhteiskuntapolitiikka*, 2004; 69, 39-53.
14. HAKKARAINEN, P. & METSO, L. Finländarnas inställning till narkotika och narkotika-politiken, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21, 23-42.
15. HÄNNINEN, S. Documentation, assessment and social control: ASI and the shaping of the discourse on addiction, *Journal of Substance Use*, 2004; 9, 205-211.
16. HEIN, R. & WAHLFORS, L. Tilastotietoa alkoholista ja huumeista. In: ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja*, pp. 81-86. Helsinki, Alkoholi- ja huume tutkijain seura, 2004.

17. HEIN, R., VIRTANEN, A., PARTANEN, A., VIRTANEN, S. & WAHLFORS, L. *Alkoholi ja huumeet alueittain vuonna 2002 = Alkohol och narkotika regionvis år 2002.* (Tilastotiedote 14) Helsinki, Stakes, 2004.
18. HEIN, R. & ÖSTERBERG, E. Alkoholin kulutuksen kasvu näkyy jo, *Tieto aika* 2004; 5.
19. HEIN, R. & EDIN, A. *Pohjoismainen alkoholitilasto 1993–2003 = Nordisk alkoholstatistik 1993–2003 = Nordic Alcohol Statistics 1993–2003.* (Tilastotiedote 19) Helsinki, Stakes, 2004.
20. HIBELL, B., ANDERSSON, B., BJARNASON, T., AHLSTRÖM, S., BALAKIREVA, O., KOKKEVI, A. & MORGAN, M. *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries.* Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2004.
21. HOLMILA, M. Finsk alkoholforskning och förändringarna i alkoholpolitiken, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21, 339–341.
22. HURME, T. Jumping out of Harm's way – harm reduction in Finnish Drug Policy: conceptual problems and contradictions, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21 (English supplement), 17–28.
23. JALLINOJA, P., HELAKORPI, S. & UUTELA, A. *Huumekontaktit, huumemielipiteet ja valtakunnallisen huumeviestintäkampanjan havaittavuus: tutkimus aikuisista suomalaisista vuonna 2003.* (Publications of the National Public Health Institute B1/2004) Helsinki, Kansanterveyslaitos, 2004.
24. KAINULAINEN, H. & KINNUNEN, A. Päihderikokset *Rikollisuustilanne 2003: rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa*, pp. 150–163. (Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 209) Helsinki, Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 2004.
25. KARLSSON, T. & TIGERSTEDT, C. Testing new models in Finnish, Swedish and Norwegian alcohol policies, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21 (English supplement), 77–90.
26. KARLSSON, T. & TÖRRÖNEN, J. Valtion ja kuntien ristiaallokossa: uusien yhteisöohjelmien rationaalisuus paikallisviranomaisten näkökulmasta. In: TÖRRÖNEN, J. (Ed.) *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisisäätely*, pp. 196–215. Helsinki, Gaudeamus, 2004.
27. KARLSSON, T., RUOTSALAINEN, J., TIGERSTEDT, C. & ÖSTERBERG, E. *Vuoden 2004 alun alkoholiolojen muutokset Suomessa myyntitilastojen ja lehdistökirjoittelun valossa.* (Aiheita 12) Helsinki, Stakes, 2004.
28. KARLSSON, T. & ÖSTERBERG, E. Suomen alkoholipolitiikka, EU, WHO, Viro ja vuosi 2004. In: RIMPELÄ, M. & OLLILA, E. (Eds.) *Näkökulmia 2000-luvun terveyspolitiikkaan. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja*, pp. 23–34. (Aiheita 8) Helsinki, Stakes, 2004.
29. KIIANMAA, K. Humalahakuinen juominen ei lopu mietoja suosimalla, *Helsingin Sanomat* 2004; 30.5., A5.
30. KORANDER, T. & TÖRRÖNEN, J. Luottamus nuoriin nollassa? Tampereen nollatoleranssi kenttätöntekijöiden ja kohteen kokemana. In: TÖRRÖNEN, J. (Ed.) *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisisäätely*, pp. 146–168. Helsinki, Gaudeamus, 2004.
31. KOROLAINEN, A. & ÖSTERBERG, E. Keskellä murrosta, *Yhteiskuntapolitiikka*, 2004; 69, 186–196.
32. LINDEMAN, J. Alkoholi- ja huumeetutkimus Suomessa 2003: bibliografia. In: ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja*, pp. 104–128. Helsinki, Alkoholi- ja huumeetutkijain seura, 2004.

33. LINDEN, M. *Vuoden 2004 alkoholiverotuksen muutoksen kulutusvaikutusten ennustaminen.* (Keskustelualoitteita 13) Joensuu, Joensuun yliopisto, 2004.
34. MAJAVA, A. Uhkakuvien kautta yhteiseen hyvään? Huumeongelman rakentuminen ja vastuun lankeaminen huumeiden vastaisten kansalaisjärjestöjen valistusteksteissä, *Yhteiskuntapolitiikka*, 2004; 69, 506-516.
35. NUORVALA, Y., METSO, L., KAUKONEN, O. & HAAVISTO, K. Missbrukarklientelet i förändring. Kartläggning av missbruksfall åren 1987–2003, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21.
36. PAASO, K. *Alkoholisäädöstö.* Helsinki, Restamark, 2004.
37. PARTANEN, P., HAKKARAINEN, P., HOLMSTRÖM, P., KINNUNEN, A., LEINIKKI, P., PARTANEN, A., SEPPÄLÄ, T., VÄLKKI, J. & VIRTANEN, A. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002, *Yhteiskuntapolitiikka* 2004; 69, 278-286.
38. PEKKARINEN, T. Kellot soivat juopottelulle. Klockan klämtar för supandet, *Suomen Lääkärilehti* 2004; 59, 4567-4568.
39. PIIROINEN, O. *Alkoholihaitat työelämässä: työmarkkinoiden keskusjärjestöjen toimenpiteet ja suunnitelmat alkoholihaittojen ehkäisemiseksi 2004.* (Selvityksiä 2004:19) Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.
40. PIRKOLA, S.P. Alkoholiriippuvuuden esiintyvyys ja siihen liittyvät tekijät suomalaisessa aikuisväestössä. In: ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkohol- ja huumeetutkimuksen vuosikirja*, pp. 18-26. Helsinki, Alkohol- ja huumeetutkijain seura, 2004.
41. RIMPELÄ, M. Staten som passiv åskådare in finsk alkoholpolitik?, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21, 247-250.
42. SOINE-RAJANUMMI, S. & TÖRRÖNEN, J. Poliisi julkisen tilan ja julkijuomisongelmien kontrolloijana. In: TÖRRÖNEN, J. (Ed.) *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaattely*, pp. 96-119. Helsinki, Gaudeamus, 2004.
43. SOININEN, M. & SULKKO, S. *Puheenvuoroja itäsuomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta.* Kuopio, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, 2004.
44. SULKUNEN, P. Policy relevant social science, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21, 182-184.
45. TIGERSTEDT, C., HOLMILA, M., KIIANMAA, K., KUOPPASALMI, K., MUSTONEN, H. & UUTELA, A. Förändringarna i alkoholläget och alkoholpolitikens *Alkoholprogrammet 2004-2007. Utgångspunkter för samarbetet*, pp. 113-161. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2004:18) Helsingfors, Social- och hälsovårdsministeriet, 2004.
46. TIGERSTEDT, C., HOLMILA, M., KIIANMAA, K., KUOPPASALMI, K., MUSTONEN, H. & UUTELA, A. Alkoholilojen ja alkoholipolitiikan muutoksen suunnat *Alkoholiohjelma 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat*, pp. 107-155. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:7) Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.
47. TÖRRÖNEN, J. & SOINE-RAJANUMMI, S. Polisen som övervakare av offentlig drickande i Finland, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21, 111-130.
48. TÖRRÖNEN, J. & KORANDER, T. Ehkäisevä poliisityö ja turvallisuussuunnitelmat. In: TÖRRÖNEN, J. (Ed.) *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaattely*, pp. 169-195. Helsinki, Gaudeamus, 2004.
49. TÖRRÖNEN, J., KARLSSON, T., KORANDER, T. & SOINE-RAJANUMMI, S. Julkisen tilan moraalisaattelyn jännitteet. In: TÖRRÖNEN, J. (Ed.) *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaattely*, pp. 216-233. Helsinki, Gaudeamus, 2004.
50. TÖRRÖNEN, J. & KARLSSON, T. Taistelu piknikjuomisesta: uusi järjestyslaki ja vapauden rajat. In: TÖRRÖNEN, J. (Ed.) *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaattely*, pp. 70-95. Helsinki, Gaudeamus, 2004.

51. TÖRRÖNEN, J. Kamppailua nollatoleranssin julkisesta tilasta. Tampereen nollatoleranssin vastaanotto Aamulehdessä. In: TÖRRÖNEN, J. (Ed.) *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaattely*, pp. 120-145. Helsinki, Gaudeamus, 2004.
52. TÖRRÖNEN, J. Julkinen tila ongelmana, säätelyn alueena ja tutkimuskohteena. In: TÖRRÖNEN, J. (Ed.) *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaattely*, pp. 11-31. Helsinki, Gaudeamus, 2004.
53. TÖRRÖNEN, J. Finnish newspapers' positions on drug policy between 1993 and 2000, *Contemporary Drug Problems* 2004; 31, 59-88.
54. TÖRRÖNEN, J. Zero tolerance, the media, and a local community, *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention* 2004; 5, 27-47.
55. TÖRRÖNEN, J. *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaattely*. Helsinki, Gaudeamus, 2004.
56. VILLIKKA, H. *Selvitys huumeiden käyttäjien hoitoon suunnatun vuoden 2002 valtionavustuksen käytöstä. (Selvityksiä 2004:12)* Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.
57. VIRTANEN, A. *Huumausainetilanne Suomessa vuonna 2003: EMCDDA-seurantaraportti*. Helsinki, Stakes, 2004.
58. ÖSTERBERG, E. Alkoholipoliittiset asenteet yhä lievästi kiristymässä, *Korkki. Alkon henkilöstölehti*, 2004; 7, 9-11.
59. ÖSTERBERG, E. Effects of price and taxation. In: HEATHER, N. & STOCKWELL, T. (Eds.) *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*, pp. 119-212. London, Wiley, 2004.
60. ÖSTERBERG, E. Finland och skattjakten, *Alkohol & Narkotika*, 2004; 98, 40-43.
61. ÖSTERBERG, E. Alkoholiot Suomessa ja laajentuneessa EU:ssa, *Tiimi*, 2004; 40, 7-9.
62. ÖSTERBERG, E. Viron tuomiset kasvoivat heti, *Dialogi*, 2004; 14, 54-55.
63. ÖSTERBERG, E. Alkoholin kulutus alueittain vuoden 2004 veronalennuksen jälkeen, *Hyvinvointikatsaus*, 2004; 3, 40-43.
64. ÖSTERBERG, E. Increasingly difficult to combat harmful effects of alcohol, *Dialogi*, 2004; English Supplement vol. 14 1B, 4-7.
65. ÖSTERBERG, E. Alkoholilajien muutosten seuranta vuonna 2004: mitä, miten ja miksi? In: ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkohol- ja huumeetutkimuksen vuosikirja*, pp. 7-17. Helsinki, Alkohol- ja huumeetutkijain seura, 2004.

Alkoholismi

Alcoholism

66. JOHANSSON, E., ALHO, H., KIISKINEN, U. & POIKOLAINEN, K. *Abstaining from alcohol and labour market underperformance. Have we forgotten "dry" alcoholics? (Discussion Papers No. 931)* Helsinki, ETLA. The Research Institute of the Finnish Economy, 2004.
67. JOHANSSON, E., ALHO, H., KIISKINEN, U. & POIKOLAINEN, K. *The association of alcohol dependency with employment probability: Evidence from the population survey "Health 2000 in Finland"*. (Discussion Papers No. 921) Helsinki, ETLA. The Research Institute of the Finnish Economy, 2004.
68. LEPPÖ, A. Gräsrotsdemokrati I en organiserad organisation. Direkt och representativ demokrati i den finska AA-rörelsen, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004, 21, 191-214.

69. ALEXANDROV, Y.I., GRINCHENKO, Y.V., SHEVCHENKO, D.G., MATZ, V.N., LAUKKA, S. & AVERKIN, R.G. Activity of anterolateral motor cortex neurons in instrumental food-acquisition and alcohol-acquisition behavior, *Zhurnal Vysshei Nervnoi Deyatel'nosti Imeni I P Pavlova*, 2004; 54, 363-372.
70. ANTTILA, P., JÄRVI, K., LATVALA, J. & NIEMELÄ, O. Method-dependent characteristics of carbohydrate-deficient transferrin measurements in the follow-up of alcoholics, *Alcohol and Alcoholism*, 2004; 39, 59-63.
71. APTER, S.J. & ERIKSSON, C.J.P. Social isolation modifies the effects of alcohol on testosterone in rat lines differing in alcohol preference, *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 2004; 28, 18A-18A.
72. ARLINDE, C., SOMMER, W., BJORK, K., REIMERS, M., HYYTIÄ, P., KIIANMAA, K. & HEILIG, M.A. cluster of differentially expressed signal transduction genes identified by microarray analysis in a rat genetic model of alcoholism, *Pharmacogenomics Journal* 2004; 4, 208-218.
73. BÄCKSTRÖM, P. & HYYTIÄ, P. Ionotropic glutamate receptor antagonists modulate cue-induced reinstatement of ethanol-seeking behavior, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2004; 28, 558-565.
74. BÄCKSTRÖM, P., BACHTELER, D., KOCH, S., HYYTIÄ, P. & SPANAGEL, R. mGluR5 antagonist MPEP reduces ethanol-seeking and relapse behavior, *Neuropsychopharmacology*, 2004; 29, 921-928.
75. BYKOV, I.L., VÄKEVÄ, A., JÄRVELÄINEN, H.A., MERI, S. & LINDROS, K.O. Protective function of complement against alcohol-induced rat liver damage, *International Journal of Immunopharmacology*, 2004; 4, 1445-54.
76. BYKOV, I., PALMEN, M., PIIRAINEN, L. & LINDROS, K.O. Oral chronic ethanol administration to rodents by agar gel diet, *Alcohol and Alcoholism*, 2004; 39, 499-502.
77. CASTREN, E. Neurotrophins as mediators of drug effects on mood, addiction, and neuroprotection, *Molecular Neurobiology*, 2004; 29, 289-302.
78. CETKAUSKAITE, A., PESSALA, P. & SÖDERGREN, A. Elemental sulfur: Toxicity in vivo and in vitro to bacterial luciferase, in vitro yeast alcohol dehydrogenase, and bovine liver catalase, *Environmental Toxicology*, 2004; 19, 372-386.
79. CICCOCIOPPO, R., CIPPITELLI, A., SOVERCHIA, L., UBALDI, M., HEILIG, M., SOMMER, W., ARLINDE, C., HANSSON, A., HYYTIÄ, R., DE FONSECA, F. & MASSI, M. Functional genomics for target gene identification in animal models of alcohol abuse: The role of the cannabinoid CB1 receptor system, *Behavioural Pharmacology*, 2004; 15, A11-A12.
80. COONFIELD, D.L., KIEFER, S.W., FERRARO, F.M. & SINCLAIR, J.D. Ethanol palatability and consumption by high ethanol-drinking rats: Manipulation of the opioid system with naltrexone, *Behavioral Neuroscience*, 2004; 118, 1089-1096.
81. INGMAN, K., SALLINEN, J., HONKANEN, A. & KORPI, E.R. Comparison of deramciclone to benzodiazepine agonists in behavioural activity of mice and in alcohol drinking of alcohol-preferring rats, *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 2004; 77, 847-854.
82. KÄHKÖNEN, S. Mechanisms of cardiovascular dysregulation during alcohol withdrawal, *Neuropsychopharmacological and Biological Psychiatry*, 2004; 28, 937-41.
83. KÄHKÖNEN, S. & BONDARENKO, B.B. L-type Ca²⁺ channels mediate cardiovascular symptoms of alcohol withdrawal in humans, *Neuropsychopharmacological and Biological Psychiatry*, 2004; 28, 45-48.

84. LAKS, S., PELANDER, A., VUORI, E., ALI-TOLPPA, E., SIPPOLA, E. & OJANPERÄ, I. Analysis of street drugs in seized material without primary reference standards, *Analytical Chemistry*, 2004; 76, 7375-9.
85. LIISANANTTI, M.K., HUHTA, K. & SAVOLAINEN, M.J. Transfer of phosphatidylethanol between lipoproteins, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2004; 28, 1638-42.
86. LIISANANTTI, M.K., HANNUKSELA, M.L., RAMET, M.E. & SAVOLAINEN, M.J. Lipoprotein-associated phosphatidylethanol increases the plasma concentration of vascular endothelial growth factor, *Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology*, 2004; 24, 1037-1042.
87. MÄKELÄ, K. Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index, *Addiction*, 2004; 99, 398-410.
88. MERIKALLIO-PAJUNEN, A., STRID, N., SUOKAS, A., PODLKETNOVA, I. & ALHO, H. Comparison of new alcohol use test, the Helsinki Alcohol Use Test questionnaire, and Alcohol Use Disorders Identification Test and laboratory markers serum gamma-glutamyl transferase and carbohydrate-deficient transferrin, *Addictive Behaviors*, 2004; 29, 717-722.
89. MERIRINNE, E. & SEPPÄLÄ, T. Opiatitriippuvuuden neurobiologiaa, *Duodecim*, 2004; 120, 951-959.
90. MUSTONEN, Ha., KIVILUOTO, T., PUOLAKKAINEN, P. & KIVILAAKSO, E. Ethanol induces volume changes and gap junction closure via intracellular Ca²⁺ signalling pathway in cultured rabbit gastric epithelial cells, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2004; 39, 104-110.
91. NANJI, A.A., DANNENBERG, A.J., JOKELAINEN, K. & BASS, N.M. Alcoholic liver injury in the rat is associated with reduced expression of peroxisome proliferator-alpha (PPAR alpha)-regulated genes and is ameliorated by PPAR alpha activation, *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2004; 310, 417-424.
92. NIEMELÄ, O. & PARKKILA, S. Alcoholic macrocytosis--is there a role for acetaldehyde and adducts? *Addiction Biology*, 2004; 9, 3-10.
93. RISTOLA, M. Alkoholi, huumeet ja infektiot. In: ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkoholi- ja huumeetutkimuksen vuosikirja*, pp. 53-60. Helsinki, Alkoholi- ja huumeetutkijain seura, 2004.
94. RONIS, M.J.J., KOROURIAN, S., YOON, S., INGELMAN-SUNDBERG, M., ALBANO, E., LINDROS, K.O. & BADGER, T.M. Lack of sexual dimorphism in alcohol-induced liver damage (ALD) in rats treated chronically with ethanol-containing low carbohydrate diets: The role of ethanol metabolism and endotoxin, *Life Sciences*, 2004; 75, 469-483.
95. RONIS, M.J., HAKKAK, R., KOROURIAN, S., ALBANO, E., YOON, S., INGELMAN-SUNDBERG, M., LINDROS, K.O. & BADGER, T.M. Alcoholic liver disease in rats fed ethanol as part of oral or intragastric low-carbohydrate liquid diets, *Experimental Biology and Medicine (Maywood)*, 2004; 229, 351-60.
96. RONTU, R., LEHTIMÄKI, T., ILVESKOSKI, E., MIKKELSSON, J., KAJANDER, O., GOEBELER, S., PEROLA, M., PENTTILÄ, A. & KARHUNEN, P.J. Association of paraoxonase-1 M55L genotype and alcohol consumption with coronary atherosclerosis: the Helsinki Sudden Death Study, *Pharmacogenetics*, 2004; 14, 479-85.
97. ROSE, R.J., DICK, D.M., VIKEN, R.J., PULKKINEN, L. & KAPRIO, J. Genetic and environmental effects on conduct disorder and alcohol dependence symptoms and their covariation at age 14, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2004; 28, 1541-8.
98. RUUSKANEN, A. & JÄKÄLÄ, P. Alkoholi ja neurologia, *Tehohoito*, 2004; 22, 92-95.

99. SALASPURO, V. & SALASPURO, M. Synergistic effect of alcohol drinking and smoking on in vivo acetaldehyde concentration in saliva, *International Journal of Cancer*, 2004; 111, 480-483.
100. SARVIHARJU, M., RIIKONEN, J., JAATINEN, P., SINCLAIR, D., HERVONEN, A. & KIIANMAA, K. Survival of AA and ANA rats during lifelong ethanol exposure, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2004; 28, 93-7.
101. SIERKSMA, A., SARKOLA, T., ERIKSSON, C.J.P., VAN DER GAAG, M.S., GROBBEE, D.E. & HENDRIKS, H.F.J. Effect of moderate alcohol consumption on plasma dehydroepiandrosterone sulfate, testosterone, and estradiol levels in middle-aged men and postmenopausal women: A diet-controlled intervention study, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2004; 28, 780-785.
102. TUPALA, E. & TIIHONEN, J. Dopamine and alcoholism: neurobiological basis of ethanol abuse, *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2004; 28, 1221-47.
103. TUPALA, E., HALL, H., HALONEN, P. & TIIHONEN, J. Cortical dopamine D(2) receptors in type 1 and 2 alcoholics measured with human whole hemisphere autoradiography, *Synapse*, 2004; 54, 129.
104. VORMA, H., NAUKKARINEN, H., SARNA, S. & KUOPPASALMI, K. Symptom severity and quality of life after benzodiazepine withdrawal treatment in participants with complicated dependence, *Addictive Behaviors*, 2004; 29, 1059-1065.
105. WURST, F.M., WIESBECK, G.A., METZGER, J.W., WEINMANN, W., ERIKSSON, C.J.P., KIIANMAA, K., METHUEN, T. & SALASPURO, M. On sensitivity, specificity, and the influence of various parameters on ethyl glucuronide levels in urine – results from the WHO/ISBRA study, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2004; 28, 1220-8.

Historia, päihdekulttuuri ja perinne

History, alcohol and drug culture and tradition

106. AHLSTRÖM, S. Bakkuksen riivaamat – päihteen antiikissa. In: LARSEN, A. (Ed.) *Antiikin lääketieteen perintö*, pp. 219-231. Helsinki, Yliopistopaino, 2004.
107. AHLSTRÖM, S. & METSO, L. Nuorten juomatavat Suomessa, Puolassa ja Euroopassa. Onko syntymässä yksi yhtenäinen eurooppalainen juomakulttuuri?, *Tiimi*, 2004, 10-12.
108. HAKKARAINEN, P. Suuret ikäluokat ja päihdekulttuurin muutos. In: EROLA, J. & WILSKA, T.-A. (Eds.) *Yhteiskunnan moottori vai kivireki? Suuret ikäluokat ja 1960-lukulaisuus*, pp. 69-84. Jyväskylä, SoPhi, 2004.
109. HEINONEN, J. Uskonto ja alkoholi. In: ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja*, pp. 37-42. Helsinki, Alkoholi- ja huume tutkijain seura, 2004.
110. KUUSI, H. Suomalainen humala ja eurooppalaiset ihanteet, *Tiedepolitiikka* 2004; 29, 13-18.
111. LÄHTEENMAA, J. Nuorisokulttuuri ja alkoholi 2000-luvun alun Suomessa: lievää käännettä humala- ja alkoholikeskeisyyteen ja sen tulkintaa. In: ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkoholi- ja huume tutkimuksen vuosikirja*, pp. 27-36. Helsinki, Alkoholi- ja huume tutkijain seura, 2004.
112. LINTONEN, T.P. & KONU, A.I. The misperceived social norm of drunkenness among early adolescents in Finland. *Health Education Research*, 2004; 19, 64-70.

113. ROINE, M. *Huumeidenkäytön merkitykset internetin keskusteluryhmässä. Diskurssianalyttinen tapaustutkimus A-klinikkasäätiön Päihdelinkin Sauna-foorumista.* (Monistesarja 39) Helsinki, A-klinikkasäätiö, 2004.
114. SALASUO, M. & SEPPÄLÄ, P. Drug use within the Finnish club culture as marks of distinction, *Contemporary Drug Problems*, 2004; 31, 213-229.
115. SALASUO, M. Ekstaasin jäljillä. MDMA:n eli ekstaasin historia ja leviäminen länsimaiseen nuorisokulttuuriin, *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 2004; 41, 71-84.
116. SEPPÄLÄ, P. & MIKKOLA, T. *Huumeet Internetissä ja nuorisokulttuurissa. Havaintoja huumeiden merkityksistä käyttäjäpiireissä.* (Raportteja 287) Helsinki, Stakes, 2004.
117. TÖRRÖNEN, J. & MAUNU, A. Ravintola, sosiaalisuus ja kulttuuriset eronteot, *Sosiologia*, 2004; 41, 322-336.
118. TÖRRÖNEN, J. & MAUNU, A. Krogli, socialitet och kulturella distinktioner, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21, 399-416.
119. TÖRRÖNEN, J. Media kulttuuristen virtausten näyttämönä. Kohti juomatapojen uudenlaista kontrollia, *Tiimi*, 2004, 8-10.
120. TÖRRÖNEN, J. Sivistyksen kajossa, rappion pelossa. Päihteiden paikantuminen julkisen tilan ongelmiksi lehdistössä 1990-luvulla. In: TÖRRÖNEN, J. (Ed.) *Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaattely*, pp. 32-69. Helsinki, Gaudeamus, 2004.
121. WACKLIN, J. Offentligt berusad: alkohol och urbana rum i Leningrad och Helsingfors mellan världskriget, *Historisk tidskrift för Finland*, 2004; 89, 210-240.

Liikenne

Traffic

122. LAAKSO, O., PENNANEN, T., HIMBERG, K., KUITUNEN, T. & HIMBERG, J.J. Effect of eight solvents on ethanol analysis by Dräger 7110 Evidential breath analyzer, *Journal of Forensic Sciences*, 2004; 49, 1113-6.
123. LAAKSO, O., HAAPALA, M., KUITUNEN, T. & HIMBERG, J.J. Screening of exhaled breath by low-resolution multicomponent FT-IR spectrometry in patients attending emergency departments, *Journal of Analytical Toxicology*, 2004; 28, 111-117.
124. LAAPOTTI, S. & KESKINEN, E. Has the difference in accident patterns between male and female drivers changed between 1984 and 2000? *Accident Analysis and Prevention*, 2004; 36, 577-584.
125. LAAPOTTI, S., HATAKKA, M. & KESKINEN, E. *Liikenneturvajaksot osana rattijuoppojen yhdyskuntapalvelua.* (Tutkimusmonisteita 100) Helsinki, Liikenneturva, 2004.
126. LAAPOTTI, S. Koulutusta ja elämänhallinnan pohdintaa rattijuopumuksesta tuomiuille, *Tiimi*, 2004, 12-14.
127. NIEMI, H. Liikennerikokset: liikennejuopumus *Rikollisuustilanne 2003: rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa*, pp. 125-139. (Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 209) Helsinki, Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 2004.
128. RADUN, I. & SUMMALA, H. Sleep-related fatal vehicle accidents: Characteristics of decisions made by multidisciplinary investigation teams, *Sleep*, 2004; 27, 224-227.

Päihdeongelmien ennaltaehkäisy ja hoito

Prevention and treatment of substance abuse

129. AALTO, M. & SEPPÄ, K. Usefulness, length and content of alcohol-related discussions in primary health care: The exit poll survey, *Alcohol and Alcoholism*, 2004; 39, 532-535.
130. AIRA, M., KAUMANEN, J., LARIVAARA, P. & RAUTIO, P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study, *Preventive Medicine*, 2004; 38, 473-8.
131. AIRA, M. & TACKE, U. Kuopion yliopistollisen sairaalan huume- ja lääkeriippuvuuspoliklinikan toiminta, *Suomen Lääkärilehti*, 2004; 59, 2719-2722.
132. ALHO, H. Huumeidenkäyttäjän somaattisessa hoidossa *Akuuttihoito-opas* Helsinki, Duodecim, 2004.
133. ALHO, H., METHUEN, T., PALOHEIMO, M., STRID, N., SEPPÄ, K., TIAINEN, J., SALASPURO, M. & ROINE, R. Reply: Controlled technique demonstrates no benefit from nitrous oxide gas treatment on alcohol withdrawal, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2004; 24, 239-240.
134. ANTON, R.F., PETTINATI, H., ZWEBER, A., KRANZLER, H.R., JOHNSON, B., BOHN, M.J., MCCAUL, M.E., ANTHENELLI, R., SALLOUM, I., GALLOWAY, G., GARBUTT, J., SWIFT, R., GASTRIEND, D., KALLIO, A. & KARHUNEN, S. A multi-site dose ranging study of nalmefene in the treatment of alcohol dependence, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2004; 24, 421-428.
135. ARMINEN, I. Second stories: The salience of interpersonal communication for mutual help in Alcoholics Anonymous, *Journal of Pragmatics*, 2004; 36, 319-347.
136. CARTA, M.G., KOVACS, V., HARDOY, M.C., BRUGHA, T., FRYERS, T., LEHTINEN, V. & XAVIER, M. Psychosocial wellbeing and psychiatric care in the European Communities: analysis of macro indicators, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004; 39, 883-892.
137. CUNNINGHAM, J.A., BLOMQUIST, J., KOSKI-JÄNNES, A., CORDINGLEY, J. & CALLAGHAN, R. Characteristics of former heavy drinkers: Results from a natural history of drinking general population survey, *Contemporary Drug Problems*, 2004; 31, 357-369.
138. FABRITIUS, C., SEPPÄNEN-LEIMAN, T., AHOKAS, H., KANERVA, H. & KOSKI-JÄNNES, A. (2004) Opiattiiriippuvuuden korvaushoidon käsikirja (Helsinki, Päihdelääketieteen yhdistys, A-klinikkasäätiö).
139. FORSIUS, A. Alkoholistiparantola Turva, *Suomen Lääkärilehti*, 2004; 59, 1950.
140. GRANO, N., VIRTANEN, M., VAHTERA, J., M. & KIVIMÄKI, M. Impulsivity as a predictor of smoking and alcohol consumption, *Personality and Individual Differences*, 2004; 37, 1693-1700.
141. HAKKARAINEN, P. Huumehaittojen vähentämistoimilla kansalaisten tuki, *Tiimi*, 2004, 4-6.
142. HALONEN, I. Missä viiptyy päihdekuntoutujien etujärjestö?, *Yhteiskuntapolitiikka*, 2004; 69, 216-218.
143. HÄMÄLÄINEN, J., ISOMETSÄ, E., LAUKKALA, T., KAPRIO, J., POIKOLAINEN, K., HEIKKINEN, M., LINDEMAN, S. & ARO, H. Use of health services for major depressive episode in Finland, *Journal of Affective Disorders*, 2004; 79, 105-12.
144. HEINÄNEN, M. *Tulevaisuus – "Budusheje": Viipurin alueen ehkäisevän päihdetyön projekti 2002–2003: loppuraportti. (Selvityksiä No 7)* Helsinki, Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, 2004.

145. HELJÄLÄ, L. Alkoholin käytön puheeksiottoa, suurkuluttajien seulontaa sekä mini-interventiotointa lisätään työterveyshuollossa, *Terveydenhoitaja*, 2004; 37, 18-20.
146. HOLOPAINEN, A. Pääkaupunkiseudun huumeongelmaa hoidetaan luvattoman huonosti. Huvudstadsregionens drogproblem angrips oacceptabelt dåligt, *Suomen Lääkärilehti*, 2004; 59, 743-744.
147. HOLOPAINEN, A. On aika lopettaa päihdepotilaiden syrjintä, *Yhteiskuntapolitiikka*, 2004; 69, 433-436.
148. HUTTUNEN, J. Kahvia ja konjakkia diabeteksen ehkäisyyn?, *Duodecim* 2004; 120, 1309-1310.
149. HÄNNINEN, V. Omaiskertomusten opettamaa. In: KOSKI-JÄNNES, A. & HÄNNINEN, V. *Läheiseni on päihdeongelmainen*, pp. 104-113. Helsinki, Kirjapaja, 2004.
150. INKINEN, M. *Päihdesairaanhoidajan työn sisältö A-klinikkasäätiössä. (Monistesarja 42)* Helsinki, A-klinikkasäätiö, 2004.
151. KARLSSON, T. & ROSENQVIST, P. Tro, hopp och kärlek: nordisk konferens om alkohol- och drogförebyggande arbete och forskning, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21, 449-452.
152. KASMEL, A., HELASOJA, V., LIPAND, A., PRÄTTÄLÄ, R., KLUMBIENE, J. & PUDULE, I. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania, *European Journal of Public Health*, 2004; 14, 32-36.
153. KEKKI, T. *Ei kauhealla väänöllä vaan kipinän saaneena. Matalan kynnyksen kehittämishanke vaihtoehtoisen tuen ja huumeuskuntoutuksen tarjoajana. (Tutkimuksia 1/2004)* Tampere, Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, 2004.
154. KOSKI-JÄNNES, A. & HÄNNINEN, V. *Läheiseni on päihdeongelmainen*, Helsinki, Kirjapaja, 2004.
155. KOSKI-JÄNNES, A. Mikä avuksi – toimivia vaihtoehtoja. In: KOSKI-JÄNNES, A. & HÄNNINEN, V. *Läheiseni on päihdeongelmainen*, pp. 114-128. Helsinki, Kirjapaja, 2004.
156. KOSKI-JÄNNES, A. Miten puhua päihdeongelmasta. In: KOSKI-JÄNNES, A. & HÄNNINEN, V. *Läheiseni on päihdeongelmainen*, pp. 129-135. Helsinki, Kirjapaja, 2004.
157. KUOKKANEN, M. Alkoholiongelmiensa ehkäisy työterveyshuollon rutiiniksi, *Työterveyslääkäri*, 2004; 22, 502-504.
158. KUOKKANEN, M. Uusia haasteita työterveyshuollon päihdetyölle, *Työterveyshoitaja* 2004, 30-32.
159. LEHMUSVAARA, L. *Päihdelinkki III – Vuosien 2000–2003 kehittämisprojektin loppuraportti. (Monistesarja 40)* Helsinki, A-klinikkasäätiö, 2004.
160. MALIN, K., HOLMSTRÖM, P., HOLOPAINEN, A. & PARTANEN, A. *Huumeidenkäyttäjät apteekkien asiakkaina vuosina 2001 ja 2003. (Monistesarja 43)* Helsinki, A-klinikkasäätiö, 2004.
161. METSO, L. & NUORVALA, Y. Huumeasiakkaat yleistyivät sosiaali- ja terveyspalveluissa, *Dialogi*, 2004.
162. MÄKELÄ, R. Kalikka kalahti, mutta väärään osoitteeseen, *Suomen Lääkärilehti*, 2004; 59, 3306.
163. MÄKELÄ, R. Kansallinen alkoholiohjelma velvoittaa lääkäreitä. Det nationella alkoholprogrammet är förpliktande för läkarna, *Suomen Lääkärilehti*, 2004; 59, 2463-2464.
164. MÄKELÄ, K. Long live the children and grandchildren of the ASI, *Addiction*, 2004; 99, 417-418.

165. NISKANEN, S. *Päiväkeskus ja tukiasuminen palvelujen yhdistelmänä. Huittisten päiväkeskus-tukiasuntoprojektin 2001–2003 loppuraportti.* (Monistesarja 45) Helsinki, A-klinikkasäätiö, 2004.
166. NUORVALA, Y. & METSO, L. Päihdepalvelut. In: HEIKKILÄ, M. & ROOS, M. (Eds.) *Sosi-aali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*, pp. 76–91. Helsinki, Stakes, 2004.
167. NUORVALA, Y., METSO, L., KAUKONEN, O. & HAAVISTO, K. Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauslaskennat 1987–2003, *Yhteiskuntapolitiikka*, 2004; 69, 608–618.
168. NUORVALA, Y., METSO, L., KAUKONEN, O. & HAAVISTO, K. Kartläggning av missbruksfall åren 1987–2003. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 2004; 21.
169. *Opiaattiriippuvuuden korvaushoidon työkalumappi.* Helsinki, Päihdelääketieteen yhdistys, A-klinikkasäätiö, 2004.
170. PARTANEN, A., HOLMSTRÖM, P., HOLOPAINEN, A. & PERÄLÄ, R. Piikkihuumeiden käyttäjät Riski-tutkimuksessa: buprenorfinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä, *Suomen Lääkärilehti*, 2004; 59, 3605–3611.
171. PELTONIEMI, T. *Toimittajien päihdekoulutus – Päihdetiedotusseminaarien 20-vuotinen taival.* (Monistesarja 37) Helsinki, A-klinikkasäätiö, 2004.
172. PESOLA, E.-L. Kokemuksia päihteiden sekakäyttäjien hoidosta, *Yhteiskuntapolitiikka*, 2004; 69, 517–528.
173. PIRKOLA, S.P. & WAHLBECK, K. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987–2002, *Suomen Lääkärilehti*, 2004; 59, 1673–1677.
174. PIRKOLA, S.P., SUOMINEN, K. & ISOMETSÄ, E.T. Suicide in alcohol-dependent individuals: epidemiology and management, *CNS Drugs*, 2004; 18, 423–36.
175. POIKOLAINEN, K. The disulfiram-ethanol reaction (DER) experience, *Addiction*, 2004; 99, 26; author reply 27–8.
176. RAITASALO, K. Päihdeongelmaisten läheiset Suomessa. In: KOSKI-JÄNNES, A. & HÄNNINEN, V. *Läheiseni on päihdeongelmainen*, pp. 13–18. Helsinki, Kirjapaja, 2004.
177. RAIVIO, R., NUMMELA, O., VALKAMA, H., ARVIO, P., KIIMALAINEN, A., TUOMINEN, T. & ERHOLA, M. Terveyden edistäminen: suosituksista käytännön toteutukseen, *Suomen Lääkärilehti* 2004; 59, 4513–4517.
178. ROKKA, A.-M. *Anjalankosken Nuorten juttu -projektin (2000–2003) loppuraportti.* (Monistesarja 41) Helsinki, A-klinikkasäätiö, 2004.
179. ROMPPANEN, P. & SAUNIO, A.-L. *Verkkopohjaisesta oppimisympäristöstä tukea. kehittämistyöhön? Kokemuksia Ehkäisevän päihdetyön perusteet -verkkokurssista.* (Aiheita 21) Helsinki, Stakes, 2004.
180. ROSENQVIST, P., BLOMQVIST, J., KOSKI-JÄNNES, A. & ÖJESJÖ, L. *Addiction and life course.* (Publikation 44) Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 2004.
181. SAARNIO, P. Päihdeongelmista toipumisen punaista lankaa punomassa, *Yhteiskuntapolitiikka*, 2004; 69, 287–299.
182. SAILAS, J. Alkoholin, tupakan ja huumausaineiden aiheuttama sairauskuormitus maailmassa. In: ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkoholi- ja huumeututkimuksen vuosikirja*, pp. 68–80. Helsinki, Alkoholi- ja huumeututkijain seura, 2004.
183. SALMI, L. & HEINIMAA, T. *Ala-Satakunnan perheprojekti (2001–2003). Loppuraportti.* (A-klinikkasäätiön monistesarja nro 38) Helsinki, A-klinikkasäätiö, 2004.

184. SAVOLA, O., NIEMELÄ, O. & HILLBOM, M. Blood alcohol is the best indicator of hazardous alcohol drinking in young adults and working-age patients with trauma, *Alcohol and Alcoholism*, 2004; 39, 340-345.
185. SAVONLAHTI, E., PAJULO, M., HELENIUS, H., KORVENRANTA, H. & PIHA, J. Children younger than 4 years and their substance-dependent mothers in the child welfare clinic, *Acta Paediatrica*, 2004; 93, 989-995.
186. SEPPÄ, K., PEKURI, P., KÄÄRIÄINEN, J. & AALTO, M. Brief alcohol intervention as a daily routine – description of an action research project creating instructions for primary health care, *Adicciones*, 2004; 16, 315-322.
187. SEPPÄ, K., LAPPETELÄINEN, V. & AALTO, M. Mitä maksaa? Alkoholin suurkuluttajan lyhytneuvonnan kustannus perusterveydenhuollossa, *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 2004; 41, 3-9.
188. SEPPÄ, K., LAHTINEN, T., ANTILA, S. & AALTO, M. Alcohol drinking among emergency patients--alcometer use and documentation, *Alcohol and Alcoholism*, 2004; 39, 262-5.
189. SEPPÄ, K., AALTO, M., RAEVAARA, L. & PERÄKYLÄ, A. A brief intervention for risky drinking--analysis of videotaped consultations in primary health care, *Drug and Alcohol Review*, 2004; 23, 167-70.
190. SEPPÄ, K. Mini-interventiotakko lääke lisääntyviin alkoholiongelmiin? *Tiimi*, 2004.
191. STENIUS, K. Commentaries on Mäkelä: The Joker, *Addiction*, 2004; 99, 412-413.
192. TERÄVÄ, A. (2004) Tietoa päihteistä ja päihdeongelmasta – Kouluttavan opas *Monistesarja 44* (Helsinki, A-klinikkasäätiö).
193. TUUMINEN, T. & RIMON, R. Vielä alkoholistihoidon priorisoinnista – kalahtiko kalikka? *Suomen Lääkärilehti*, 2004; 59, 3305.
194. UUSARO, A. Alkoholinkäytön yhteys tehohoidon tarpeeseen, resurssien käyttöön ja tuloksiin, *Finnanest*, 2004; 37, 153-156.

Sukupuoli ja päihteet

Substance abuse and gender

195. BARTLEY, M., MARTIKAINEN, P., SHIPLEY, M. & MARMOT, M. Gender differences in the relationship of partner's social class to behavioural risk factors and social support in the Whitehall II study, *Social Science and Medicine*, 2004; 59, 1925-1936.
196. LAAPOTTI, S. & KESKINEN, E. Has the difference in accident patterns between male and female drivers changed between 1984 and 2000? *Accident Analysis and Prevention*, 2004; 36, 577-584.
197. LALLUKKA, T., SARLIO-LÄHTEENKORVA, S., ROOS, E., LAAKSONEN, M., RAHKONEN, O. & LAHELMA, E. Working conditions and health behaviours among employed women and men: The Helsinki Health Study, *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice & Theory*, 2004; 38, 48-56.
198. WESTERBACKA, J., CORNER, A., TIIKKAINEN, M., TAMMINEN, M., VEHKAVAARA, S., HAKKINEN, A.M., FREDRIKSSON, J. & YKI-JÄRVINEN, H. Women and men have similar amounts of liver and intra-abdominal fat, despite more subcutaneous fat in women: implications for sex differences in markers of cardiovascular risk, *Diabetologia*, 2004; 47, 1360-1369.

Nuoret ja päihteet

Substance abuse and adolescence

199. AHLSTRÖM, S., METSO, L. & TUOVINEN, E.L. *Suomalaisten nuorten päihteiden käyttö 1999 ja 2003. (Aiheita 32)* Helsinki, Stakes, 2004.
200. BJÖRKQVIST, K., BATMAN, A. & AMAN-BACK, S. Adolescents' use of tobacco and alcohol: Correlations with habits of parents and friends, *Psychological Reports*, 2004; 95, 418-420.
201. HAARASILTA, L.M., MARTTUNEN, M.J., KAPRIO, J.A. & ARO, H.M. Correlates of depression in a representative nationwide sample of adolescents (15–19 years) and young adults (20–24 years), *European Journal of Public Health*, 2004; 14, 280-285.
202. HAAVISTO, A., SOURANDER, A., MULTIMÄKI, P., PARKKOLA, K., SANTALAHTI, P., HELENIUS, H., NIKALAKAROS, G., KUMPULAINEN, K., MOILANEN, I., PIHA, J.N., ARONEN, E., PUURA, K., LINNA, S.L. & ALMQVIST, F. Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study, *Journal of Affective Disorders*, 2004; 83, 143-154.
203. ILOMÄKI, R., HAKKO, H., TIMONEN, M., LAPPALAINEN, J., MÄKIKYRÖ, T. & RÄSÄNEN, P. Temporal relationship between the age of onset of phobic disorders and development of substance dependence in adolescent psychiatric patients, *Drug and Alcohol Dependence*, 2004; 75, 327-330.
204. KAPRIO, J. Miten suhtautua nuorten alkoholinkäyttöön?, *Kansanterveys* 2004,(7): 3.
205. LAMMINPÄÄ, A. Sairaalassa hoidetut lasten ja nuorten alkoholimyrkytykset – muutokset viime vuosikymmenten aikana, *Suomen Lääkärilehti*, 2004; 59, 541-545.
206. LINTONEN, T.P. & KONU, A.I. The misperceived social norm of drunkenness among early adolescents in Finland, *Health Education Research*, 2004; 19, 64-70.
207. LINTONEN, T., AHLSTRÖM, S. & METSO, L. The reliability of self-reported drinking in adolescence, *Alcohol and Alcoholism*, 2004; 39, 362-8.
208. LÖNNQVIST, J.K. Porttiteoria ja nuorten alkoholinkäyttö – mikä on porttiteoria? *Kansanterveys*, 2004, (7)4.
209. PAAVOLA, M., VARTIAINEN, E. & HAUKKALA, A. Smoking, alcohol use, and physical activity: A 13-year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood, *Journal of Adolescent Health*, 2004; 35, 238-244.
210. RIALA, K., HAKKO, H., ISOHANNI, M., JÄRVELIN, M.R. & RÄSÄNEN, P. Teenage smoking and substance use as predictors of severe alcohol problems in late adolescence and in young adulthood, *Journal of Adolescent Health*, 2004; 35, 245-254.
211. SALMI, V. *Varhaisnuorten normirikkomukset – ongelma vai osa nuoruutta? Helsingiläisten 12–13-vuotiaiden kielletyn ja rikollisen toiminnan laajuus, piirteitä ja merkityksiä. (Julkaisuja 40)* Helsinki, Nuorisotutkimusverkosto ja Nuorisotutkimusseura, 2004.
212. SEPPÄLÄ, P. & MIKKOLA, T. *Huumeet Internetissä ja nuorisokulttuurissa. Havaintoja huumeiden merkityksistä käyttäjäpiireissä. (Raportteja 287)* Helsinki, Stakes, 2004.
213. SOURANDER, A., MULTIMÄKI, P., SANTALAHTI, P., PARKKOLA, K., HAAVISTO, A., HELENIUS, H., NIKOLAKAROS, G., PIHA, J., TAMMINEN, T., MOILANEN, I., KUMPULAINEN, K., ARONEN, E.T., LINNA, S.L., PUURA, K. & ALMQVIST, F. Mental health service use among 18-year-old adolescent boys: A prospective 10-year follow-up study, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2004; 43, 1250-1258.

Terveysongelmat ja kuolleisuus

Health problems and mortality

214. ALHO, H., SILLANAUKEE, P., KALELA, A., JAAKKOLA, O., LAINE, S. & NIKKARI, S.T. Alcohol misuse increases serum antibodies to oxidized LDL and C-reactive protein, *Alcohol and Alcoholism*, 2004; 39, 312-315.
215. ANTTILA, T., HELKALA, E.L., VIITANEN, M., KAREHOLT, I., FRATIGLIONI, L., WINBLAD, B., SOININEN, H., TUOMILEHTO, J., NISSINEN, A. & KIVIPELTO, M. Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study, *BMJ*, 2004 Sep 4;329(7465):539.
216. ANTTILA, T., HELKALA, E.L., VIITANEN, M., KAREHOLT, I., FRATIGLIONI, L., WINBLAD, B. & SOININEN, H. Alcohol drinking at midlife and the risk of mild cognitive impairment and dementia in late-life, *Neurobiology of Aging*, 2004; 25, 397-397.
217. AUTTI-RÄMÖ, I. Alkoholinkäyttö fertiili-ikäisillä naisilla lisääntyy – miten käy vielä syntymättömän sukupolven? In: ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkoholi- ja huumetutkimuksen vuosikirja*, pp. 43–52. Helsinki, Alkoholi- ja huumetutkijain seura, 2004.
218. BLOMGREN, J., MARTIKAINEN, P., MÄKELÄ, P. & VALKONEN, T. The effects of regional characteristics on alcohol-related mortality – a register-based multilevel analysis of 1.1 million men, *Social Science and Medicine*, 2004; 58, 2523-2535.
219. CHO, E.Y., SMITH-WARNER, S.A., RITZ, J., VAN DEN BRANDT, P.A., COLDITZ, G.A., FOLSOM, A.R., FREUDENHEIM, J.L., GIOVANNUCCI, E., GOLDBOHN, R.A., GRAHAM, S., HOLMBERG, L., KIM, D.H., MALILA, N., MILLER, A.B., PIETINEN, P., ROHAN, T.E., SELLERS, T.A., SPEIZER, F.E., WILLETT, W.C., WOLK, A. & HUNTER, D.J. Alcohol intake and colorectal cancer: A pooled analysis of 8 cohort studies, *Annals of Internal Medicine*, 2004; 140, 603-613.
220. HAARASILTA, L.M., MARTTUNEN, M.J., KAPRIO, J.A. & ARO, H.M. Correlates of depression in a representative nationwide sample of adolescents (15–19 years) and young adults (20–24 years), *European Journal of Public Health*, 2004; 14, 280-285.
221. KIIANMAA, K. Mitkä ovat turvallisen alkoholinkulutuksen rajat? *Kansanterveys*, 2004;(8):16.
222. KOPONEN, A.M. Children exposed to alcohol in utero: Growth environment and developmental outcome, *Journal of Intellectual Disability Research*, 2004; 48, 508-508.
223. KOPONEN, A. *Vaietut kohtalot: sikiöaikana päihteille altistuneet lapset*. Helsinki, Kehitysvammaliitto, 2004.
224. LAAJASALO, T. & HAKKANEN, H. Background characteristics of mentally ill homicide offenders – a comparison of five diagnostic groups, *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 2004; 15, 451-474.
225. LAITINEN, J., PIETILÄINEN, K., WADSWORTH, M., SOVIO, U. & JÄRVELIN, M.R. Predictors of abdominal obesity among 31-y-old men and women born in Northern Finland in 1966, *European Journal of Clinical Nutrition*, 2004; 58, 180-190.
226. LATVALA, J., PARKKILA, S. & NIEMELÄ, O. Excess alcohol consumption is common in patients with cytopenia: Studies in blood and bone marrow cells, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2004; 28, 619-624.
227. LUNETTA, P., SMITH, G.S., PENTTILÄ, A. & SAJANTILA, A. Unintentional drowning in Finland 1970–2000: a population-based study, *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33, 1053-1063.

228. MARMENDAL, M., ROMAN, E., ERIKSSON, C.J.P., NYLANDER, I. & FAHLKE, C. Maternal separation alters maternal care, but has minor effects on behavior and brain opioid peptides in adult offspring, *Developmental Psychobiology*, 2004; 45, 140-152
229. MARTELIN, T., MÄKELÄ, P. & VALKONEN, T. Contribution of deaths related to alcohol or smoking to the gender difference in life expectancy – Finland in the early 1990s, *European Journal of Public Health*, 2004; 14, 422-427.
230. MATTILA, V., PARKKARI, J., KANNUS, P. & RIMPELÄ, A. Occurrence and risk factors of unintentional injuries among 12- to 18-year-old Finns – a survey of 8219 adolescents, *European Journal of Epidemiology*, 2004; 19, 437-44.
231. PARLESAC, A., K., E., LINDROS, K. O. & BODE, C. Acute but not chronic ethanol exposure impairs retinol oxidation in the small and large intestine of the rat, *European Journal of Nutrition*, 2004, 1-6.
232. PENSOLA, T. & MARTIKAINEN, P. Life-course experiences and mortality by adult social class among young men, *Social Science and Medicine*, 2004; 58, 2149-2170.
233. POIKOLAINEN, K. Best patterns of drinking for the heart, *Addiction*, 2004; 99, 276-277.
234. POIKOLAINEN, K. Alkoholin vaikutukset terveyteen. In: ALHO, H., LINDEMAN, J., RAITASALO, K. & ROINE, R. (Eds.) *Tommi 2004. Alkoholi- ja huumetutkimuksen vuosikirja*, pp. 61-67. Helsinki, Alkoholi- ja huumetutkijain seura, 2004.
235. PUTKONEN, A., KOTILAINEN, I., JOYAL, C.C. & TIIHONEN, J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses, *Schizophrenia Bulletin*, 2004; 30, 59-72.
236. REIMS, H.M., KJELDSEN, S.E., BRADY, W.E., DAHLOF, B., DEVEREUX, R.B., JULIUS, S., BEEVERS, G., DE FAIRE, U., FYHRQUIST, F., IBSEN, H., KRISTIANSON, K., LEDERBALLE-PEDERSEN, O., LINDHOLM, L.H., NIEMINEN, M.S., OMVIK, P., OPARIL, S. & WEDEL, H. Alcohol consumption and cardiovascular risk in hypertensives with left ventricular hypertrophy: the LIFE study, *Journal of Human Hypertension*, 2004; 18, 381-389.
237. RITVANEN, A. Epämuodostumat ja raskaudenaikaiset altistukset, *Kättilölehti* 2004; 109, 52–56.
238. SALASPURO, M. Alcohol, acetaldehyde, and digestive tract cancer. In: *Nutrition and alcohol*, pp. 393-411. Boca Raton, CRC Press, 2004.
239. SÖDERHOLM, A.-L. Alkoholi turmelee kasvat ja hymyn, *Suomen Hammaslääkärilehti*, 2004; 11, 820-821.
240. STRANDBERG, A.Y., STRANDBERG, T.E., SALOMAA, V.V., PITKÄLÄ, K. & MIETTINEN, T.A. Alcohol consumption, 29-y total mortality, and quality of life in men in old age, *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004; 80, 1366-71.
241. SULANDER, T., HELAKORPI, S., RAHKONEN, O., NISSINEN, A. & UUTELA, A. Smoking and alcohol consumption among the elderly: trends and associations, 1985–2001, *Preventive Medicine*, 2004; 39, 413-418.
242. VAHTERA, J., PENTTI, J. & KIVIMÄKI, M. Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004; 58, 321-326.
243. VISAPÄÄ, J.P., GOTTE, K., BENESOVA, M., LI, J., HOMANN, N., CONRADT, C., INOUE, H., TISCH, M., HORMMANN, K., VÄKEVÄINEN, S., SALASPURO, M. & SEITZ, H.K. Increased cancer risk in heavy drinkers with the alcohol dehydrogenase 1C*1 allele, possibly due to salivary acetaldehyde, *Gut*, 2004; 53, 871-876.

Opinnäytteet

Theses

244. HÄNNIKÄINEN-UUTELA, A.-L. *Rooted again. Community education in the rehabilitation of substance addicts* [Dissertation]. Jyväskylä, Jyväskylän yliopisto, 2004.
245. INKINEN, M. *Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö* [Pro gradu]. Tampere, Tampereen yliopisto, 2004.
246. JÄRVELÄ, S. *Kokemuksia alkoholin aiheuttamista vieroitusoireista* [Pro gradu]. Oulu, Oulun yliopisto, 2004.
247. KUUSI, H. *Viinistä vapautta. Alkoholi, hallinta ja identiteetti 1960-luvun Suomessa* [Dissertation]. Helsinki, 2004.
248. LATVALA, J. *Effect of alcohol consumption and acetaldehyde on blood cells and molecules: pathogenic and diagnostic implications* [Dissertation]. (Acta Universitatis Tampereensis. No 1035) Tampere, Tampereen yliopisto, 2004.
249. LEHTOLA, H. *Alkoholinkäyttö osana ikääntyneiden elämäntyyliä* [Pro gradu]. Turku, Turun yliopisto, 2004.
250. MELARTIN, T. *Comorbidity, outcome and treatment of DSM-IV major depressive disorder in psychiatric care* [Dissertation]. Helsinki, Helsingin yliopisto, Kansanterveyslaitos, 2004.
251. MOILANEN, H. *EU-Suomen uudistuneen alkoholiverotuksen ongelmat* [Pro gradu]. Rovaniemi, Lapin yliopisto, 2004.
252. RIALA, K. *Adolescent predictors of adult social and psychiatric adversities: a prospective follow-up study of the Northern Finland 1966 Birth Cohort* [Dissertation]. (Acta Universitatis Ouluensis. D. No 806) Oulu, Oulun yliopisto, 2004.
253. RIIKONEN, J. *Ethanol-induced alterations in the nervous system of rat* [Dissertation]. Tampere, Tampereen yliopisto, 2004.
254. SAARANEN, A. *Pullot esiin, piikit piiloon? Alkoholi ja doping ammattilaisurheilun ongelmina* [Pro gradu]. Kuopio, Kuopion yliopisto, 2004.
255. SALASUO, M. *Huumeet ajankuvana – huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa* [Dissertation]. (Stakes, Tutkimuksia 149) Helsinki, Helsingin yliopisto, 2004.
256. SAVOLA, O. *Brain injury and hazardous alcohol drinking in trauma patients* [Dissertation]. Oulu, Oulun yliopisto, 2004.
257. SIROLA, K. *Porilaisten yhdeksäsluokkalaisten ja kasvattajien käsityksiä nuorten alkoholinkäytöstä ja alkoholinkäytön ehkäisystä* [Dissertation]. Jyväskylä, Jyväskylän yliopisto, 2004.
258. SJÖBERG, C. *"Den finlandssvenska missbrukaren": en osynlig klient inom socialservicen* [Pro gradu]. Helsingfors, Helsingfors universitet, 2004.
259. TURUNEN, A. *Tupakointi, alkoholinkäyttö ja ruokatottumukset itäsuomalaisilla vuosina 1984–2000: sepelvaltimotaudin vaaratekijätutkimus (SVVT)* [Pro gradu]. Kuopio, Kuopion yliopisto, 2004.
260. WINTER, T. *Nuorten raittius ja siihen vaikuttavat tekijät* [Dissertation]. (Lääketieteellinen tiedekunta) Helsinki, Helsingin yliopisto, 2004.
261. VIROKANNAS, E. *Normaalin rajan molemmilla puolilla. Tutkimus huumehoitoyksikön nuorten identiteettien rakentumisesta* [Dissertation]. (Tutkimuksia 144) Helsinki, Helsingin yliopisto, Stakes, 2004.

Tekijäluettelo

Index of authors

- Aalto, M. 129, 186, 187, 188, 189
 Ahlström, S. 1, 20, 106, 107, 199, 207
 Ahokas, H. 138
 Aira, M. 130, 131
 Albano, E. 94, 95
 Alho, H. 2, 66, 67, 88, 132, 133, 214
 Ali-Tolppa, E. 84
 Almqvist, F. 202, 213
 Aman-Back, S. 200
 Andersson, B. 20
 Anthenelli, R. 134
 Antila, S. 188
 Anton, R.F. 134
 Anttila, P. 70
 Anttila, T. 215, 216
 Apter, S.J. 71
 Arlinde, C. 72, 79
 Arminen, I. 135
 Aro, H. 143
 Aro, H.M. 201, 220
 Aronen, E. 202
 Aronen, E.T. 213
 Arvio, P. 177
 Autti-Rämö, I. 217
 Averkin, R.G. 69
 Babor, T. 7, 8, 9
 Bachteler, D. 74
 Badger, T.M. 94, 95
 Balakireva, O. 20
 Bartley, M. 195
 Bass, N.M. 91
 Batman, A. 200
 Bäckström, P. 73, 74
 Beevers, G. 236
 Benesova, M. 243
 Bjarnason, T. 20
 Bjork, K. 72
 Björkqvist, K. 200
 Blomgren, J. 218
 Blomqvist, J. 137, 180
 Bode, C. 231
 Bohn, M.J. 134
 Bondarenko, B.B. 83
 Brugha, T. 136
 Bykov, I.L. 75, 76
 Callaghan, R. 137
 Carta, M.G. 136
 Castren, E. 77
 Cetkauskaite, A. 78
 Cho, E.Y. 219
 Ciccocioppo, R. 79
 Cippitelli, A. 79
 Colditz, G.A. 219
 Conradt, C. 243
 Coonfield, D.L. 80
 Cordingley, J. 137
 Corner, A. 198
 Dahlof, B. 236
 Dannenberg, A.J. 91
 Devereux, R.B. 236
 Dick, D.M. 97
 Edin, A. 19
 Eerola, K. 10
 Elovainio, M. 140
 Erhola, M. 177
 Eriksson, C.J.P. 71, 101, 105, 228
 Fabritius, C. 138
 Fahlke, C. 228
 de Faire, U. 236
 Ferraro, F.M. 80
 Folsom, A.R. 219
 de Fonseca, F. 79
 Forsius, A. 139
 Fratiglioni, L. 215, 216
 Fredriksson, J. 198
 Freudenheim, J.L. 219
 Fryers, T. 136
 Fyhrquist, F. 236
 Galloway, G. 134
 Garbutt, J. 134
 Gastfriend, D. 134
 Giovannucci, E. 219
 Gissler, M. 11
 Goebeler, S. 96
 Goldbohm, R.A. 219
 Gotte, K. 243
 Graham, K. 7, 8
 Graham, S. 219
 Grano, N. 140
 Grinchenko, Y.V. 69
 Grobbee, D.E. 101
 Haapala, M. 123
 Haarasilta, L.M. 201, 220
 Haavisto, A. 202, 213
 Haavisto, K. 35, 167, 168
 Hakkak, R. 95
 Hakkanen, H. 224
 Hakkarainen, P. 12, 13, 14, 37, 108, 141
 Hakkinen, A.M. 198
 Hakko, H. 203, 210
 Hall, H. 103
 Halonen, I. 142
 Halonen, P. 103
 Hannuksela, M.L. 86
 Hansson, A. 79
 Hardoy, M.C. 136
 Hatakka, M. 125
 Haukkala, A. 209
 Heikkinen, M. 143
 Heilig, M. 72, 79
 Hein, R. 16, 17, 18, 19
 Heinimaa, T. 183
 Heinonen, J. 109
 Heinänen, M. 144
 Helakorpi, S. 23, 241

- Helasoja, V. 152
 Helenius, H. 185, 202, 213
 Heljälä, L. 145
 Helkala, E.L. 215, 216
 Hendriks, H.F.J. 101
 Hervonen, A. 100
 Hibell, B. 20
 Hillbom, M. 184
 Himberg, J.J. 122, 123
 Himberg, K. 122
 Holmberg, L. 219
 Holmila, M. 21, 45, 46
 Holmström, P. 37, 160, 170
 Holopainen, A. 146, 147, 160, 170
 Homann, N. 243
 Honkanen, A. 81
 Horrmann, K. 245
 Huhta, K. 85
 Hunter, D.J. 219
 Huttunen, J. 148
 Hyytiä, P. 72, 73, 74
 Hyytiä, R. 79
 Hämäläinen, J. 143
 Hännikäinen-Uutela, A-L., 244
 Hänninen, S. 15
 Hänninen, V. 149, 154
 Ibsen, H. 236
 Ilomäki, R. 203
 Ilveskoski, E. 96
 Ingelman-Sundberg, M. 94, 95
 Ingman, K. 81
 Inkinen, M. 150, 245
 Inoue, H. 243
 Isohanni, M. 210
 Isometsä, E. 143, 174
 Jaakkola, O. 214
 Jaatinen, P. 100
 Jallinoja, P. 23
 Johansson, E. 66, 67
 Johnson, B. 134
 Jokelainen, K. 91
 Joyal, C.C. 235
 Julius, S. 236
 Jäkälä, P. 98
 Järvelin, M.R. 210, 225
 Järvelä, S. 246
 Järveläinen, H.A. 75
 Järvi, K. 70
 Kainulainen, H. 24
 Kajander, O. 96
 Kalela, A. 214
 Kallio, A. 134
 Kanerva, H. 138
 Kannus, P. 230
 Kaprio, J. 97, 143, 201, 204, 220
 Kareholt, I. 215, 216
 Karhunen, P.J. 96
 Karhuvaara, S. 134
 Karlsson, T. 1, 25, 26, 27, 28, 49, 50, 151
 Kasmel, A. 152
 Kauhanen, J. 130
 Kaukonen, O. 35, 167, 168
 Kekki, T. 153
 Keskimäki, I. 11
 Keskinen, E. 124, 125, 196
 Kiefer, S.W. 80
 Kiianmaa, K. 29, 45, 46, 72, 100, 105, 221
 Kiimalainen, A. 177
 Kiiskinen, U. 66, 67
 Kim, D.H. 219
 Kinnunen, A. 24, 37
 Kivilaakso, E. 90
 Kiviluoto, T. 90
 Kivimäki, M. 140, 242
 Kivipelto, M. 215
 Kjeldsen, S.E. 236
 Klumbiene, J. 152
 Koch, S. 74
 Kokkevi, A. 20
 Konu, A.I. 112, 206
 Koponen, A.M. 222, 223
 Korander, T. 30, 48, 49
 Korolainen, A. 31
 Korourian, S. 94, 95
 Korpi, E.R. 81
 Korvenranta, H. 185
 Koski-Jännes, A. 137, 138, 149, 154, 155, 156, 180
 Kotilainen, I. 235
 Kovess, V. 136
 Kranzler, H.R. 134
 Kristianson, K. 236
 Kuitunen, T. 122, 123
 Kumpulainen, K. 202, 213
 Kuokkanen, M. 157, 158
 Kuoppasalmi, K. 45, 46, 104
 Kuusi, H. 110, 247
 Kähkönen, S. 82, 83
 Kääriäinen, J. 186
 Laajasalo, T. 224
 Laakso, O. 122, 123
 Laaksonen, M. 197
 Laapotti, S. 124, 125, 126, 196
 Lahelma, E. 197
 Lahtinen, T. 188
 Laine, S. 214
 Laitinen, J. 225
 Laks, S. 84
 Lallukka, T. 197
 Lamminpää, A. 205
 Lappalainen, J. 203
 Lappeteläinen, V. 187
 Larivaara, P. 130
 Latvala, J. 70, 226, 248
 Laukka, S. 69
 Laukkala, T. 143
 Lederballe-Pedersen, O. 236
 Lehmusvaara, L. 159
 Lehtimäki, T. 96
 Lehtinen, V. 136
 Lehtola, H. 249
 Leinikki, P. 37
 Li, J. 243
 Liisanantti, M.K. 85, 86

- Lindeman, J. 2, 32
 Lindeman, S. 145
 Linden, M. 33
 Lindholm, L.H. 236
 Lindros, K.O. 75, 76, 94, 95, 231
 Linna, S.L. 202, 213
 Lintonen, T. 207
 Lintonen, T.P. 112, 206
 Lipand, A. 152
 Lunetta, P. 227
 Lähteenmaa, J. 111
 Lönnqvist, J. 208
 Majava, A. 34
 Malila, N. 219
 Malin, K. 160
 Marmendal, M. 228
 Marmot, M. 195
 Martelin, T. 229
 Martikainen, P. 195, 218, 232
 Marttunen, M.J. 201, 220
 Massi, M. 79
 Mattila, V. 230
 Matz, V.N. 69
 Maunu, A. 117, 118
 McCaul, M.E. 134
 Melartin, T. 250
 Meri, S. 75
 Merikallio-Pajunen, A. 88
 Meririnne, E. 89
 Methuen, T. 105, 133
 Metso, L. 13, 14, 35, 107, 161, 166, 167, 168, 199, 207
 Metzger, J.W. 105
 Mieskolainen, J. 10
 Miettinen, T.A. 240
 Mikkelsen, J. 96
 Mikkola, T. 116, 212
 Miller, A.B. 219
 Moilanen, H. 251
 Moilanen, I. 202, 213
 Morgan, M. 20
 Multimäki, P. 202, 213
 Mustonen, Ha. 90
 Mustonen, He. 45, 46
 Mäkelä, K. 87, 164
 Mäkelä, P. 218, 229
 Mäkelä, R. 162, 163
 Mäkkikyrö, T. 203
 Nanji, A.A. 91
 Naukkarinen, H. 104
 Niemelä, O. 70, 92, 184, 226
 Niemi, H. 127
 Nieminen, M.S. 236
 Nikalakaros, G. 202
 Nikkari, S.T. 214
 Nikolakaros, G. 213
 Niskanen, S. 165
 Nissinen, A. 215, 241
 Nummela, O. 177
 Nuorvala, Y. 35, 161, 166, 167, 168
 Nylander, I. 228
 Ojanperä, I. 84
 Omvik, P. 236
 Oparil, S. 236
 Paaso, K. 36
 Paavola, M. 209
 Pajulo, M. 185
 Palmén, M. 76
 Paloheimo, M. 133
 Parkkari, J. 230
 Parkkila, S. 92, 226
 Parkkola, K. 202, 213
 Parlesak, A. 231
 Partanen, A. 17, 37, 160, 170
 Partanen, P. 37
 Pekkarinen, T. 38
 Pekuri, P. 186
 Pelander, A. 84
 Peltoniemi, T. 171
 Pennanen, T. 122
 Pensola, T. 232
 Pentti, J. 242
 Penttilä, A. 96, 227
 Peräkylä, A. 189
 Perälä, R. 170
 Perola, M. 96
 Pesola, E-L. 172
 Pessala, P. 78
 Pettinati, H. 134
 Pietinen, P. 219
 Piha, J. 185, 202, 213
 Piirainen, L. 76
 Piironen, O. 39
 Pirkola, S.P. 40, 173, 174
 Pitkälä, K. 240
 Podlketnova, I. 88
 Poikolainen, K. 66, 67, 143, 175, 233, 234
 Prättälä, R. 152
 Pudule, I. 152
 Pulkkinen, L. 97
 Puolakkainen, P. 90
 Putkonen, A. 235
 Puura, K. 202, 213
 Radun, I. 128
 Raevaara, L. 189
 Rahkonen, O. 197, 241
 Raitasalo, K. 2, 176
 Raivio, R. 177
 Ramet, M.E. 86
 Rautio, P. 130
 Reimers, M. 72
 Reims, H.M. 236
 Riala, K. 210, 252
 Riikonen, J. 100, 253
 Rimon, R. 193
 Rimpelä, A. 230
 Rimpelä, M. 41
 Ristola, M. 93
 Ritvanen, A. 237
 Ritz, J. 219
 Rohan, T.E. 219
 Roine, M. 113
 Roine, R. 2, 133
 Rokka, A-M. 178
 Roman, E. 228

- Romppanen, P. 179
 Ronis, M.J. 94, 95
 Rontu, R. 96
 Roos, E. 197
 Rose, R.J. 97
 Rosenqvist, P. 151, 180
 Ruotsalainen, J. 27
 Ruuskanen, A. 98
 Räsänen, P. 203, 210
 Saaranen, A. 254
 Sailas, J. 182
 Sajantila, A. 227
 Salaspuro, M. 99, 105, 133, 238, 243
 Salaspuro, V. 99
 Salasuo, M. 114, 115, 255
 Sallinen, J. 81
 Salloum, I. 134
 Salmi, L. 183
 Salmi, V. 211
 Salomaa, V.V. 240
 Santalahti, P. 202, 213
 Sarkola, T. 101
 Sarlio-Lähteenkorva, S. 197
 Sarna, S. 104
 Sarviharju, M. 100
 Saunio, A.-L. 179
 Savola, O. 184, 256
 Savolainen, M.J. 85, 86
 Savonlahti, E. 185
 Seitz, H.K. 243
 Sellers, T.A. 219
 Seppä, K. 129, 133, 186, 187, 188, 189, 190
 Seppälä, P. 114, 116, 212
 Seppälä, T. 37, 89
 Seppänen-Leiman, T. 138
 Shevchenko, D.G. 69
 Shipley, M. 195
 Sierksma, A. 101
 Sillanaukee, P. 214
 Sinclair, J.D. 80, 100
 Sippola, E. 84
 Sirola, K. 257
 Sjöberg, C. 258
 Smith, G.S. 227
 Smith-Warner, S.A. 219
 Soine-Rajanummi, S. 42, 47, 49
 Soininen, H. 215, 216
 Soininen, M. 43
 Sommer, W. 72, 79
 Sourander, A. 202, 213
 Soverchia, L. 79
 Spanagel, R. 74
 Speizer, F.E. 219
 Stenius, K. 191
 Strandberg, A.Y. 240
 Strandberg, T.E. 240
 Strid, N. 88, 133
 Sulander, T. 241
 Sulkko, S. 43
 Sulkunen, P. 44
 Summala, H. 128
 Suokas, A. 88
 Suominen, K. 174
 Swift, R. 134
 Södergren, A. 78
 Söderholm, A.-L. 239
 Tacke, U. 131
 Tamminen, M. 198
 Tamminen, T. 213
 Terävä, A. 192
 Tiainen, J. 133
 Tigerstedt, C. 12, 25, 27, 45, 46
 Tiihonen, J. 102, 103, 235
 Tiikkainen, M. 198
 Timonen, M. 203
 Tisch, M. 243
 Tuomilehto, J. 215
 Tuominen, T. 177
 Tuovinen, E.L. 199
 Tupala, E. 102, 103
 Turunen, A. 259
 Tuuminen, T. 193
 Törrönen, J. 26, 30, 42, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 117, 118, 119, 120
 Ubaldi, M. 79
 Uusaro, A. 194
 Uutela, A. 23, 45, 46, 241
 Wacklin, J. 121
 Wahlbeck, K. 173
 Wahlfors, L. 16, 17
 Vahtera, J. 140, 242
 Valkama, H. 177
 Valkonen, T. 218, 229
 Vartiainen, E. 209
 Wedel, H. 236
 Vehkavaara, S. 198
 Vehko, T. 11
 Weinmann, W. 105
 Westerbacka, J. 198
 Wiesbeck, G.A. 105
 Viitanen, M. 215, 216
 Viken, R.J. 97
 Willett, W.C. 219
 Villikka, H. 56
 Winblad, B. 215, 216
 Winter, T. 260
 Virokannas, E. 261
 Virtanen, A. 17, 37, 57
 Virtanen, M. 140
 Virtanen, S. 17
 Visapää, J.P. 243
 Wolk, A. 219
 Vormaa, H. 104
 Vuori, E. 84
 Wurst, F.M. 105
 Väkevä, A. 75
 Väkeväinen, S. 243
 Vällki, J. 37
 Xavier, M. 136
 Yki-Järvinen, H. 198
 Yoon, S. 94, 95
 Zweben, A. 134
 Öjesjö, L. 180
 Österberg, E. 1, 7, 8, 9, 18, 27, 28, 31, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65