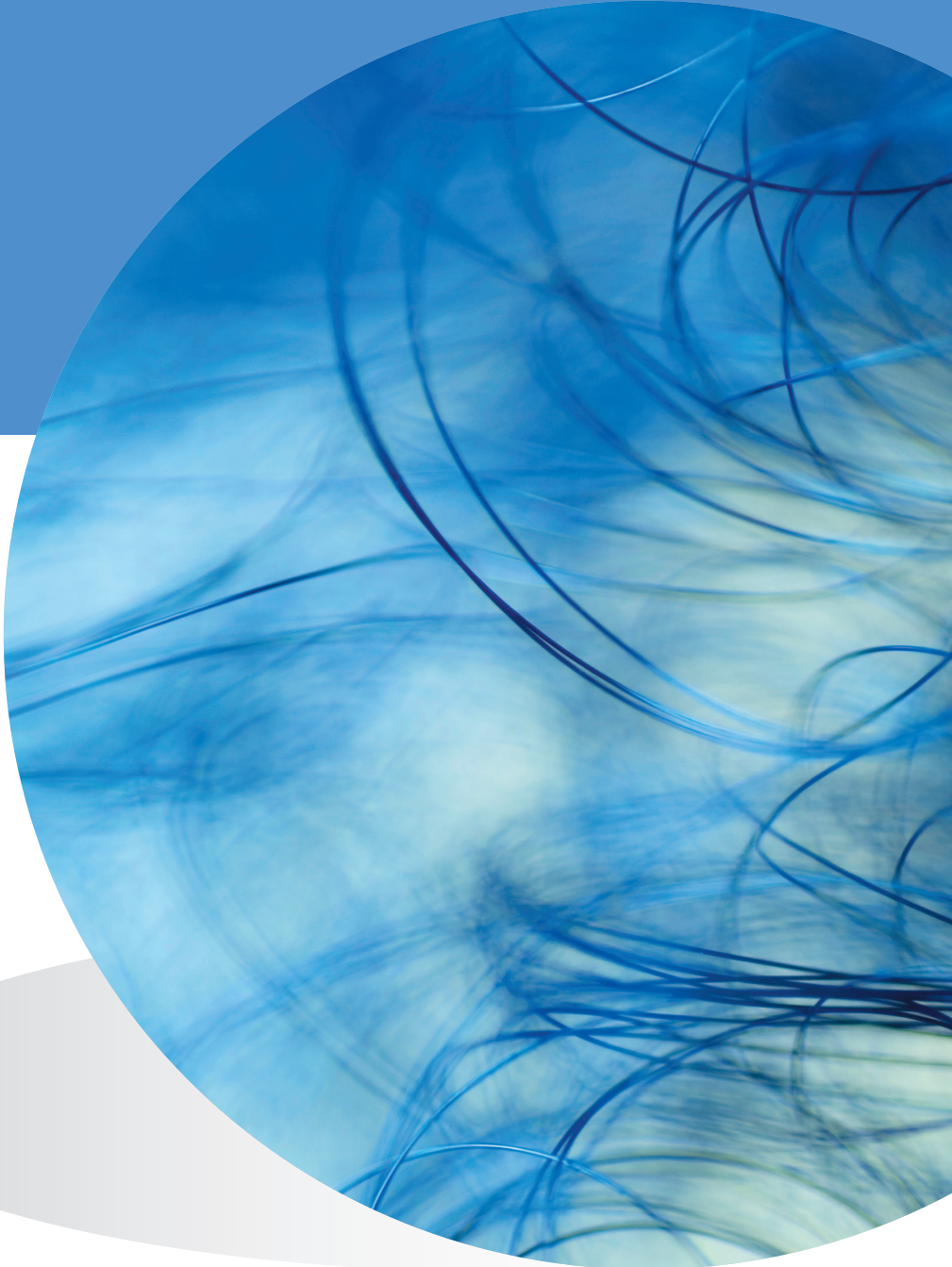


Thomas Karlsson,
Elina Kotovirta,
Christoffer Tigerstedt,
Katariina Warpenius (toim.)

Alkoholi Suomessa

Kulutus, haitat ja politiikkatoimet

RAPORTTI



Thomas Karlsson, Elina Kotovirta, Christoffer Tigerstedt,
Katariina Warpenius (toim.)

Alkoholi Suomessa

Kulutus, haitat ja politiikkatoimet



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Raportti 13/2013

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Taittotalo PrintOne, Helsinki 2013

ISBN (painettu) 978-952-245-895-7

ISSN (painettu) 1798-0070

ISBN (verkko) 978-952-245-896-4

ISSN (verkko) 1798-0089

[http://urn.fi/ URN:ISBN:978-952-245-896-4](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-896-4)

Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2013

TIIVISTELMÄ

Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet jatkaa julkaisusarjaa, joka tarkastelee alkoholinkulutuksen, -haittojen ja -politiikan trendejä Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisivat edelliset raportit vuosina 2004, 2006 ja 2009. Käsillä oleva raportti keskittyy vuoden 1995 jälkeiseen aikaan, jolloin Suomi on ollut EU:n jäsen ja Alkoholilaki (1143/1994) on ollut voimassa.

Raportissa analysoidaan aluksi Suomen alkoholinkulutusta. Suomen trendejä vertaillaan muiden Pohjoismaiden, Euroopan maiden ja muun maailman alkoholinkulutuksen trendeihin. Tämän jälkeen suomalaisten juomatapojen muutoksia tarkastellaan syvällisemmin ja ne yhdistetään alkoholinkulutuksesta syntyviin haittoihin. Seuraava luku käsittelee alkoholinkulutuksen vaikutuksia palvelujärjestelmään, jonka yhteydessä tehdään arvio siitä, kuinka suuria kustannuksia alkoholiin liittyvät haitat aiheuttavat yhteiskunnalle. (Luku 1–4.)

Viides luku selostaa alkoholipolitiikassa tapahtuneita muutoksia. Painopiste on alkoholipoliittisen kentällä ja hallinnossa tapahtuneissa muutoksissa sitten vuoden 1995. Kansainvälisen ja eritoten eurooppalaisen alkoholipolitiikan muutosten lisäksi tässä luvussa keskustellaan muutoksista, jotka ovat tapahtuneet Suomen EU-jäsenyyden aikana kansalaisten näkemyksissä alkoholipoliittisista toimista. Ehkäisevän päihdetyön ajankohtaista tilannetta selvitetään luvussa 6. (Luku 5–6.)

Raportin viimeinen luku perustuu asiantuntija-arvioon politiikkatoimista, jotka tähtäävät alkoholihaittojen vähentämiseen Suomessa. Luku sisältää kattavan taulukon keskeisistä alkoholipoliittisista keinoista, niiden toteen näytetystä vaikuttavuudesta, toteutetuista toimenpiteistä ja mahdollisesti vielä toteutettavissa olevista toimenpiteistä. (Luku 7.)

Raportin ovat kirjoittaneet ja toimittaneet Thomas Karlsson, Elina Kotovirta, Christoffer Tigerstedt ja Katariina Warpenius THL:n Päihde ja riippuvuus -osastolta. Kirjoitustyöhön ovat myös osallistuneet samalla osastolla työskentelevät Marja Holmila, Mikaela Lindeman, Pia Mäkelä, Kirsimarja Raitasalo, Markku Soikkeli, Tuomas Tenkanen ja Esa Österberg. Muilta osastoilta ovat osallistuneet Antti Impinen ja Jaana Markkula Elintavat ja osallisuus -osastolta, Kristiina Kuussaari ja Airi Partanen Mielenterveys ja päihdepalvelut -osastolta sekä Tuomo Varis Tieto -osastolta.

SAMMANDRAG

Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet (Alkoholen i Finland. Konsumtion, skador och politiska åtgärder) är en fortsättning på en serie publikationer, som analyserar trender i alkoholkonsumtionen, alkoholrelaterade skador och alkoholpolitiken i Finland. De tidigare rapporterna utgavs 2004, 2006 och 2009 av social- och hälsovårdsministeriet och av Institutet för hälsa och välfärd (THL). Föreliggande rapport koncentrerar sig på tiden efter 1995, då Finland varit EU-medlem och Alkohollagen (1143/1994) varit i kraft.

Inledningsvis analyseras alkoholkonsumtionen i Finland och de finska trenderna jämförs med alkoholkonsumtionstrender i de övriga nordiska länderna, Europa och resten av världen. Därefter utreds förändringarna i de finska dryckesvanorna noggrannare och relateras till skador, som kan hänföras till drickandet. Därpå följande kapitel handlar om alkoholkonsumtionens återverkningar på servicesystemet och en uppskattning av hur mycket de alkoholrelaterade skadorna kostar för samhället presenteras. (Kapitel 1–4.)

Det femte kapitlet redogör för de förändringar som skett i alkoholpolitiken. Tyngdpunkten är förlagd vid ändringar som ägt rum på det alkoholpolitiska fältet och i den alkoholpolitiska administrationen sedan 1995. Utöver de förändringar som skett på det internationella och i synnerhet det europeiska alkoholpolitiska fältet, diskuterar detta kapitel också förändringar som inträffat i medborgarnas syn på alkoholpolitiska åtgärder under det finska EU-medlemskapet. Det aktuella läget inom preventionsarbetet gås igenom i kapitel 6. (Kapitel 5–6.)

Det sista kapitlet i rapporten består av en expertbedömning av olika åtgärder, som tar sikte på att minska alkoholrelaterade skador. Kapitlet innehåller en omfattande tabell över centrala alkoholpolitiska åtgärder, hur välbelagda dessa åtgärder är, i vilken mån de genomförts och vad som ytterligare kan tänkas genomföras i Finland. (Kapitel 7.)

Rapporten har skrivits och redigerats av Thomas Karlsson, Elina Kotovirta, Christoffer Tigerstedt och Katariina Warpenius, som hör till Avdelningen för alkohol, narkotika och beroende vid Institutet för hälsa och välfärd (THL). Utöver dessa har Marja Holmila, Mikaela Lindeman, Pia Mäkelä, Kirsimarja Raitasalo, Markku Soikkeli, Tuomas Tenkanen och Esa Österberg från samma avdelning bidragit till rapporten. Andra personer, som deltagit i skrivarbetet, är Antti Impinen och Jaana Markkula från Avdelningen för levnadssätt och delaktighet, Kristiina Kuussaari och Airi Partanen från Avdelningen för psykisk hälsa och missbrukarvård samt Tuomo Varis från Avdelningen för information.

ABSTRACT

The report *Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet* (Alcohol in Finland. Consumption, harms and policy measures) continues a series of publications looking at trends in alcohol consumption, alcohol-related harm and alcohol policy in Finland. Previous reports on the same subject were published in 2004, 2006 and 2009 by the Ministry of Social Affairs and Health and the National Institute for Health and Welfare (THL). This report concentrates on the time period after 1995, when Finland has been a member of the European Union and the Alcohol Act from 1994 (1143/1994) has been in force.

The alcohol consumption in Finland is examined and its development is compared with alcohol consumption trends in the other Nordic countries, Europe and rest of the world. After this changes in Finnish drinking habits are examined in greater detail and their trends to detrimental alcohol-related effects are discussed. After this the effects of alcohol consumption on the service system are analyzed and an estimation of how much alcohol-related harm costs for the society is made. (Chapters 1–4.)

The fifth chapter examines the changes that have taken place in alcohol policy concentrating on the changes that have occurred in the policy environment and organizational structure since 1995. In addition to changes that have taken place within the international, and specifically the European, alcohol policy environment, this chapter also discusses changes that have occurred in people's views on alcohol policy during the Finnish EU-membership. The current status of alcohol prevention is examined in chapter 6. (Chapters 5–6.)

The last chapter of the report consists of an expert opinion on the effectiveness of different measures aimed at reducing alcohol-related harm. The chapter contains an extensive table on central alcohol policy measures, their evidence base and the possibilities to implement them in Finland. (Chapter 7.)

An editorial team from the Department of Alcohol, Drugs and Addiction consisting of Thomas Karlsson, Elina Kotovirta, Katariina Warpenius and Christoffer Tigerstedt have written and edited this publication. Besides the editorial team Marja Holmila, Mikaela Lindeman, Pia Mäkelä, Kirsimarja Raitasalo, Markku Soikkeli, Tuomas Tenkanen and Esa Österberg have co-authored the report. Also Antti Impinen and Jaana Markkula from the Department of Lifestyle and Participation and Kristiina Kuussaari and Airi Partanen from the Department of Mental Health and Substance Abuse Services as well as Tuomo Varis from the Information Department have contributed to the report.

Sisällys

Tiivistelmä	3
Sammandrag	4
Abstract	5
1. Johdanto	9
2. Suomen alkoholinkulutus kansainvälisessä vertailussa	11
3. Suomalaisten alkoholinkulutus ja juomatavat.....	16
3.1. Alkoholinkulutuksen kehitys, nykytaso ja rakenne.....	16
3.2. Juomatapojen kehitys	20
4. Alkoholinkäytön haitat, kustannukset ja kuormitus palvelujärjestelmässä.....	26
4.1. Alkoholinkäytön haitat yksilötasolla.....	27
4.2. Alkoholinkulutuksen haitat väestötasolla.....	28
4.3. Alkoholihaittojen kehitys.....	30
4.4. Alkoholin aiheuttamat haittakustannukset	36
4.5. Päihde-ehtoisten palvelujen käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	40
5. Alkoholipolitiikka ja väestön alkoholipoliittiset mielipiteet	47
5.1. Alkoholipoliittisen toimintaympäristön ja alkoholihallinnon muutokset	47
5.2. Alkoholiohjelmat Suomen keskeisinä alkoholipoliittisina työvälineinä.....	48
5.3. Alkoholipoliittiset muutokset EU-Suomessa	49
5.4. Alkoholipolitiikan kansainvälinen kehitys	53
5.5. Alkoholipoliittisen mielipideilmaston muutokset.....	57
6. Ehkäisevä päihdetyö	59
6.1. Ehkäisevän päihdetyön lainsäädäntö	59
6.2. Ehkäisevän päihdetyön käytännöt	59
7. Alkoholihaittojen ehkäisy – toimivat ja tehokkaat keinot	62
7.1. Terveys- ja hyvinvointiperustainen alkoholihaittojen ehkäisy	62
7.2. Yhteenveto alkoholipoliittisista menetelmistä, niiden vaikuttavuudesta, hyödyntämisestä ja hyväksyttävyydestä	63

1 JOHDANTO

Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet jatkaa sosiaali- ja terveystieteiden (STM) ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuosina 2004, 2006 ja 2009 julkaistuja alkoholilojen katsauksien sarjaa. Tällä kertaa katsaus keskittyy Suomen alkoholilojen kartoittamiseen aikana, jolloin Suomi on ollut Euroopan Unionin (EU) jäsen ja vuoden 1994 alkoholilaki (1143/1994) on ollut voimassa.

Katsaus perustuu THL:n marraskuussa 2012 STM:lle alkoholilain ja raittiuslainsäädännön uudistamisen tueksi toimittamaan raporttiin. STM pyysi THL:ää valmistelemaan alkoholilojen lähihistorian ja nykytilan kartoituksen, joka käsittelee Suomen EU-jäsenyyden aikana muuttunutta kansallista ja kansainvälistä alkoholipoliittista toimintaympäristöä, alkoholinkulutuksen ja juomatapojen kehitystä, ja alkoholihaittojen kehitystä ja alkoholia koskevien asenteiden muutosta. Lisäksi THL:ää pyydettiin esittämään asiantuntija-arvio alkoholihaittoja vähentävistä keinoista, jotka viimeisimmän tutkimustiedon mukaan ovat mahdollisimman toimivia ja tehokkaita.

Katsauksen rakenne on seuraava. Johdannon jälkeen tarkastellaan alkoholinkulutuksen kehittymistä ja suhteutetaan Suomen alkoholinkulutus Pohjoismaiden, Euroopan ja koko maailman kulutuslukuun. Alkoholinkulutustrendien jälkeen annetaan kuva suomalaisten juomatapojen kehityksestä ja erityispiirteistä, jonka jälkeen tarkastellaan alkoholista aiheutuneita haittoja, palvelujärjestelmän kuormittamista sekä haittakustannuksia. (Luvut 1–4.)

Katsauksen viidennessä, alkoholipoliittikkaa käsittelevässä luvussa, kerrotaan miten alkoholipoliittinen toimintaympäristö ja organisaatio ovat muuttuneet EU-jäsenyyden aikana. Osiossa nostetaan esille kansallisen Alkoholiohjelman keskeinen merkitys alkoholipoliittikassa ja käydään läpi tärkeimmät alkoholipoliittiset muutokset niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Luvun päätteeksi käydään läpi alkoholipoliittisen mielipideilmaston kehitys EU-jäsenyyden aikana. Ehkäisevän päihdetyön nykytilaa ja raittiuslainsäädännön käsitellään luvussa 6. (Luvut 5–6.)

Katsauksen loppuluvun muodostaa asiantuntija-arvio alkoholihaittoja vähentävistä keinoista.

Luvussa esitetään toimenpidetaulukko keskeisistä alkoholipoliittisista toimenpiteistä, niiden tutkimusnäytöstä sekä mahdollisuudesta toteuttaa niitä Suomessa. (Luku 7.)

Katsauksen koordinoinnista on vastannut THL:n Päihdet ja riippuvuus -osasto. Osastolla katsauksen tekoa on ohjannut nelihenkinen koordinaatioryhmä, jota on johtanut Thomas Karlsson ja jonka muita jäseniä ovat olleet Elina Kotovirta, Christoffer Tigerstedt ja Katariina Warpenius. Koordinaatioryhmän ohella katsauksen kirjoittajina ovat toimineet Marja Holmila, Mikaela Lindeman, Pia Mäkelä, Kirsimarja Raitasalo ja Esa Österberg Alkoholi ja huumeet -yksiköstä sekä Markku Soikkeli ja Tuomas Tenkanen Tupakka-, päihde- ja rahapelihaitat -yksiköstä.

Lisäksi kirjoitustyöhön ovat osallistuneet Antti Impinen ja Jaana Markkula Elintavat ja osallisuus -osastolta sekä Kristiina Kuussaari ja Airi Partanen Mielenterveys ja päihdepalvelut -osastolta. Tilastotuotannossa on avustanut Tuomo Varis THL:n Tieto-osastolta.

2 SUOMEN ALKOHOLINKULUTUS KANSAINVÄLISESSÄ VERTAILUSSA

Kaikki kulutettu alkoholi ei näy tilastoissa. Vertailtaessa alkoholinkulutusta maailman eri maissa arviot alkoholinkulutuksen tasosta täytyy perustaa tilastotietojen ohella myös tietoihin tilastojen ulkopuolelle jäävästä alkoholinkulutuksesta. Tiedot alkoholinkulutuksesta ovat selvästi puutteellisempia muualla maailmassa kuin Euroopassa tai Pohjoismaissa. Kaikissa Euroopan maissa tilastoitu alkoholinkulutus kattaa valtaosan väestön juomasta alkoholista. Monissa kehittyvissä maissa tilastoitamattoman alkoholin kulutuksen osuus on selvästi merkittävämpi kuin Euroopassa, jopa niin, että joissakin maissa suurin osa alkoholin kokonaiskulutuksesta on tilastoimatonta. Maailmanlaajuisesti tilastoitamattoman alkoholin kulutuksen osuus alkoholin kokonaiskulutuksesta on Maailman terveysjärjestön (WHO) arvion mukaan noin 29 prosenttia.

Suomessa alkoholijuomien tilastoitua ja tilastoimatonta kulutusta seurataan tarkkaan. Arvioiden mukaan tilastojen ulkopuolelle Suomessa ja muissa Pohjoismaissa jää kuitenkin jonkin verran enemmän alkoholia suhteessa alkoholin kokonaiskulutukseen kuin Keski- ja Etelä-Euroopan maissa.

Alkoholinkulutus Euroopassa

Suuret erot alkoholin tilastoidun kulutuksen määrässä ovat kutistuneet merkittävästi neljässä vuosikymmenessä Euroopan maiden välillä. Toisen maailmansodan jälkeen alkoholinkulutus kasvoi lähes kaikissa teollistuneissa länsimaissa 1970-luvun puoleenväliin saakka. Poikkeuksena tähän yleiseen kehitykseen oli Ranska, jossa asukaslukuun suhteutettu alkoholinkulutus alkoi vähetä noin 20 litran tasolta jo 1950-luvulla. Muissa Välimeren viinimaissa alkoholinkulutus kääntyi laskuun 1970-luvun puolivälin tienoilla. Tämä laskeva, lähinnä viinin kulutuksen vähenemisestä johtuva kehitys näyttää jatkuvan edelleen.

Joissakin Euroopan maissa alkoholinkulutus on kuitenkin jatkanut kasvuaan 1970-luvun puolenvälin jälkeen. Suomi kuuluu näihin maihin Norjan ja Islannin sekä Irlannin ja Englannin ohella. Myös monissa Itä-Euroopan maissa alkoholinkulutus on tällä hetkellä korkeampi kuin 1970-luvun keskivaiheilla. Eurooppalaisessa mittakaavassa alkoholin kokonaiskulutus Suomessa on ylempää keskitasoa. Suomessa kulutetaan alkoholia henkeä kohti enemmän kuin Italiassa ja Kreikassa ja hieman vähemmän kuin Ranskassa. Eniten alkoholia kuluttavia maita Euroopassa ovat Tšekki, Unkari ja Irlanti.

Alkoholinkäytön määrät ja juomatavat poikkeavat siis edelleen Euroopan eri maiden ja alueiden välillä. WHO:n tuoreessa raportissa EU-maat on alkoholinkäytön suhteen jaettu neljään alueeseen. Nämä ovat Etelä-Eurooppa (Espanja, Italia, Kreikka, Kypros, Malta ja Portugali), Keski- ja Länsi-Eurooppa (Alankomaat, Bel-

gia, Irlanti, Iso-Britannia, Itävalta, Luxemburg, Ranska, Saksa ja Sveitsi), Itä-Eurooppa (Bulgaria, Latvia, Liettua, Puola, Romania, Slovakia, Slovenia, Tšekin tasavalta, Unkari ja Viro) sekä Pohjois-Eurooppa (Islanti, Norja, Ruotsi, Suomi ja Tanska).

Etelä-Euroopan maissa on perinteisesti juotu viiniä. Viini on ollut ennen muuta ruokajuoma ja sen käyttö on ollut jopa päivittäistä. Aterioiden ulkopuolella juominen ei ole ollut tavallista. Etenkin naisten keskuudessa on melkoisesti alkoholinkäytöstä pidättäytyviä. Välimeren viinimaiden juomatapaan kuuluu myös suurten kertakulutusmäärien ja häpeällisenä pidetyn juopumuksen välttäminen. Menneinä vuosikymmeninä Euroopan suurimmat kulutusluvut löytyivät Euroopan lounaisesta kolkasta, mutta viime vuosikymmeninä etenkin halvan pöytäviinin kulutus on alentunut näissä maissa huomattavasti. Tästä huolimatta viini on Etelä-Euroopassa yhä selvästi yleisin alkoholijuoma, vaikka ero oluen juontiin onkin kaventunut viime vuosikymmeninä.

Keski- ja Länsi-Euroopassa olut on perinteisesti ollut yleisin alkoholijuoma Ranskaa lukuun ottamatta, vaikka sen kulutus viime vuosina on hieman vähentynyt. Nykyään viinin ja oluen kulutus Keski- ja Länsi-Euroopan maissa on kutakuinkin yhtä suurta.

Itä-Euroopassa alkoholinkulutustaso on tätä nykyä keskimäärin korkeampi kuin koko EU:ssa. Tilastoimattoman alkoholinkulutuksen määrä, samoin kuin humalakulutuksen osuus kulutetusta alkoholista on näissä maissa suurempi kuin EU:ssa keskimäärin. Väkevien alkoholijuomien osuus alkoholin kulutuksesta on ollut merkittävä. Tämä koskee myös niitä Itä-Euroopan maita, joissa oluella on ollut suuri merkitys kuten Tšekin tasavaltaa ja Slovakiaa samoin kuin viiniä tuottavia ja kuluttavia maita kuten Bulgariaa, Romaniaa, Sloveniaa ja Unkaria. Itä-Euroopan maissa sekä oluen että väkevien alkoholijuomien kulutus on lisääntynyt viime vuosikymmeninä.

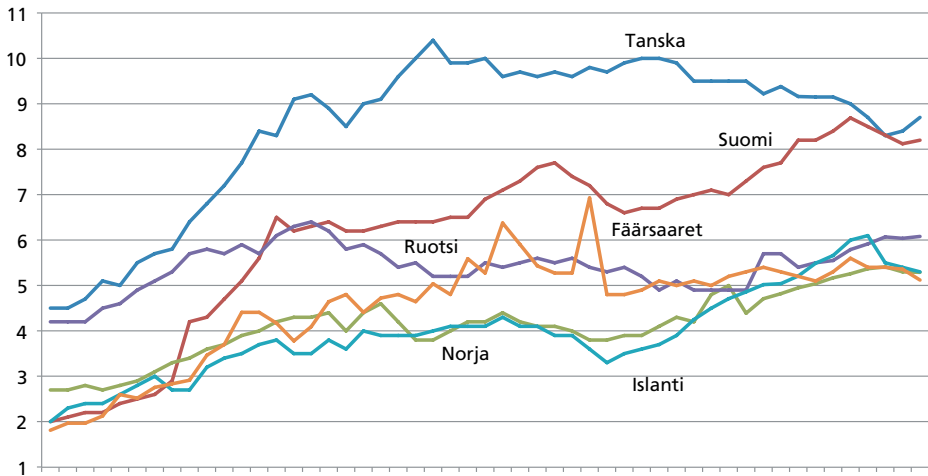
Pohjoismaissa kirkkaan viinan juonnilla on pitkät perinteet. Näiden maiden juomatapoja luonnehdittiin vuosikymmeniä sitten humalahakuisiksi juomisen keskittyessä vapaa-aikaan, viikonloppuihin ja juhlapäiviin. Lisäksi juominen oli valtaosaltaan miesten maailmaan liittyvää toimintaa, johon kuului juopumuksen hyväksyminen ja jopa ihannointi. Humalajuominen on näissä maissa edelleenkin olennainen osa juomatapoja, vaikka väkevät alkoholijuomat ovat menettäneet hallitsevan osuutensa oluelle ja viineille.

Suurella osalla Eurooppaa alkoholijuomia käytetään pääasiassa päihdyttävinä aineina. Euroopan mittakaavassa Pohjoismaiden juomatavat eivät näin ollen ole täysin poikkeavia. Pikemminkin Etelä-Euroopan viinimaiden juomatavat poikkeavat muun Euroopan ja Pohjoismaiden juomatavoista. Silti ei ole perusteltua ajatella, että alkoholinkulutus olisi Euroopan eri maissa asettumassa kutakuinkin samalle tasolle. Esimerkiksi Italian ja Suomen alkoholin tilastoitua kulutusta kuvaavat käyrät leikkasivat toisensa jo vuonna 2001, minkä jälkeen Italian laskeva ja Suomen nouseva suunta on jatkunut.

Useimmissa Euroopan maissa alkoholin tilastoitu kulutus on ollut 1970-luvun puolenvälin jälkeen joko vakaa tai aleneva. Sitä vastoin kolmessa Pohjoismaassa, Is-

lannissa, Norjassa ja Suomessa, se on kasvanut ja kahdessa, Ruotsissa ja Tanskassa, se on vuonna 2011 samalla tasolla kuin 1970-luvun puolessavälissä (kuvio 2.1). Sitten vuoden 1961 Suomi on tilastoidun alkoholin kulutuksen osalta noussut Pohjoismaiden vähiten kuluttavien maiden joukosta Pohjoismaiden kulutustilastoja pitkään johtaneen Tanskan rinnalle. Norjan kulutusluvut Suomi ohitti vuonna 1969 ja Ruotsin 1970-luvun jälkipuoliskolla.

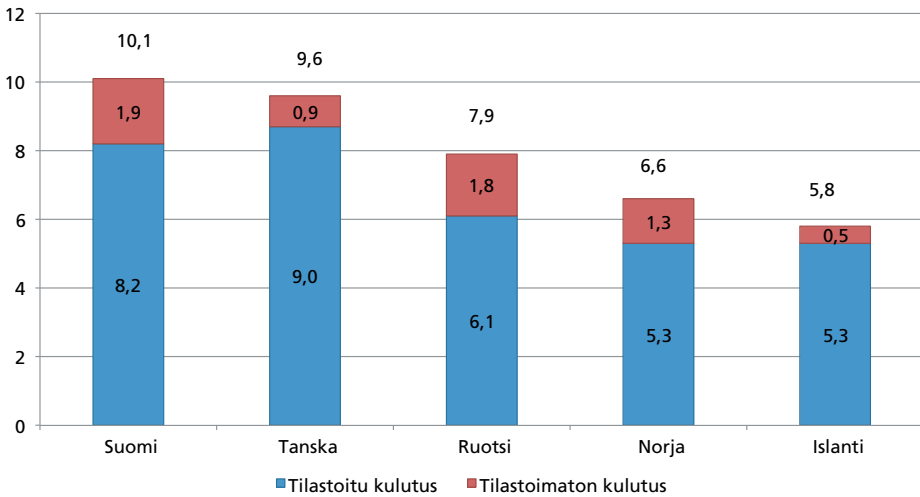
Alkoholijuomien tilastoidun kulutuksen juomaryhmittäinen rakenne on muuttunut Pohjoismaissa merkittävästi 1960-luvun alun jälkeen. Väkevien alkoholijuomien kulutus kasvoi vielä 1960-luvulla ja 1970-luvun alkupuolella kaikissa Pohjoismaissa, kunnes se 1970-luvun puolessa välissä tasaantui tai kääntyi laskuun. Vaikka väkevien alkoholijuomien kulutus on lisääntynyt useimmissa Pohjoismaissa vuoden 2000 jälkeen, kulutetaan kaikissa Pohjoismaissa tällä hetkellä väkeviä alkoholijuomia selvästi vähemmän kuin 1970-luvun puolessavälissä. Sen sijaan viinien kulutus on lisääntynyt kaikissa Pohjoismaissa viimeisen puolen vuosisadan aikana. Myös olutta kulutetaan nykyään enemmän kuin 1960-luvun alussa, vaikka oluen kulutus ei ole kehittynyt yhtenäisesti viime vuosikymmeninä. Islannissa oluen kulutus on selvästi lisääntynyt kun taas Tanskassa se on selvästi vähentynyt. Norjassa, Ruotsissa ja Suomessa olutta kulutetaan tilastojen mukaan tällä hetkellä suurin piirtein sama määrä kuin kaksi kolme vuosikymmentä sitten.



Kuvio 2.1. Tilastoitu alkoholinkulutus Pohjoismaissa vuosina 1961–2011, litroina 100 % alkoholia asukasta kohti

Lähde: Information on the Nordic alcohol market 2012.

Pohjoismaisessa vertailussa Suomen alkoholinkulutus ohitti ensi kertaa Tanskan alkoholin kokonaiskulutuksen vuonna 2005. Myös vuonna 2011 Suomen asukasta kohti lasketun alkoholin kokonaiskulutuksen arvioitiin olevan Pohjoismaiden korkein (kuvio 2.2).



Kuvio 2.2. Alkoholijuomien tilastoitu ja tilastoimaton kulutus Pohjoismaissa vuonna 2011 litroina 100 % alkoholia asukasta kohti

Lähde: Information on the Nordic alcohol market 2012.

Erilaisista juomatavoista johtuen alkoholin kulutuksen muutoksia määrittävät tekijät vaihtelevat alkoholikulttuurista toiseen. Yleistäen voidaan sanoa, että Välimeren viinimaissa maalta kaupunkiin tapahtuva muuttoliike, perheeseen nopea pieneneminen, ruokailutapojen muuttuminen ja vapaa-ajan lisääntyminen ovat myötävaikuttaneet eritoten viininkulutuksen roimaan laskuun. Merkittävän viinimäärän kuluttaminen lounasruokailun yhteydessä ei ole tänä päivänä teollisuudessa tai palveluelinkeinoissa työskenteleville kaupunkilaisille mahdollista samalla tavalla kuin maata viljelevälle talonpojalle puoli vuosisataa sitten.

Ne tekijät, joihin Välimeren maiden alkoholin kulutuksen lasku perustuu, eivät ole vaikuttaneet samalla tavalla esimerkiksi Irlannissa tai Suomessa, vaan näissä maissa samojen yhteiskunnallisten muutosten katsotaan lisänneen alkoholinkulutusta väestön siirtyttyä kuivalta maaseudulta kosteampiin kaupunkiin. Suomessa veden yleistyminen ruokajuomana on tapahtunut ennen muuta maidon kustannuksella, kun sama ilmiö on Välimeren maissa pääosin korvannut viininjuontia. Pohjoismaissa ja Suomessa alkoholinkäyttö on vahvasti sidoksissa lisääntyneeseen vapaa-aikaan eikä näköpiirissä ole vapaa-ajan vähenemistä tai vapaa-aikaan liittyvien juomatapojen merkityksen vähenemistä. Irlannissa ja Suomessa käytettävissä olevan rahan määrä näyttää kulkeneen lähes käsi kädessä alkoholin kulutuksen määrän kanssa niin taloudellisina nousu- kuin laskukausina. Sen sijaan monissa Keski-Euroopan maissa kulutusmahdollisuuksien lisääntyminen ei ole enää viime vuosikymmeninä näkynyt alkoholin kulutuksen kasvuna.

Alkoholinkulutus koko maailman mittakaavassa

Euroopassa kulutetaan keskimäärin 10 litraa 100 prosentista alkoholia 15 vuotta täyttäneestä väestöstä kohti. Tämä tarkoittaa sitä, että Eurooppa on selkeästi maailman johtava maanosa alkoholinkäytössä. Maittain tarkasteltuna alkoholin kulutuksen korkeimmat tasot löytyvät pohjoiselta pallonpuoliskolta Atlantilta Tyynelle valtamerelle ulottuvalta kaistaleelta eli Euroopasta ja Venäjältä. Muita korkean kulutuksen maita ovat Australia ja Uusi-Seelanti, Argentiina Etelä-Amerikassa sekä Nigeria ja Uganda Afrikassa. Pääsääntöisesti Saharan eteläpuoleisen Afrikan, Etelä- ja Pohjois-Amerikan sekä Aasian valtioissa alkoholinkulutus on lähellä koko maailman keskiarvoa, mikä WHO:n arvion mukaan on noin 6 litraa 15 vuotta täyttäneestä väestöstä kohti. Alhaisimmillaan alkoholin kokonaiskulutus on maissa, joissa muslimit muodostavat väestön valtaenemmistön. Maantieteellisesti kyse on alueesta, joka ulottuu Atlantin rantavaltioista Pohjois-Afrikassa Lähi-idän kautta Pakistaniiin. Myös Indonesia ja eräät muut Tyynenmeren saarivaltiot samoin kuin eräät entisen Neuvostoliiton eteläisen alueen valtiot kuuluvat vähän alkoholia kuluttaviin maihin.

Alkoholinkulutuksen trendejä tarkasteltaessa joudutaan pitäytymään vain tilastoituun kulutukseen. Näiden tietojen mukaan alkoholinkulutuksen voidaan sanoa pysyneen viimeisten vuosikymmenien aikana suurin piirtein ennallaan.

Maailmanlaajuisesti väkevät alkoholijuomat ovat olleet merkittävin alkoholin lähde. Vuoden 1990 jälkeen väkevien alkoholijuomien kulutus on kuitenkin hieman vähentynyt ja oluen kulutus on hieman lisääntynyt. Viime vuosikymmenen puolesvälissä oluen kulutus olikin jo noussut lähes samalle tasolle kuin väkevien alkoholijuomien kulutus, joka oli noin 1,7 litraa aikuista kohti. Maailmanlaajuisesti viinien kulutus oli noin kolmasosa väkevien alkoholijuomien kulutuksesta.

KIRJALLISUUTTA

Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [Online: <http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH>].

Information on the Nordic alcohol market 2012 (2012) Helsinki: Oy Alko Ab.

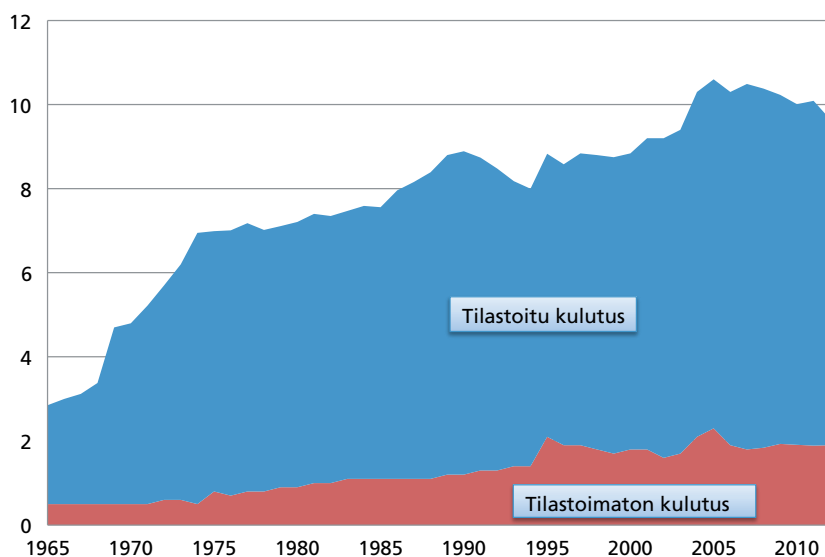
WHO (2011) Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization.

3 SUOMALAISTEN ALKOHOLINKULUTUS JA JUOMATAVAT

3.1. Alkoholinkulutuksen kehitys, nykytaso ja rakenne

Kokonaiskulutuksen muutos 1990–2012

Toisin kuin useimmissa läntisen Euroopan maissa alkoholin kokonaiskulutus jatkoi Suomessa kasvuaan myös 1970-luvun puolenvälin jälkeen. Vuonna 1990 alkoholin kulutus nousi Suomessa korkeammaksi kuin koskaan aikaisemmin ja samalla alkoi esiintyä voimakkaita kotimaisia vaatimuksia alkoholipoliittisten rajoitusten purkamisesta ja erityisesti viinien saatavuuden parantamisesta. Lisäksi Euroopan taloudellisen integraation uusi vaihe lisäsi mahdollisuuksia vapaamman alkoholipoliittikan toteuttamiseen. Alkoholijuomien saatavuus lisääntyi jonkin verran 1990-luvun alkupuoliskolla, mutta talouslaman aiheuttama ostovoiman hupeneminen oli kuitenkin niin suuri, että alkoholin kokonaiskulutus kääntyi laskuun vuoden 1990 jälkeen. Vuodesta 1990 vuoteen 1994 alkoholin kokonaiskulutus väheni yhteensä 11 prosenttia (kuvio 3.1).



Kuvio 3.1. Alkoholin kokonaiskulutus Suomessa vuosina 1965–2012 eriteltynä tilastoidun ja tilastoimattoman kulutuksen mukaan, litroina 100 % alkoholia asukasta kohti

Lähteet: Alkon vuosikirjat 1965–1994; Päihdetilastolliset vuosikirjat 1997–2012.

Talouselämä alkoi hellittää 1990-luvun puolessavälissä. Vuonna 1995 alkoholin kokonaiskulutus lisääntyi 10 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Tämä kasvu perustui ennen muuta oluen ja viinien verovapaata matkustajatuontia rajoittavien kiintiöiden lieventämiseen sekä alkoholijuomien matkustajatuontia kolmansista maista rajoittaneiden aikarajojen kumoamiseen. Nämä muutokset näkyivät itärajan ”viina- ja olutrallina” sekä Tallinnan ”olutkärryturismina”.

Matkustajatuontin hillitsemiseksi alkoholin tuontiin oikeuttavat aikarajat otettiin taas käyttöön EU:n ulkopuolisten maiden, kuten Venäjän ja Viron osalta touku-kuussa 1996. Seurauksena oli alkoholin kokonaiskulutuksen lievä notkahdus ja kokonaiskulutuksen pysyminen 1990-luvun jälkipuoliskolla koko lailla samalla, mutta lama-aikaa korkeammalla tasolla. Vuosisadan vaihteen jälkeen alkoholin kokonaiskulutus lähti hienoiseen, 1–3 prosentin vuosittaiseen kasvuun, ja vuoden 1990 kulu-tushuippu ylittyi ensimmäisen kerran vuonna 2001.

Vuoden 2004 alkoholipoliittiset muutokset (ks. luku 5.3) johtivat voimakkaaseen alkoholin kulutuksen lisääntymiseen ja alkoholin kokonaiskulutus nousi 10 prosentilla edelliseen vuoteen verrattuna. Vuonna 2005 alkoholinkulutus lisääntyi edelleen kahdella prosentilla, jolloin kokonaiskulutukseksi kirjattiin 10,5 litraa asu-kasta kohti. Tällä tasolla kulutus pysyi vuoteen 2007. Sen jälkeen taloudellisen kas-vun heikkeneminen ja vuosina 2008–2012 toteutetut neljä alkoholiveron korotusta ovat vähentäneet alkoholin kokonaiskulutuksen 9,6 litraan vuonna 2012.

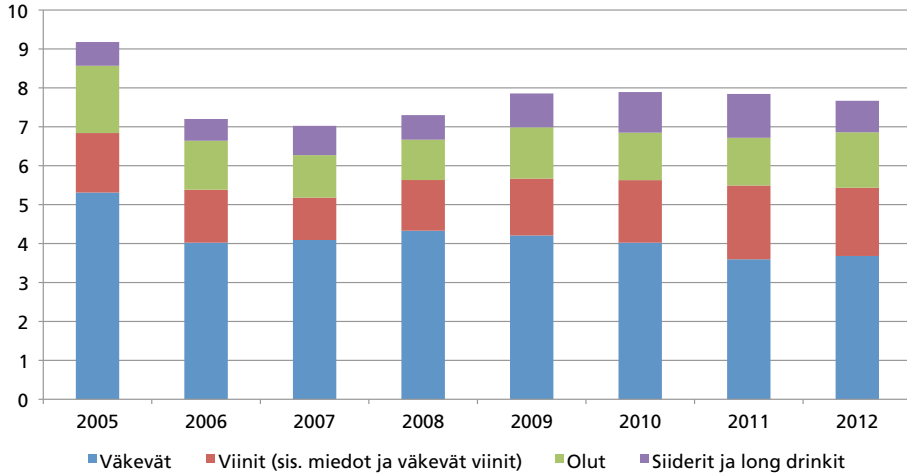
Tilastoimaton alkoholinkulutus

Tilastoimaton alkoholinkulutus koostuu matkustajien Suomeen tuomista alkoholi-juomista, suomalaisten ulkomailla nautitusta alkoholista, kotivalmistuksesta sekä salakuljetuksesta. Tilastoimaton alkoholinkulutus oli 1970-luvun alkupuolella pie-nimmillään sekä määrällisesti että suhteessa alkoholin kokonaiskulutukseen (kuvio 3.1). Tuolloin sen osuus alkoholin kokonaiskulutuksesta oli noin 10 prosenttia. Seuraavina vuosikymmeninä kasvu oli suhteellisen tasaista, ja vuonna 1990 tilastoimat-on alkoholinkulutus oli kaksin- tai kolmikertainen 1970-luvun alkuun verrattuna. Koska myös tilastoitu alkoholinkulutus lisääntyi, oli tilastoimattoman kulutuksen osuus vuonna 1990 yhä alle 15 prosenttia. Seuraavina vuosikymmeninä tilastoimat-toman alkoholinkulutuksen kehitys on ollut epätasaisempaa. Vuonna 2005 tilastoi-mattoman alkoholinkulutuksen osuus koko kulutuksesta nousi 22 prosenttiin mut-ta aleni seuraavana vuonna noin 18 prosenttiin, ja suurin piirtein tällä tasolla se on sen jälkeen pysynyt.

Viime vuosina noin kolme neljäsosaa tilastoimattomasta alkoholinkulutuksesta on koostunut matkustajien tuomista alkoholijuomista ja lähes viidesosa ulkomailla nautitusta alkoholista. Kotivalmistuksen sekä salakuljetuksen osuus on jäänyt alle kymmenesosaan tilastoidusta alkoholinkulutuksesta. Tästä laittoman alkoholin osuus on ollut hieman yli puolet. Talouselämän aikana 1990-luvun alussa alkoholin kotivalmistus elpyi selvästi, mutta on sen jälkeen laskenut varsin alhaiselle tasolle.

Salakuljetusalkoholia ilmestyi Suomen markkinoille EU:hun liittymisen yhteydessä, mutta etenkin vuoden 2004 veronalennuksen jälkeen sen osuus on pysynyt varsin pienenä.

Alkoholijuomien matkustajatuontia on seurattu vuoden 2004 toukokuusta alkaen (kuvio 3.2). Noin puolet kaikesta matkustajatuonnista on koostunut väkevista alkoholijuomista ja trendi on viime vuosina ollut laskeva. Sen sijaan mietojen viinien määrä ja osuus ovat lisääntyneet viime vuosina jopa siinä määrin, että mietojen viinien ja oluen tuonti 100-prosenttisena alkoholina on nykyään lähes yhtä suurta.



Kuvio 3.2. Alkoholijuomien matkustajatuonti Suomessa 12 kuukauden liukuvana keskiarvona vuosina 2005–2012 juomaryhmittäin miljoonina litroina 100 % alkoholina

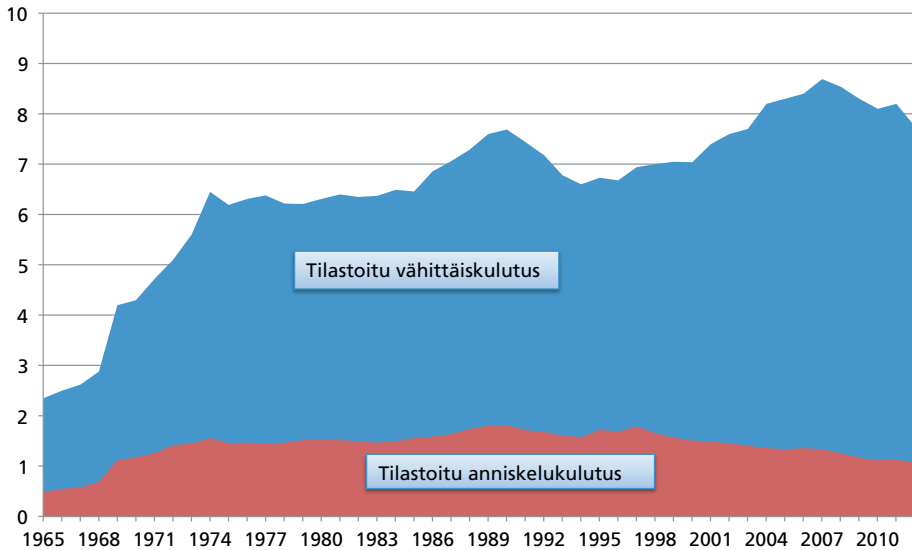
Lähteet: TNS Gallupin matkustajatuontigallup 2005–2012.

Alkoholijuomien kotimainen myynti

Vuonna 1990 alkoholijuomien anniskelun osuus oli 24 prosenttia alkoholijuomien kotimaisesta myynnistä. Tämä osuus oli pysynyt vakaana edellisten vuosikymmenien ajan. Vuoden 1997 jälkeen tilanne on muuttunut merkittävästi, kun alkoholijuomien anniskelukulutus on vähentynyt suhteellisesti ja jopa absoluuttisesti (kuvio 3.3). Kun alkoholia anniskeltiin asukasta kohti 1,8 litraa vuonna 1997, oli anniskeltu alkoholimäärä vuonna 2012 pudonnut 1,1 litraan. Anniskelun määrä oli siis vähentynyt runsaalla kolmanneksella runsaan vuosikymmenen aikana. Samaan aikaan anniskellun alkoholin osuus tilastoidusta alkoholinkulutuksesta oli pudonnut 26 prosentista vajaaseen 14 prosenttiin.

Vuonna 2012 suomalaiset hankkivat 45 prosenttia kotimaasta ostamistaan alkoholijuomista päivittäistavarakaupoista, mukaan lukien huoltamot ja kioskit. Vuonna 1995 vastaava osuus oli kolmannes. Vuoden 1995 jälkeen myös Alkon markkinaosuus on kasvanut, vaikkakin vähemmän kuin päivittäistavarakaupan osuus.

Vuonna 2012 kaikesta Suomesta hankitusta alkoholista 42 prosenttia oli peräisin Alkon myymälöistä.



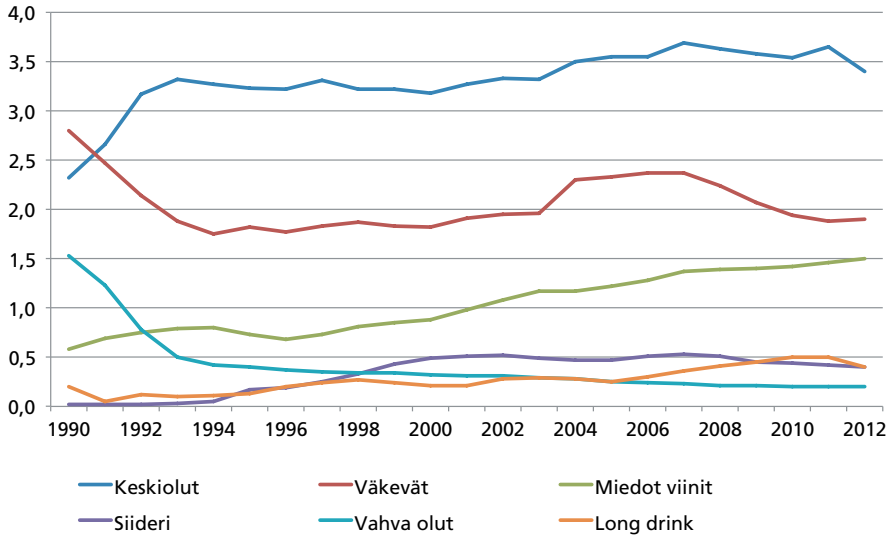
Kuvio 3.3. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus Suomessa vuosina 1965–2012 eriteltynä anniskelumyynnin ja vähittäismyynnin mukaan, litroina 100 % alkoholia asukasta kohti

Lähteet: Alkon vuosikirjat 1965–1994; Päihdetilastolliset vuosikirjat 1997–2012.

Alkoholijuomien kulutus juomaryhmittäin

Alkoholin kulutuksen juomaryhmittäinen rakenne on Suomessa muuttunut merkittävästi toisen maailmansodan jälkeen (kuvio 3.4). Tuorein suuri muutos nähtiin 1980-luvun viimeisinä ja 1990-luvun ensimmäisinä vuosina, jolloin väkevien alkoholijuomien kulutus väheni muutamassa vuodessa noin 40 prosentilla ja vahvan oluen suosio romahti samalla kun keskioluen kulutus lisääntyi voimakkaasti. Vuoden 1995 jälkeen myös siiderin kulutus lisääntyi merkittävästi, kun kaikkien käymisteitse valmistettujen korkeintaan 4,7 tilavuusprosenttisten alkoholijuomien myynti sallittiin päivittäistavarakaupoissa. Siiderin kulutus nousi 5 miljoonasta litrasta vuonna 1994 noin 50 miljoonaan litraan vuosikymmenen loppuun mennessä. Samana ajanjaksona long drink -juomien myynti nousi lähes 10 miljoonasta litrasta 20 miljoonaan litraan.

Viimeisen vuosikymmenen aikana keskioluen ja viinien sekä long drink -juomien kulutus on ollut kasvussa, kun taas vahvan oluen kulutusta on hallinnut aleneva trendi. Väkevien alkoholijuomien kulutus oli lievässä nousussa jo ennen vuoden 2004 hypähdystä, mutta aivan viime vuosina väkevien alkoholijuomien kulutus on alentunut. Siidereiden kulutus on 2000-luvulla pysynyt suurin piirtein ennallaan aivan viime vuosia lukuun ottamatta.



Kuvio 3.4. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus Suomessa vuosina 1990–2012 juomaryhmittäin, litroina 100 % alkoholia asukasta kohti

Lähteet: Alkon vuosikirjat 1990–1994; Päihdetilastolliset vuosikirjat 1997–2012.

3.2. Juomatapojen kehitys

Alkoholin kokonaiskulutus on noussut viimeisten 50 vuoden ajan kahta poikkeusta lukuun ottamatta. Talouslama 1990-luvun alussa supisti alkoholinkulutusta noin 10 prosentilla ja vuodesta 2008 kulutus on laskenut vajaalla 10 prosentilla. Suomalaisen alkoholinkulutuksen viisinkertaistuminen 50 vuodessa perustuu kolmeen seikkaan: alkoholinkuluttajien määrä on lisääntynyt, alkoholinkuluttajat ovat alkaneet juoda yhä useammin ja alkoholinkuluttajat juovat keskimäärin isompia määriä kullakin juomiskerralla. Pitkällä aikavälillä tämä nyrkkisääntö on pätevä ja 1990-luvun ja 2000-luvun osalta se pätee edelleen osittain. Seuraavat tiedot perustuvat Juomatapatutkimuksen vuosina 1992, 2000 ja 2008 kerättyihin aineistoihin:

- *Raittius.* Raittiiden miesten osuus on ollut melko vakaa ja pysynyt noin 10 prosentin tuntumassa. Raittiiden naisten osuus sen sijaan on laskenut 20 prosentista (1992) ja on asettunut 10 prosentin tasolle.
- *Alkoholinkäytön tiheys.* Vähintään viikoittain juovien miesten osuus kasvoi 1990-luvun alkuun asti, mutta on sen jälkeen tasaantunut. Vuonna 2008 melkein kaksi kolmasosaa miehistä käytti alkoholia vähintään kerran viikossa. Naisilla on havaittavissa hieman samantyyppinen kehitys, joskin alhaisemmalla tasolla: ennen 1990-lukua vähintään viikoittain juovien osuus kasvoi nopeasti, mutta sen jälkeen osuus asettui 35 prosentin tasolle.

- *Kerralla juodut määrät.* Kerralla juoduissa määrissä 1990- ja 2000-luvulla tapahtui yksi mainitsemisen arvoinen muutos, joka ajoittui 2000-luvulle. Silloin suurten annosmäärien juomiskerrat (yli 8 annosta/krt.) kasvoivat tuntuvasi naisten jokaisessa ikäryhmässä. Eniten eli yhdeksän ”suurkäyttökertaa” vuodessa ilmoittivat nuorimmat ikäluokat eli 15–29-vuotiaat. Vastaava määrä samanikäisillä miehillä oli 22 juomiskertaa.

Alkoholinkäytön jakautuminen. Alkoholinkäyttö jakautuu kuluttajien kesken edelleen erittäin epätasaisesti. Sekä naisten että miesten eniten juova kymmenys kuluttaa noin puolet kaikesta alkoholista. Myös naisten osuus kaikesta juodusta alkoholista on pysynyt jokseenkin samana eli noin 30 prosentissa. Miehet juovat siis yli kaksi kertaa enemmän kuin naiset.

Alkoholin suurkulutus. Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa suurkulutukseksi määritellään usein miehillä vähintään 40 ja naisilla vähintään 20 grammaa puhdasta alkoholia viikossa. Miehillä tämä tarkoittaa vähintään 24 ja naisilla vähintään 12 viikkoannosta. Näin määriteltynä vuoden 2008 Juomatapatutkimukseen vastanneista 15–69-vuotiaista miehistä kahdeksan prosenttia ja naisista viisi prosenttia oli alkoholien suurkuluttajia. Tämä merkitsee yli 150 000 miestä ja lähes 100 000 naista. Luvut ovat suurella todennäköisyydellä aliarvioita: haastateltavat aliraportoivat systemaattisesti omaa kulutusmääräänsä, paljon alkoholia kuluttavat jättäytyvät tutkimuksesta pois, ja asunnottomat ja laitoksessa asuvat eivät kuulu Juomatapatutkimuksen piiriin.

Kaikki suurkuluttajat eivät kuitenkaan täytä alkoholiriippuvuuden diagnostisia ehtoja, vaan osa heistä pystyy vähentämään kulutustaan ennen riippuvuuden kehittymistä.

Juomisrytmit. 1990- ja 2000-luvulla lisääntynyt alkoholinkäyttö on vain vähäisessä määrin muuttanut suomalaisten vakiintunutta tapaa rytmittää juomistaan.

- *Vuosirythmi.* Juomisen vuosirythmi kulkee käsi kädessä isojen pyhien ja lomien kanssa. Alkoholijuomien kokonaisytynti on suurinta joulukuussa joulun ja uuden vuoden ostoksineen, toiseksi suurinta kesä- ja heinäkuussa juhannus- ja lomaostoksineen ja kolmanneksi suurinta huhtikuussa vappuostoksineen.
- *Viikkorythmi.* Juomiskertojen jakautuminen viikolla noudattaa vakiintunutta rytmiä. Kaksi kolmasosaa juomiskerroista ja neljä viidesosaa humalakerroista osuvat perjantain ja sunnuntain välille. Lauantai on selvästi suosituin päivä. Kello 20:n ja 21:n välillä lauantaina lähes miljoona suomalaista viettää aikaa lasin ääressä. Mielenkiintoista on, että naisten juomiskertojen voimakas kasvu on 1970-luvusta lähtien keskittynyt yhä enemmän viikonloppuihin. Alkoholinkulutuksen lisääntymisen seurauksena juomiskertojen määrä on kuitenkin lisääntynyt myös muulloin kuin viikonloppupäivinä. Esimerkiksi keskiviikkoina kello 20:n ja 21:n välillä alkoholinkuluttajia on noin 200 000.
- *Vuorokausirythmi.* Myös juomisen vuorokausirythmi on pysynyt ennallaan. Aamulla, lounasaikaan ja iltapäivällä alkoholinkäyttö on harvinaista ja yleisty vasta kello 17 jälkeen. Vaikka juominen ei yleisesti ottaen ole myöhentynyt juu-

rikaan viime vuosikymmeninä, humalajuominen aamuyöstä on yleistynyt voimakkaasti. Yli puolet humalakerroista 2000-luvulla päättyi puolenyön jälkeen ja kolmasosa vasta kello 02.00 jälkeen.

Humalajuominen. Humala on yleisesti ottaen säilyttänyt tärkeän paikkansa suomalaisessa juomiskulttuurissa. Neljänkymmenen vuoden perspektiivissä erityisesti naiset ja nuoret aikuiset, mutta myös vanhemmat miehet ovat lisänneet suurten alkoholimäärien juomista kerralla.

Juomatapatutkimuksissa humalajuomista on mitattu kysymällä ihmisten subjektiivista käsitystä siitä, miten usein he ovat olleet humalassa ”niin, että se todella tuntuu”. Vuonna 2008 miesten keskuudessa erottuivat 20–29-vuotiaat, jotka ensinnäkin humaltuivat useammin kuin mikään muu ikäryhmä ja toiseksi ilmoittivat humaltuvansa selvästi useammin kuin vuoden 1992 kyselyssä. Peräti puolet heistä kertoi olleensa ”todella tuntuu” -humalassa ainakin kerran kuukaudessa. Sitä vastoin 15–19-vuotiaiden miesten keskuudessa humalajuominen harventui 2000-luvulla: vuonna 2008 neljäsosa heistä ilmoitti olleensa humalassa ainakin kerran kuukaudessa niin, että se todella tuntui. Vanhemmissa miespuolisissa ikäryhmissä ei ollut tapahtunut isompia muutoksia.

Naisten kohdalla tilanne oli osittain erilainen. Miespuolisten ikätovereittensa tapaan 20–29-vuotiaat naiset humaltuivat kyllä useimmin. Heistä viidennes oli vuonna 2008 ollut tosihumalassa ainakin kerran kuukaudessa ja kolme neljäsosa ainakin kerran vuodessa. Suuria muutoksia humalajuomisessa tapahtui kuitenkin 20–29-vuotiaita vanhemmissa ikäryhmissä 1990-luvulla, eikä humalan yleisyys ole näiden naisten keskuudessa siitä muuttunut. 30–49-vuotiaista naisista puolet ja 50–69-vuotiaista naisista neljäsosa kertoi humaltuneensa ainakin kerran vuodessa niin, että se todella tuntui. Sen sijaan nuorimmassa 15–19-vuotiaiden ikäryhmässä naisten humalajuominen oli yhtä yleistä 1990- ja 2000-luvulla: viidennes kertoi olleensa tosi humalassa.

Edelleen on suomalaisia, jotka eivät ole koskaan juoneet itseään tuntuvaan humalaan. Miesten kohdalla heidän osuutensa on kuitenkin varsin pieni kaikissa ikäluokissa eikä siinä ole tapahtunut muutoksia. Naisten puolella muutokset ovat sitä suurempia. Vuonna 2008 vain kahdeksan prosenttia 20–29-vuotiaista naisista ei ollut ollut kunnon humalassa, kun heidän osuutensa vuonna 1992 oli 20 prosenttia. Vanhin naisikäluokka, 50–69-vuotiaat, poikkeaa kuitenkin muista naisista siinä, että vuonna 2008 heidän joukostaan puolet ei ollut hankkiutunut tosihumalaan, eikä tuo osuus ollut muuttunut vuodesta 1992.

Juomisympäristö ja -seura. Suurin osa suomalaisten juomiskerroista tapahtuu kotona, mutta varsinkin miesten juominen kotona lisääntyi 1990- ja 2000-luvuilla. Nykyään yli 80 prosenttia miesten ja lähes saman verran naisten juomiskerroista tapahtuu kodin seinien sisäpuolella. Samanaikaisesti juomisseura kotioloissa on muuttunut. Selvästi yleisimmäksi juomisseuraksi kotona on 2000-luvulla noussut puoliso tai seurustelukumppani. Miehillä näiden juomiskertojen osuus on 45 prosenttia ja naisilla 43 prosenttia. Toinen muutos on se, että sekä miesten kesken että naisten kesken tapah-

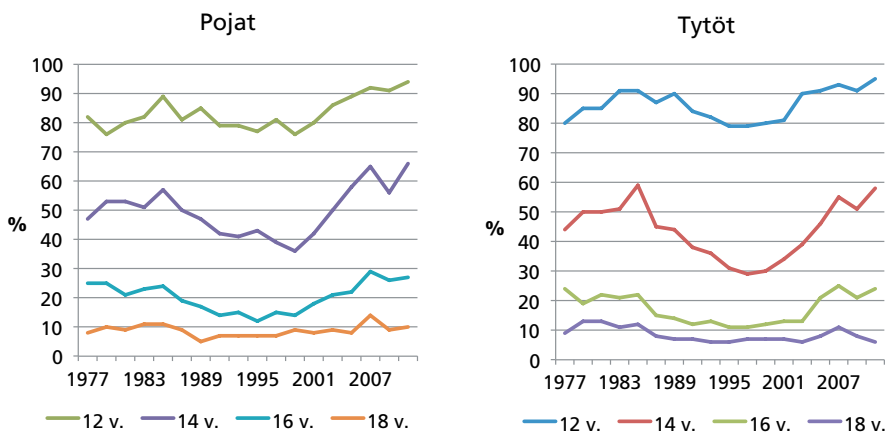
tuva juominen kotioiloissa näyttävät vähentyneen: vain vajaa 10 prosenttia miesten ja naisten juomiskerroista kotona tapahtuu samaa sukupuolta olevien kesken.

Vastaavasti anniskeluympäristössä tapahtuvien juomiskertojen osuus on laskenut, miehillä jopa alle 20 prosentin kaikista juomiskerroista. Myös anniskeluympäristössä juomisseura on muuttunut. Harvemmin juodaan vain miesten tai naisten kesken ja yhä useammin naisista ja miehistä koostuvissa seurueissa. Lisäksi seurueet ovat vuosien mittaan kasvaneet. Noin puolet juomiskerroista tapahtuu yli neljän hengen ryhmässä.

Alkoholi ruokajuomana. Mietojen viinien kulutuksen kolminkertaistuminen 1980-luvun puolenvälin jälkeen heijastuu jossain määrin myös viinien yleistymiseen ruokajuomana. Silti viinit kuuluvat edelleen melko harvoin suomalaiseen ruokapöytään. Vuonna 2008 miehistä 12 ja naisista 10 prosenttia joi viiniä ruoan kera vähintään kerran viikossa. Osuus oli kuitenkin nousussa verrattuna 1990-luvun alun tilanteeseen, toisin kuin oluen kohdalla: vuonna 2008 miehistä 16 prosenttia ja naisista vain neljä prosenttia käytti olutta ruokajuomana vähintään kerran viikossa.

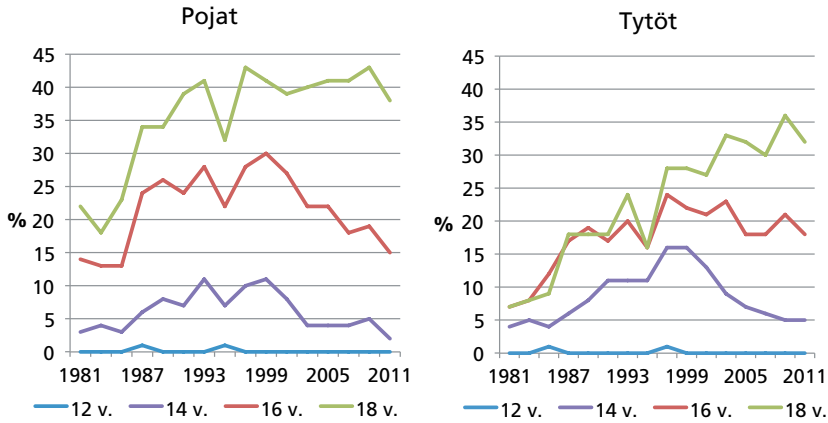
Alle kolmikymppiset eivät selvästi suosineet viinien kulutusta aterioiden yhteydessä, kun taas noin 14 prosenttia yli kolmikymppisistä käytti viiniä vähintään kerran viikossa ruokajuomana. Lisäksi pääkaupunkiseudulla asuvat ja korkea-asteen koulutuksen suorittaneet yhdistivät muita useammin viinejä ateriaan.

Nuorten alkoholinkäyttö. Nuorten terveystapatutkimuksen (NTTT) mukaan nuorten raittiiden osuus väheni ja humalajuominen yleistyi 1980- ja 1990-luvuilla. Vuosituhannen vaihteessa tässä kehityksessä tapahtui selkeä käänne, ja 2000-luvulla raittius on nuorilla merkittävästi yleistynyt ja humalajuominen vähentynyt (kuviot 3.5 & 3.6). Nämä muutokset ovat koskeneet alaikäisiä. Samanlaista kehitystä ei ole nähtävissä 18-vuotiailla. Erityisesti 18-vuotiaiden tyttöjen raittius on vähentynyt ja humalajuominen lisääntynyt 2000-luvun alusta.



Kuvio 3.5. Raittiiden 12-, 14-, 16- ja 18-vuotiaiden tyttöjen ja poikien osuudet iän mukaan vuosina 1977–2011

Lähde: NTTT; Raisamo ym. 2011.



Kuvio 3.6. Tosi humalaan vähintään kuukausittain juovien 12-, 14-, 16- ja 18-vuotiaiden tyttöjen ja poikien osuudet iän mukaan vuosina 1977–2011

Lähde: NNTT; Raisamo ym. 2011.

Eurooppalaisen koululaistutkimuksen (ESPAD) mukaan 15–16-vuotiaiden nuorten humalajuominen on vähentynyt kaikissa asuin ympäristöissä ja eri sosiaalisista taustoista tulevien nuorten keskuudessa. Rahtiuden lisääntyminen puolestaan on ollut voimakkaampaa Etelä-Suomessa ja niillä nuorilla, joiden vanhemmilla on korkeakoulututkinto. Vaikka alkoholijuomat halpenivat huomattavasti vuonna 2004, ei tämä pysäyttänyt suotuisaa kehitystä nuorten osalta.

Ikäihmisten alkoholinkulutus. Eläkeikäisen väestön (65–84-vuotiaat) terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimus (EVTK) osoittaa, että vanhemman väestön alkoholinkäyttö on lisääntynyt tasaisesti 1980-luvun puolivälistä lähtien. Vuonna 1985 65–79-vuotiaista miehistä 60 prosenttia ja naisista 30 prosenttia oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Vuonna 2011 vastaavat luvut olivat 80 prosenttia ja runsaat 60 prosenttia. Kyse ei ole vain satunnaisen käytön lisääntymisestä, vaan eläkeikäiset ovat lisänneet selvästi myös säännöllisempää juomistaan. Vuonna 1985 alle viidesosa 65–84-vuotiaista miehistä ja alle viisi prosenttia samanikäisistä naisista käytti alkoholia vähintään kerran viikossa. Vuonna 2011 miesten osuus oli nousut kolmasosaan ja naisten viidesosaan.

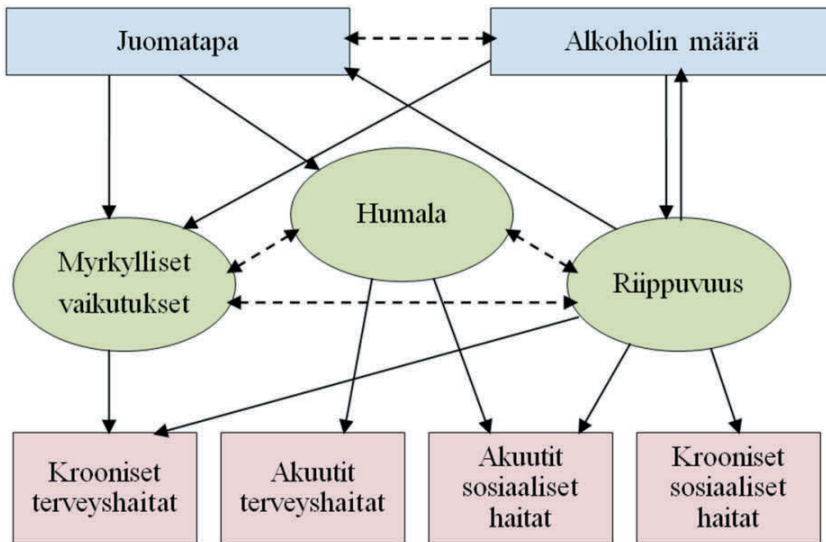
KIRJALLISUUTTA

- Alkon vuosikirja (vuosikerrat 1965–1994) Helsinki: Oy Alko Ab.
- Holstila A-L., Helakorpi S., Uutela A. (2012) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2011 ja niiden muutokset 1993–2011. Raportti 56. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Huhtanen, P. & Miekkala, M. & Mustonen, H. & Mäkelä, P. (2011) Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968–2008. Juomatapatutkimusten tuloksia. Raportti 26. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karlsson, T., Wahlfors, L., Österberg, E. & Miekkala, M. (2013) Matkustajien Suomeen tuomien alkoholijuomien määrän seuranta vuodesta 2004. Miten tiedot on kerätty, mitä kerätyt tiedot kertovat, miten luotettavina niitä voidaan pitää ja miten niitä tulisi tulkita? (tulossa).
- Mäkelä, P. (2012) Koko kansa juo – ketkä kärsivät haitat? Teoksessa Heinonen, J. (toim.): Kuin kala verkossa, 145–152. Espoo: Prometheus.
- Mäkelä, P. & Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) (2010) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Päihdetilastollinen vuosikirja (vuosikerrat 1997–2012) Alkoholit ja huumeet. Helsinki: Stakes, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto ja Sosiaaliturva.
- Raisamo, S., Pere, L., Lindfors, P., Tiirikainen, M. & Rimpelä, A. (2011) Nuorten terveystapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Raitasalo, K. & Huhtanen, P. & Miekkala, M. & Ahlström, S. (2012) Nuorten päihteiden käyttö Suomessa – ESPAD-tutkimuksen tuloksia. Raportti 59. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Raitasalo, K. & Simonen, J. (2011) Alaikäiset juovat entistä vähemmän, mutta nuorten aikuisten juominen lisääntyy. Yhteiskuntapolitiikka 76, 17–29.
- Tigerstedt, C. (toim.) (2007) Nuoret ja alkoholi. Helsinki: Alkoholit- ja huumetutkijain seura & Nuorisotutkimusseura ja Nuorisotutkimusverkosto.
- Österberg, E. (2002) Alkoholipolitiikan murros 1990-luvulla. Teoksessa: Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi, 230–248. Helsinki: Stakes.

4 ALKOHOLINKÄYTÖN HAITAT, KUSTANNUKSET JA KUORMITUS PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

Alkoholia käytetään, koska siitä on monenlaista iloa ja hyötyä ja koska alkoholinkäytön koetaan kuuluvan moniin sosiaalisiin toimintoihin. Alkoholia valmistetaan ja myydään, koska se on kulutustuote, jolla on oma roolinsa kansantaloudessa ja elinkeinoelämässä. Yhteiskunnalla on tarve säädellä alkoholinkäyttöä ja alkoholielinkeinoja, koska käytön myönteisten vaikutusten sivutuotteena syntyy niin käyttäjille kuin muille ihmisille merkittäviä sosiaalisia ja kansanterveydellisiä haittavai- kutuksia sekä mittavia yhteiskunnallisia kustannuksia.

Kuviossa 4.1 on havainnollistettu alkoholinkäytön ja haittojen välistä yhteyttä sekä käytön ja haittojen välillä vaikuttavia mekanismeja. Alkoholinkäytön seuraukset voivat olla kertakäyttöön liittyviä akuutteja haittoja tai alkoholin jatkuvaan käyt- töön liittyviä kroonisia haittoja. Terveyshaittojen lisäksi käytöstä voi seurata myös suuri määrä erilaisia sosiaalisia ongelmia, kuten riitoja, lasten laiminlyöntiä, talou- dellisia ongelmia tai työelämän ongelmia.



Kuvio 4.1. Alkoholinkäytön ja haittojen välinen yhteys

Lähde: Babor ym. 2010.

Alkoholinkäytöstä aiheutuviin haittoihin vaikuttaa käytetyn alkoholin kokon- näismäärän lisäksi olennaisesti juomatapa: kuinka usein alkoholia juodaan, kuinka paljon sitä juodaan kerralla ja millaisissa tilanteissa. Vaikka alkoholia käytettäisiin

vain harvoin, mutta aina suuria määriä kerrallaan, voi humalatile johtaa erilaisiin tapaturmiin, väkivaltaan, sosiaalisiin ongelmiin ja akuutteihin terveysongelmiin. Veren alkoholipitoisuuden lisäksi humaltumisen seurauksiin vaikuttavat monet muutkin seikat, kuten yksilön elimistön kyky sopeutua alkoholin vaikutuksiin ja yhteiskunnassa vallitsevat humalajuomisen normit.

4.1. Alkoholinkäytön haitat yksilötasolla

Alkoholilla on myrkyllisiä vaikutuksia, joten jatkuva alkoholinkäyttö lisää kudus- ja elinvaurioiden riskiä. Säännöllinen alkoholinkäyttö voi lisäksi johtaa alkoholiriippuvuuteen. Tyypillisiä pidempiaikaisesta alkoholi-altistuksesta seuraavia kroonisia terveyshaittoja ovat maksasairaudet, haimatulehdus, aivokuduskato, muistihäiriöt, uniongelmat, sydämen toimintahäiriöt sekä tietyt syövätkä. Alkoholiriippuvuus puolestaan on omiaan lisäämään sekä alkoholin pidempiaikaista haitallista kulutusta että humalakulutusta. Muut ihmiset kuin alkoholinkäyttäjät itse joutuvat kantamaan osan sekä akuuteista että kroonisista seurauksista. Ulkopuolinen voi joutua kokemaan humalaisen yllättävää väkivaltaa tai alkoholinkäyttö voi aiheuttaa perheessä pitempiaikaisia taloudellisia tai muita ongelmia.

Kohtuullisen alkoholinkäytön mahdollisia terveyshyötyjä on tutkittu paljon. Tiedetään, että kohtuullisesti alkoholia käyttävät ovat erityisesti sydänterveytensä osalta keskimäärin terveempiä kuin täysin raittiit. Kontrolloituja kokeita puuttessa tiedeyhteisö ei ole kuitenkaan päässyt yksimielisyyteen siitä, onko kyseessä todellinen vaikutussuhde vai näennäissuhde, jossa raittiiden henkilöiden muut ominaisuudet kuten elintavat, persoonallisuuden piirteet tai yhteiskunnallinen asema vaikuttavat sekä heidän raittiuteensa että terveyteensä.

Juomalajivalinnalla ei ole haittojen kannalta suurta merkitystä. Kaikkein olennaisinta haittojen kannalta on yhtäältä yhdellä kerralla juotu ja toisaalta pidemmällä aikavälillä juotu alkoholin kokonaismäärä. Näiden lisäksi juomalajivalinnalla on vain vähäistä merkitystä. Laimentamattomien väkevien juomien nauttiminen kyllä nostaa veren alkoholipitoisuuden jonkin verran korkeammalle kuin mietojen juomien nauttiminen. Suomalaisen tutkimuksen mukaan suurin osa väkevista alkoholijuomista kuitenkin nautitaan laimennettuna. Alkoholimyrkytysten osalta väkevät juomat lienevät hieman muita juomia keskeisemmässä roolissa.

Yksilöiden ja ryhmien välillä on suuria eroja siinä, kuinka paljon akuutteja ja kroonisia terveydellisiä ja sosiaalisia haittavaikutuksia seuraa tietystä määrästä alkoholia. Naiset ovat miehiä alttiimpia alkoholin vaikutuksille. Saman alkoholimäärän nauttiminen johtaa naisilla 20–30 prosenttia korkeampaan veren alkoholipitoisuuteen kuin miehillä. Pääasiallinen syy tähän on naisten kehon pienempi vesipitoisuus ja paino. Alkoholinkäytön aiheuttamat krooniset terveyshaitat kuten maksavaurio kehittyvät naisille lyhyemmässä ajassa ja alhaisemmalla kulutustasolla kuin miehille.

Myös ikä vaikuttaa alkoholin haittavaikutuksiin: vanha elimistö ei kestä alkoholin vaikutuksia samalla tavoin kuin nuori, humalan vaikutus yhdistyneenä heiken-

tyneeseen toimintakykyyn lisää akuuttien haittojen riskiä ja yhteisvaikutukset lääkkeiden kanssa voivat tuottaa epätoivottuja vaikutuksia.

Sukupuolen ja iän lisäksi myös sosioekonomisen aseman on todettu vaikuttavan haittojen määrään. Suhteessa sekä kulutettuun alkoholimäärään että humalakulutukseen hyväosaiset kokevat vähemmän haittoja kuin huonompiosaiset. Selitys on todennäköisesti se, että haittojen ilmaantuessa hyväosaiset onnistuvat useammin lopettamaan haitallisen alkoholinkäytön paremman tukiverkoston ansiosta.

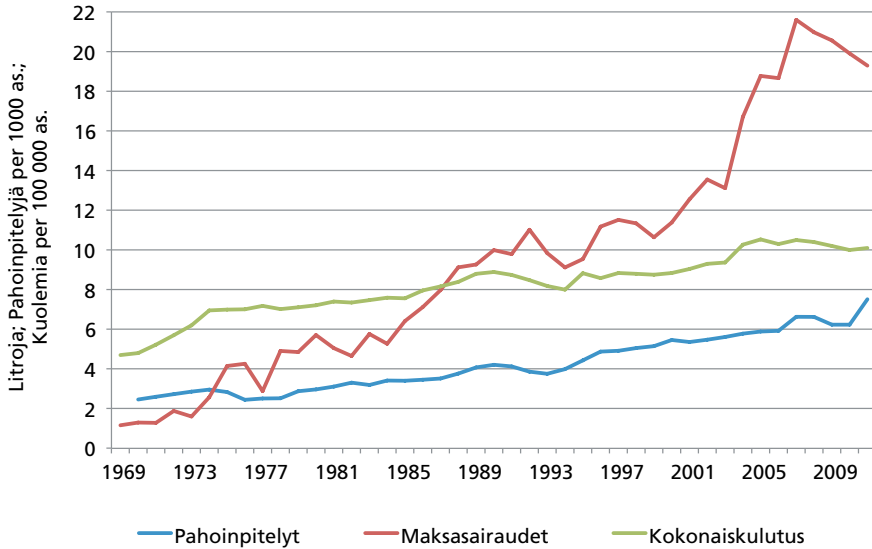
Ryhmätekiöiden lisäksi on suuri määrä yksilöllisiä, esimerkiksi sairauksiin, lääkitykseen, persoonallisuuden piirteisiin tai perinnöllisiin ominaisuuksiin liittyviä syitä, miksi samalla alkoholimäärällä voi olla hyvin erilaisia vaikutuksia eri henkilöihin.

4.2. Alkoholinkulutuksen haitat väestötasolla

Väestön kuluttaman alkoholin kokonaismäärän ja erityyppisten alkoholinkäyttöön liittyvien haittojen välillä vallitsee vahva yhteys. Tästä syystä väestön alkoholin kokonais- tai keskikulutuksen trendejä seurataan niin tarkasti. Kulutetun alkoholimäärän lisäksi monet muutkin seikat, kuten terveystyötyminen tai viranomaisten kirjauskäytännöt ja resurssien kohdentaminen, vaikuttavat alkoholiin liittyvien haittojen havaittuun lukumäärään. Mikään muu yksittäinen tekijä ei kuitenkaan ennusta monien keskeisten alkoholihaittojen esiintymistä väestössä yhtä hyvin kuin väestön yhteenlaskettu alkoholinkulutus.

Väestön juomatavat vaikuttavat siihen, kuinka paljon haittoja tietystä alkoholinkulutuksen kokonaismäärästä seuraa. Viidentoista eurooppalaisen maan tutkimuksessa havaittiin, että yhden vuosittaisen alkoholilitran kasvu keskikulutuksessa lisäsi alkoholikuolleisuutta eniten Pohjoismaissa. Pohjolassa juomatavat ovat siis riskialttiimmat kuin muualla EU:ssa. Kuitenkin myös Keski- ja Etelä-Euroopan maissa kuolleisuus lisääntyi alkoholinkulutuksen kasvaessa.

Kaksi valaisevaa esimerkkiä haitoista, joiden osalta väestön keskimääräisen alkoholinkäytön ja haittojen välinen yhteys on tiivis, ovat alkoholiperäiset maksakirroosikuolemat ja pahoinpitelyt (kuvio 4.2). Poliisin tietoon tulleiden pahoinpitelytapauksen määrän kehitys noudattaa varsin tarkkaan alkoholin kokonaiskulutuksen käyrää. Tapauksien määrä kolminkertaistui vuodesta 1969 vuoteen 2011, jolloin pahoinpitelytapauksia kirjattiin 40 590.



Kuvio 4.2. Ikävakioidut maksasairauskuolemat (peruskuolinsyy) 100 000 asukasta kohti, ikävakioidut pahoinpitelyt 1 000 asukasta kohti ja alkoholin kokonaiskulutus litroina 100 % alkoholia asukasta kohti 1969–2011

Lähde: Tilastokeskus.

Alkoholiperäisten maksakirroosikuolemien määrän kasvuvauhti on sen sijaan ollut paljon nopeampaa kuin alkoholinkulutuksen kasvuvauhti. Näitä kuolemia oli kymmenkunta vuodessa 1960-luvun puolessavälissä. Vuoden 2004 veroalennuksen jälkeen alkoholiperäisten maksakirroosikuolemien vuosittainen määrä on asettunut noin 1 000–1 100 tapauksen paikkeille. Naisten alkoholiperäisiä maksakirroosikuolemia ei 1960-luvulla ollut juuri ollenkaan. Nykyään niiden määrä vaihtelee vuosittain 200:n ja 300:n välillä, mikä suurin piirtein vastaa heidän osuuttaan alkoholin kokonaiskulutuksesta. Miesten alkoholiperäisten kirroosikuolemien määrä on viime vuosina vaihdellut 700 ja 800 välillä.

Alkoholin kokonaiskulutuksen ja haittojen välisen läheisen yhteyden takana on kaksi erillistä ilmiötä. Ensinnäkin väestön alkoholin kokonaiskulutuksen ja runsaasti alkoholia kuluttavien yksilöiden määrän välillä on tiivis yhteys: mitä suurempi on väestön alkoholinkulutus, sitä korkeampi on suurkuluttajien kulutustaso ja sitä suurempi osa väestöstä kuuluu suurkuluttajiin. Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että kokonaiskulutuksen kasvaessa sekä suur-, keski- että pienkuluttajatkin lisäävät kulutustaan, ja toisinpäin. Väestön ja lähiympäristön juomiskäyttäytyminen vaikuttaa siis kautta linjan väestön erilaisiin osaryhmiin. On esimerkkejä siitä, että koko väestöön kohdistuneet toimenpiteet ovat vaikuttaneet voimallisimmin nimenomaan suurkuluttajiin. Näin tapahtui vuoden 2004 tehdyn alkoholijuomien veronalennuksen jälkeen, jolloin pitkäaikaiseen runsaaseen juomiseen liittyvät maksakirroosi-

kuolemat lisääntyivät kahdessa vuodessa noin 50 prosentilla. Tämä tarkoittaa sitä, että kulutuksen kasvu johti kuolemien lisääntymiseen niiden joukossa, joiden maksat olivat jo valmiiksi vaurioituneet.

Toiseksi haittojen ja kokonaiskulutuksen yhteyttä voidaan selittää ilmiöllä, jota kutsutaan prevention paradoksiksi. Sen mukaan haittojen vähentämiseksi voi olla paljon tehokkaampaa vaikuttaa kohtuullisella riskillä juovan enemmistön juomatapoihin, kuin keskittyä vain runsaasti juovaan vähemmistöön. On tietysti totta, että eniten juova kymmenes väestöstä kuluttaa noin puolet kaikesta alkoholista aiheuttaen merkittävän osan erilaisista alkoholihaitoista. Tämä on kuitenkin vain puoli totuutta.

Vuoden 2008 Juomatapatutkimuksessa vajaat 10 prosenttia miehistä ja viisi prosenttia naisista luokiteltiin suurkuluttajiksi. Heidän osuutensa erilaisista humalaan liittyvistä haitoista kuten riita, tappelu, tapaturma ja rattijuopumus, oli runsas viidennes miehillä ja runsas kymmenes naisilla kaikkien alkoholinkuluttajien ilmoittamista humalahaitoista. Hieman yli puolet tutkituista oli sellaisia suurkuluttajiin kuulumattomia alkoholinkäyttäjiä, jotka humaltuivat usein tai silloin tällöin. Heidän osuutensa kaikista ilmoitetuista humalaan liittyvistä haitoista oli kuitenkin kaksi kolmasosaa miehillä ja kolme neljäsosaa naisilla. Vain niin sanottu kohtuukäyttäjryhmä oli kokoonsa nähden kokenut vähän haittoja. Väestön valtaosan alkoholinkäytöllä on merkitystä erityisesti niissä haitoissa, joissa riskit lähtevät lisääntymään jo melko vähäisillä kulutusmäärillä (esimerkiksi rintasyöpä) tai joissa humalakulutuksella on keskeinen rooli (esimerkiksi tapaturmat).

Vastaavia tuloksia on saatu alkoholiehtoisten sairaalahoitojen ja kuolemien osalta: valtaosa haitoista kertyi niille alkoholinkäyttäjille, jotka seurannan alussa luokiteltiin tavallisiksi alkoholinkäyttäjiksi. Osin tämä voi johtua siitä, että seurannan aikana osa heistä siirtyi riski- tai suurkuluttajiksi, mutta osin siitä, että näiden meidän oloissamme varsin normaalisti juovien ja siis ajoittain myös humaltuvien ihmisten määrä on niin suuri, että vähäisemmätkin riskit johtavat väestötasolla suureen määrään haittoja. Joka tapauksessa tulos kertoo siitä, että haittojen esiintymistä ei voi rajata koskemaan vain niitä, jotka tietyllä hetkellä ovat riski- tai suurkuluttajia tai alkoholiongelmaisia.

4.3. Alkoholihaittojen kehitys

Alkoholiehtoiset kuolemat

Alkoholiehtoiset kuolemat voidaan kuolemansyyrekisterin perusteella jakaa kolmeen luokkaan. Ensiksi on tapauksia, joissa *peruskuolemansyy on alkoholisairaus* (esimerkiksi maksa- tai haimasairaus) *tai tapaturmainen alkoholimyrkytys*. Toiseksi kuolemansyyrekisteri sisältää tietoja *väkivaltaisista ja tapaturmaisista kuolemista, joissa päihtymys on ollut myötävaikuttava tekijä* (esimerkiksi hukkumiset, kuo-

lemaan johtaneet rattijuopumustapaukset, itsemurhat ja henkirikokset). Karkeasti ottaen voi sanoa, että alkoholisairaus- ja -myrkytyskuolleisuus edustaa *kroonisia* alkoholihaittoja, kun taas väkivaltaiset ja tapaturmaiset alkoholikuolemat ovat luonteeltaan *akuutteja* alkoholihaittoja. Nämä kaksi raportoidaan vuosittain Päihdetilastollisessa vuosikirjassa.

Kolmanneksi kuolemansyyrekisteristä on erotettavissa eräänlainen jäännös-luokka eli kuolemantapauksia, joissa alkoholi esiintyy kuolinsyytodistuksessa jossakin *muussa yhteydessä*: alkoholi on myrkytyksessä muu kuin vaikuttavin aine; jokin alkoholisairaus on kuolemaan myötävaikuttava syy; tai alkoholi on myötävaikuttava syy, kun kuoleman perussyy on ollut muu kuin tapaturma tai väkivalta (esimerkiksi sydänperäinen äkkikuolema). Näitä tapauksia ei julkaista vuosittain, mutta esimerkiksi vuonna 2005 niitä oli runsaat 1 500 kappaletta.

Näillä kolmella mittarilla alkoholiin liittyviä kuolemia voidaan arvioida olevan noin 4 000 vuodessa.

Vuoden 1994 jälkeen alkoholisairauksista ja -myrkytyksistä johtuvien kuolemien määrä on lisääntynyt huomattavasti: vuonna 1994 kirjattiin runsaat 1 300 tapausta, vuonna 2007 huippulukema 2 184, jonka jälkeen tapausten määrä on laskenut 1892:een (2011). Isompi hyppäys, joka tapahtui vuosina 2004 ja 2005, oli suorassa yhteydessä vuonna 2004 toimeenpantuihin alkoholijuomien veronalennuksiin. Vuoden 2008 jälkeen tapahtunut lasku lienee puolestaan yhteydessä siitä vuodesta lähtien suoritettuihin veronkorotuksiin.

Alkoholiperäinen tauti tai tapaturmainen alkoholimyrkytys on viime vuosina noussut suomalaisten työikäisten miesten ja naisten yleisimmäksi kuolinsyyksi. Ylivoimaisesti eniten kuolemien lukumäärä on lisääntynyt 50–69-vuotiailla.

Väkivaltaisten ja tapaturmaisten päihde-ehtoisten kuolemien eli niin sanottujen humalakuolemien määrä on pysynyt kutakuinkin samalla tasolla lähes koko vuoden 1994 alkoholilain voimassaolon ajan. Vuonna 1994 luku oli korkeimmillaan, noin 1 100 kuolemantapausta, jonka jälkeen se on vaihdellut 900 ja 1 000 tapauksen välillä. Vuonna 2009 trendi kääntyi laskuun ja vuonna 2011 kirjattiin 692 alkoholiin liittyvää väkivaltaista ja tapaturmaista kuolemantapausta. Näiden kuolemien lisäksi myös tapaturmaiset alkoholimyrkytykset lasketaan usein tapaturmien yhteyteen.

Vammoista ja myrkytyksistä johtuvat kuolemat ovat useimmiten tapaturmaisista. Noin puolet alkoholiin liittyvistä tapaturmista on alkoholimyrkytyksiä ja puolet muita tapaturmia. Tapaturmaisten alkoholimyrkytysten ohella päihtyneenä kuolla useimmiten kaatumis-, liikenne- ja hukkumistapaturmissa. Etenkin tapaturmaisten alkoholimyrkytysten määrä kasvoi jyrkästi alkoholin veronalennuksen yhteydessä ja lisääntyi yli 40 prosenttia vuosina 2003–2006. Vaikka muiden alkoholiin liittyvien tapaturmien lukumäärä ei lisääntynyt yhtä selkeästi, myös näiden kuolemien määrä lisääntyi noin 15 prosenttia vuosina 2003–2006. Enimmillään alkoholiin liittyviä tapaturmakuolemia oli vuonna 2006 jolloin alkoholimyrkytyksiä kirjattiin 587 ja muihin tapaturmiin kuoli 603.

Vuonna 2011 alkoholimyrkytyskuolemien määrä oli pudonnut 392 tapaukseen ja muiden päihtyneenä tapaturmaisesti kuolleiden määrä 381 tapaukseen. Eräissä

tapaturmissa kuten sauna-, tulipalo-, hukkumis- ja hypotermiakuolemista alkoholi on kuitenkin osallisena jopa toisessa kuolemassa.

Alkoholin osuutta väkivallan ja tapaturmien aiheuttamasta sairaalahoidosta on arvioitu erillistutkimuksissa. Väkivallan ja itse aiheutettujen vammojen vuoksi hoitoon hakeutuneista kaksi kolmasosaa oli päihtyneitä saapuessaan hoitoon. Noin neljännes 15 vuotta täyttäneistä tapaturmapotilaista oli päihtyneitä.

Myös 25–30 prosentissa itsemurhista päihtymys on myötävaikuttava tekijä. Päihtyneenä tehtyjä itsemurhia on ollut 2000-luvulla noin 300 vuosittain. Lukumäärä laski alimmilleen vuonna 2010, jolloin alkoholi oli myötävaikuttava tekijä 223 itsemurhassa.

Alkoholinkulutuksen taso ja juomatavat vaikuttavat alkoholihaittojen luonteeseen. Alkoholinkulutuksen kasvun seurauksena on lyhyessä ajassa tapahtunut merkittävä muutos akuuttien ja kroonisten alkoholikuolemien suhteellisissa osuuksissa kuolemantapauksista. Lukumääräisesti Suomessa on edelleen paljon akuuteista syistä johtuvia alkoholikuolemia, vaikka niiden määrä on viime vuosina laskenut. Sitä vastoin kroonisten haittojen määrä on noussut aivan uudelle tasolle. Kasvava osa alkoholiehtoisista kuolemista kuolemansyytilastossa johtuu kroonisista alkoholisairauksista. Vuonna 1994 alkoholisairauteen tai -myrkytykseen kuolleita oli runsaat 1 300 kun väkivaltaan ja tapaturmiin kuoli lähes 1 100 henkilöä. Kroonisten tapauksien osuus kuolemantapausten yhteenlasketusta määrästä oli siis noin 55 prosenttia. Kun suomalaisten alkoholinkulutus on sittemmin kasvanut, kroonisuusteisten kuolemansyiden osuus on niin ikään kasvanut. Vuonna 2000 niiden osuus oli noussut 63 prosenttiin ja vuonna 2011 jo 73 prosenttiin.

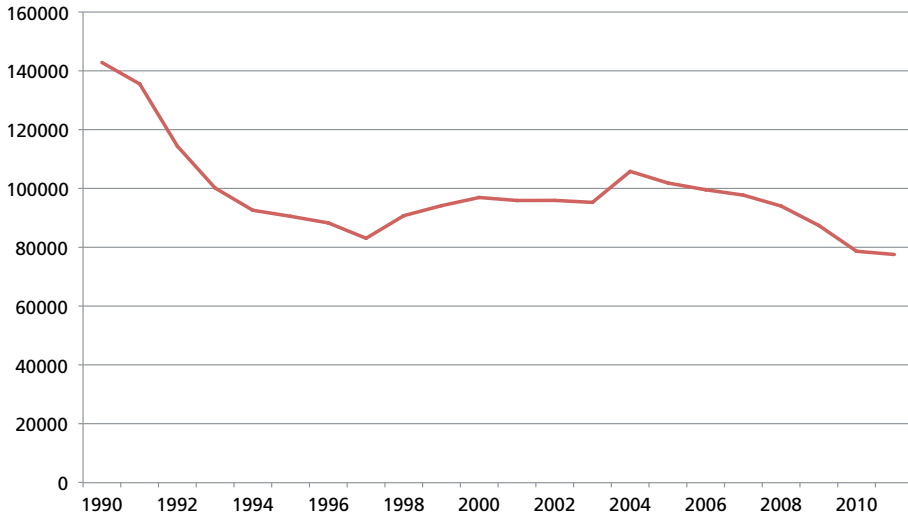
Alkoholikuolemat voidaan nähdä pitkän juomisprosessin päätepisteenä, jota edeltävät muut alkoholin haittavaikutukset. Usein on kyse eriaistaisesta syrjäytymisestä työ- ja perhe-elämässä. Vuoden 2004 alkoholijuomien veronalennusta välittömästi seuranneina vuosina työikäisten alkoholikuolleisuuden nousu rajoittui lähes yksinomaan huono-osaisiin.

Päihtyneenä säilöön otetut

Päihtyneenä säilöön otettujen määrä on vaihdellut paljon. Poliisi on jatkuvasti pyrkinyt siirtämään vastuuta päihtyneiden henkilöiden säilöön ottamisesta sosiaali- ja terveystieteellisille. Keskeinen keino on ollut poliisin oman säilöönottokynnyksen nostaminen. Tämä on pääasiallinen selitys sille, että säilöönottojen määrä laski 140 000 tapauksesta vuonna 1990 noin 90 000 tapaukseen vuonna 1995 (kuvio 4.3).

Toisaalta vuoden 1994 jälkeen päihtyneenä säilöön otettujen määrä on kulkenut lähes tasatahtia alkoholin kokonaiskulutuksen kanssa. Säilöönottojen laskevan kehityksen päättymistä on selitetty sillä, että vuoden 1994 alkoholilaki salli ensi kertaa juomisen yleisellä paikalla. Siitä aiheutuneet häiriöt aktivoi muun muassa lehdistöä vaatimaan poliisilta tiukempia otteita. On myös mahdollista, että poliisin säilöönottokynnyksen noustua säilöön otetaan enää lähinnä juopuneita, jotka eivät

kykene huolehtimaan itsestään ja että näiden huonokuntoisten lukumäärä on melko vahvassa yhteydessä väestön alkoholinkulutuksen kehitykseen. Tosin säilöön otettujen määrä lähti jatkuvaan laskuun jo 2005, jolloin alkoholinkulutus vielä nousi, joten ilmiölle on olemassa myös muita selityksiä. Säilöönottojen määrän jyrkempi väheneminen vuodesta 2008 voi johtua alkoholiveron toistuvista korotuksista.



Kuvio 4.3. Päihtyneenä säilöön otettujen määrä 1990–2011

Lähde: Tilastokeskus.

Rattijuopumus

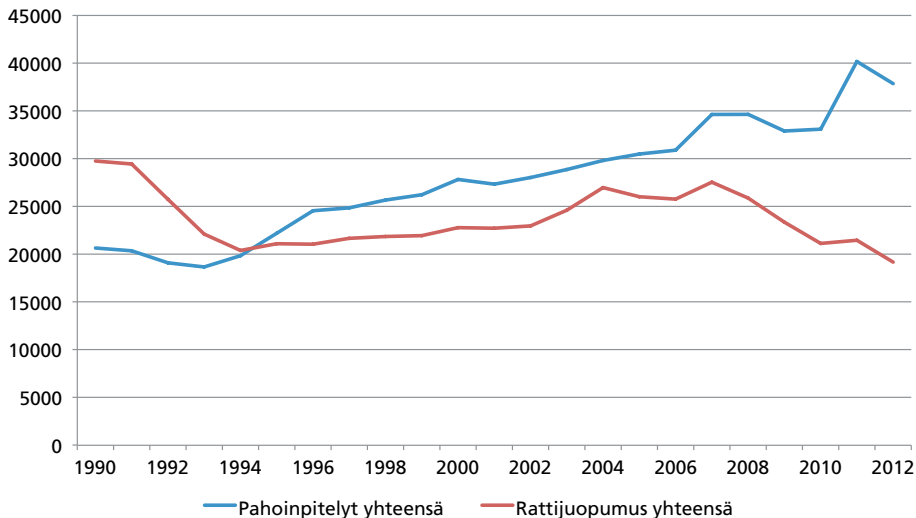
Poliisin aktiivisuus vaikuttaa niin päihtyneiden säilöönottojen lukumäärään kuin poliisin tietoon tulevien rattijuoppojen määrään. Puhallutuksia suoritetaan noin 1,5–2 miljoona vuosittain. Poliisin tietojen mukaan rattijuopumustapausten määrä väheni 30 000 tapauksesta vuonna 1990 noin 20 000 tapaukseen vuonna 1994 eli samanaikaisesti alkoholinkulutuksen vähenemisen kanssa. Tämän jälkeen rattijuopuneiden määrä on ollut lähinnä nousujohteista aina vuoteen 2008 asti. Missään vaiheessa ei ole kuitenkaan päädytty samalle tasolle kuin vuonna 1990. Vuodesta 2008 kasvutrendi on taittunut ja vuonna 2012 poliisin tietoon tuli noin 19 200 rattijuopumustapausta (kuvio 4.4).

Liikennejuopumustapauksissa loukkaantuneiden määrä on poliisin toiminnasta riippumaton alkoholihaittojen mittari. Tämän osoittimen käyrä on kutakuinkin samanmuotoinen kuin rattijuopumustapausten määrää kuvaava käyrä. Loukkaantuneiden alkoholitapausten määrä laski vajaasta 1 500 tapauksesta vuonna 1991 alle 1 000 tapaukseen vuonna 1993 (luvut sisältävät itse rattijuopot, rattijuopon kanssa matkustaneet ja sivulliset). Sen jälkeen näiden tapausten määrä on vaihdellut noin 950 tapauksesta noin 1 050 tapaukseen. Poikkeuksena oli vuosi 2004, jolloin louk-

kaantuneita oli yli 1 200. Kahtena viime vuonna tapausten määrä on laskenut selvästi ja vuonna 2011 kirjattiin 735 loukkaantunutta. 1990-luvun alusta näiden alkoholiperäisten loukkaantumistapausten osuus kaikista henkilövahinkoihin johtaneista tieliikenneonnettomuuksista on vaihdellut 10 ja 15 prosentin välillä. Varsinkin viime vuosina alkoholitapausten osuus on laskenut.

Kuolemaan johtaneiden tieliikenneonnettomuuksien alkoholitapaukset ovat niin ikään vähentyneet. Vuonna 1991 näitä tapauksia oli 128 ja 20 vuotta myöhemmin 74. Samaan aikaan alkoholitapausten osuus kaikista kuolemaan johtaneista tieliikenneonnettomuuksista on ollut huomattavan korkea, enimmillään 28 prosenttia (2002) ja vähimmillään 20 prosenttia (2003). Vuonna 2010 se oli 25 prosenttia.

Alle 24-vuotiaiden kuljettajien osuus henkilöistä, jotka ovat joutuneet alkoholiin liittyviin tieliikenneonnettomuuksiin, on pysytellyt korkeana eli noin 40 prosentissa. Viime vuosien kehitys on kuitenkin ollut suotuisa. Vuonna 2007 tapauksia oli 328, mutta vuonna 2011 enää 210. Myös nuorten osuus on pudonnut 35 prosenttiin.



Kuvio 4.4. Poliisin tietoon tulleiden rattijuopumusten ja pahoinpitelyjen määrä 1990–2012*

* Rattijuopumusluvuissa ovat mukana myös huumausaineen vaikutuksen alaisena ajaneet. Näiden henkilöiden osuus on viime vuosina ollut 10–15 prosenttia rattijuopuneista.

Lähde: Tilastokeskus.

Väkivalta

Kuviosta 4.2 kävi jo ilmi, että pahoinpitelyjen määrälliset muutokset ja väestön alkoholinkulutus ovat seuranneet toisiaan tiiviisti jo vuosikymmenien ajan. Viimeisten 20 vuoden aikana pahoinpitelyjen määrä on noin kaksinkertaistunut (ks. kuvio 4.4) ja vuonna 2012 poliisin tietoon tuli vajaat 38 000 pahoinpitelyä. Noin kaksi kol-

masosaa näistä rikoksista syyllisiksi epäillyistä on ollut alkoholin vaikutuksen alaisena. Osuus pieneni 2000-luvulla, kun selvänä olleiden tekemät pahoinpitelyt lisääntyivät voimakkaasti.

Kuolemaan johtaneiden väkivaltarikosten määrä on laskenut parin viimeisen vuosikymmenen aikana. Tarkemmin tutkituista, vuonna 1998–2000 tapahtuneista henkirikoksista noin puolet liittyi syrjäytyneiden miesten alkoholinkäyttötilanteisiin, jotka muodostivat näiden henkirikosten yhden päätyypin. Toinen päätyyppi oli perhe- ja parisuhdetapot. Parisuhdetappojen määrä on viime vuosina noussut ja ne näyttävät muuttuneen enenevässä määrin puolisoiden keskinäiseksi ryypiskelyväkivallaksi. Tähän on saattanut vaikuttaa se, että juominen yleisesti ottaen entistä enemmän tapahtuu kodeissa, jolloin ryypykaverikin yhä useammin on oma puoliso tai elämäkumppani.

Vanhempien alkoholinkäytön vaikutukset perheiden ja lasten hyvinvointiin

Vanhemmuusvastuussa olevien haitallisen alkoholinkäytön yleisyydestä ei ole selkeää tutkimus- tai tilastotietoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin perusteella on kuitenkin laskettu, että vuonna 2002 Suomessa synnyttäneistä naisista lähes kahdella prosentilla on alkoholi- tai huumeriippuvuuteen liittyviä rekisterimerkintöjä lapsen seitsemän ensimmäisen ikävuoden ajalta. Vuonna 1991 synnyttäneiden naisten kohdalla osuus oli noin prosentti. Tähän nojaten voidaan arvella päihdeongelmaisten äitien määrän lähes kaksinkertaistuneen 1990-luvun alusta. Lukujen on katsottu edustavan vain kaikkein vaikeimpia tapauksia.

Vuodesta 1987 lähtien naisten hakeutuminen hoitoon alkoholiongelmiensa vuoksi on lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä. Tämä tieto kertoo myös ”vanhemmuusikäisten” eli 25–49-vuotiaiden naisten päihdeongelmien lisääntymisestä. Tähän on lisättävä, että vuodesta 2000 eteenpäin vanhemmuusikäisten naisten keskuudessa päihdehoitojen, alkoholikuolemien ja alkoholisyistä sairaalahoidossa käyntien määrät laskivat jonkin verran, eikä vuoden 2004 alkoholin hintojen aleneminen lisännyt haittoja.

Päihteiden käyttö vaikuttaa olennaisesti lastensuojelutapausten määrän kehitykseen. Kodin ulkopuolelle sijoitettuja tai huostaan otettuja lapsia koskevassa tilastoinnissa ei ole valtakunnallisesti yhtenäisiä tietoja päihteiden käytön merkityksestä. Yksittäisistä selvityksistä ilmenee, että vanhempien runsas päihteiden käyttö on ollut osasyynä tai keskeisenä syynä noin 30–50 prosentissa huostaanotoista. Alle 12-vuotiaita lapsia koskevissa tapauksissa osuus oli tätäkin huomattavasti korkeampi. 1990-luvun alusta kunnan sosiaalilautakunnan päätöksellä kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten luku on ollut jatkuvassa tasaisessa nousussa.

Alkoholin aiheuttamat haitat muille kuin juojalle itselleen

Sekä liikennejuopumus että lapsiperheiden vanhempien haitallinen alkoholinkäyttö ovat esimerkkejä siitä, että juomisesta aiheutuu haittoja muille kuin juojalle itselleen. Viime aikoina Suomessa ja muualla on alettu kiinnittää enemmän huomiota alkoholinkäytön kielteisiin vaikutuksiin perheenjäseniin, muihin läheisiin, naapureihin, kollegoihin, sivullisiin ja tuntemattomiin. Näihin haittoihin lasketaan perinteisesti myös sellaiset haittakustannukset, jotka lankeavat erilaisten yhteiskunnallisten instituutioiden maksettavaksi. Juuri nämä ”alkoholin yhteiskunnalliset kustannukset” ovat aikanaan laajentaneet haittanäkökulmaa kattamaan muita kuin yksittäisen alkoholinkäyttäjän itselleen aiheuttamia terveyshaittoja. Kustannuslaskelmissa ovat mukana esimerkiksi sosiaalipalveluista, työkyvyttömyyseläkkeistä, sairauspäivärahoista, terveydenhuollosta, yleisen järjestyksen ylläpitämisestä ja vakuutuskorvauksista aiheutuvat kustannuserät (ks. luku 4.4).

Muille kuin juojalle itselleen koituvien haittojen tutkimus kiinnittää huomiota alkoholihaittojen vuorovaikutukselliseen luonteeseen. Alkoholinkäyttö on sekä hyvässä että pahassa toimintaa, johon suorasti tai epäsuorasti osallistuu paljon ihmisiä. Kun haittoja syntyy, niiden vaikutus ei yleensä rajoitu haitallisesti juoviin yksilöihin vaan ulottuu laajemmalle.

Suomea pidetään maana, jossa kyky sietää humalakäyttäytymistä on vahva. Viime vuosina, alkoholinkulutuksen asetuttua entistä korkeammalle tasolle, asenteet ovat kuitenkin kiristyneet. Kiinnittämällä huomiota juomisen vuorovaikutukselliseen luonteeseen on mahdollista arvioida arkisia alkoholihaittoja hieman uudesta näkökulmasta.

4.4. Alkoholinkäytön aiheuttamat haittakustannukset

Suomalaisessa alkoholinkäytön kustannusten laskennan perinteessä tehdään jako välittömiin ja välillisiin kustannuksiin. Välittömillä kustannuksilla tarkoitetaan todellisia kustannuksia kuten alkoholisairauksien hoidosta aiheutuneita menoja. Kustannusten laskenta on perustunut alkoholinkäyttöön liittyvien haittojen määrittelyyn sekä aiheutuneiden haittojen määrien ja raha-arvon selvittämiseen. Alkoholinkäytön aiheuttamiin välillisiin kustannuksiin on luettu menetetyt työpanoksen arvo ja ennenaikaisen kuoleman johdosta menetetyt elämän arvo.

Alkoholin aiheuttamista haittakustannuksista eniten tietoa on saatavissa julkiselle sektorille aiheutuneista menoista. Näitä ovat sosiaaliturvajärjestelmän, terveydenhuollon sekä yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon aiheuttamat välittömät kustannukset. Kustannuksia kertyy myös alkoholivalvonnasta ja ehkäisevästä päihdetyöstä. Julkisen vallan ohella alkoholihaittoista aiheutuu menoja myös yksityiselle sektorille ja kotitalouksille. Nämä ovat lähinnä rikosten ja onnettomuuksien aiheuttamista vahingoista koituvia kustannuksia sekä vakuutusyhtiöiden maksamia korvauksia.

Sosiaaliturvajärjestelmälle aiheutuneisiin haittakustannuksiin lasketaan *sosiaalipalveluiden ja toimeentulotukien kustannuksia* (lastensuojelu, päihdehuolto, toimeentulotuet, kotipalvelut) sekä *eläkkeiden ja sairauspäivärahojen kustannuksia* (työkyvyttömyyseläkkeet, sairauspäivärahat ja perhe-eläkkeet). Useimpien edellä mainittujen kustannusten alkoholiehtoisuudesta ei saada tarkkaa tietoa. Tällöin kustannuserän kokonaismenoista lasketaan alkoholiehtoinen osuus tilastojen ja erillistutkimusten avulla.

Terveydenhuollolle alkoholista aiheutuneisiin haittakustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon avo- ja vuodeosastohoidon kustannuksia. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset saadaan suoraan THL:n ylläpitämästä sairaaloiden toiminta- ja tuottavuustietokannasta. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon kustannukset lasketaan alkoholiehtoisten hoitopäivien ja käyntien määrän perusteella käyttäen kustannusten rahallisenä arvona hoitopäivän ja käynnin keskimääräistä yksikkökustannusta. Perusterveydenhuollon avohoidon alkoholihaittakustannukset lasketaan arvioimalla ensin päihdetapauslaskennan avulla alkoholiehtoisten käyntien osuus kaikista avohoidon käynneistä. Tämän jälkeen avohoidon alkoholiehtoisten käyntien rahamääräiset kustannukset lasketaan käyttämällä hyväksi perusterveydenhuollon keskimääräisiä yksikkökustannuksia.

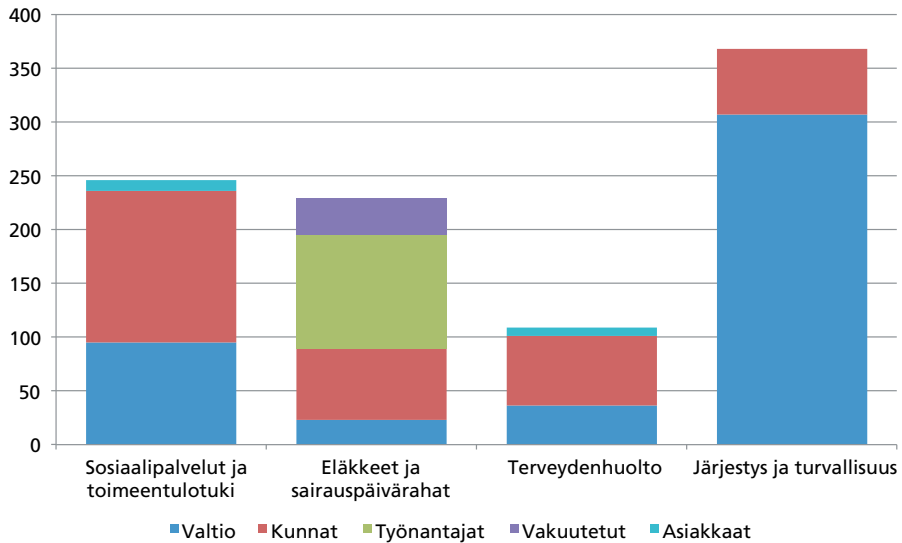
Yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidolle aiheutuneisiin haittakustannuksiin lasketaan poliisin, pelastustoimen, tullin, rajavartiolaitoksen, oikeuslaitoksen ja vankeinhoidon kustannuksia. Näiden kustannusten alkoholiehtoisuudesta ei saada tarkkaa tietoa, vaan se arvioidaan tilastojen ja erillistutkimusten perusteella.

Kuviossa 4.5 on esitetty alkoholihaittakustannukset ja niiden jakautuminen maksajatahon mukaan. Vuonna 2010 koko sosiaaliturvajärjestelmälle aiheutui arviolta 471 miljoonan euron kustannukset alkoholinkäyttöön liittyvistä haitoista (kuvion 4.5 kaksi vasemmanpuoleista pylvästä). Tästä sosiaalipalveluille ja toimeentulotukijärjestelmälle aiheutuneet kustannukset olivat 245 miljoonaa euroa sekä eläke- ja sairauspäivärahaajärjestelmille aiheutuneet kustannukset 227 miljoonaa euroa.

Sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen alkoholihaittakustannuksista suurimman osan maksoivat kunnat (58 %) ja valtio (38 %). Eläke- ja sairauspäivärahojen alkoholihaittakustannukset lankesivat kuntien (67 %) ja valtion (11 %) ohella myös työnantajien (21 %) maksettaviksi.

Alkoholihaittakustannukset on laskettu vertailukelpoisella tavalla vuosien 2006–2010 osalta. Laskelman mukaan sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen alkoholihaittakustannukset ovat kasvaneet reaalisesti 21 prosenttia vuosien 2006 ja 2010 välillä. Tämä johtuu pääasiassa päihdehuollon ja lastensuojelun toimintamenojen kasvusta. Sen sijaan eläkkeiden ja sairauspäivärahojen alkoholihaittakustannukset ovat vähentyneet reaalisesti noin 3 prosenttia saman ajanjakson aikana.

Vuonna 2010 terveydenhuollolle aiheutui alkoholinkäyttöön liittyvien haittojen hoitamisesta arviolta 109 miljoonan euron kustannukset. Kunnat (60 %) ja valtio (34 %) maksoivat suurimman osan näistä kustannuksista. Vuosien 2006–2010 välillä terveydenhuollon alkoholihaittakustannukset ovat kasvaneet reaalisesti noin prosentin verran.



Kuvio 4.5. Alkoholihaittakustannusten jakautuminen maksajatahon mukaan vuonna 2010
Lähde: THL.

Vuonna 2010 yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidolle aiheutui alkoholinkäyttöön liittyviä haittakustannuksia arviolta 368 miljoonaa euroa. Tästä poliisille aiheutuneet haittakustannukset olivat 154 miljoonaa euroa, pelastustoimelle aiheutuneet 72 miljoonaa euroa, tullille aiheutuneet 7 miljoonaa euroa ja rajavartiolaitokselle aiheutuneet 0,2 miljoonaa euroa. Lisäksi oikeudenkäynnit ja muut oikeuslaitoksen alkoholihaittakustannukset olivat yli 45 miljoonaa euroa ja vankeinhoitolaitoksen kustannukset 89 miljoonaa euroa. Haittakustannusten maksajana toimi suurimmaksi osaksi valtio (85 %), mutta jonkin verran kustannuksia aiheutui myös kunnille (15 %), sillä ne maksoivat osan pelastustoimen kustannuksista.

Vuosien 2006–2010 aikana yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon haittakustannukset ovat vähentyneet reaalisesti 16 prosenttia. Tämä johtuu sekä alkoholiehtoisten rikosten vähenemisestä että pelastustoimen ja tullin toimintamenojen vähenemisestä.

Kuviossa 4.5 esitettyjen kustannuserien lisäksi alkoholihaittoista koituu myös muita menoeriä yhteiskunnan eri instituutiolle. Suomalaisessa alkoholikustannusten laskennan perinteessä alkoholihaittojen aiheuttamina kustannuksina on pidetty myös *alkoholihallinnosta ja -valvonnasta sekä ehkäisevästä päihdetyöstä aiheutuvia kuluja* (Salomaa 1993). Alkoholihallinnolla ja -valvonnalla tarkoitetaan tässä Valviran ja aluehallintovirastojen (AVI) suorittamaa alkoholijuomien myynnin valvontaa, joiden kustannukset olivat vuonna 2010 noin 5 miljoonaa euroa. Ehkäisevän päihdetyön kustannuksiin lasketaan Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) alkoholi-työhön kohdistamia avustuksia, joita vuonna 2010 maksettiin lähes 7 miljoonaa euroa. Ehkäisevää päihdetyötä voidaan tehdä muun muassa kunnissa budjettivaroin,

mutta näiden kustannusten tilastointiin ei ole keinoa, minkä vuoksi niitä ei voida ottaa mukaan haittakustannuslaskentaan. Myöskään rikosten omaisuudelle ja terveydelle aiheuttamien vahinkojen alkoholiehtoisista kustannuksista ei ole saatavilla tarkkoja tietoja, vaan ne arvioidaan erillistutkimuksen perusteella.

Vuonna 2010 alkoholinkäyttöön liittyvien omaisuusrikosten kustannukset olivat noin 65 miljoonaa euroa. Tässä on laskettu vain sellaisten omaisuusrikosten kustannukset, joista ei ole saatu vakuutuskorvauksia. Rattijuopumusrikoksissa loukkaantuneiden terveydenhoidon kustannukset olivat noin 1,3 miljoonaa euroa. Alkoholinkäyttöön liittyvän tahallisen väkivallan uhrien terveydenhoidon kustannukset olivat noin 8 miljoonaa euroa. Yhteensä *rikosvahinkojen alkoholiehtoiset kustannukset* olivat noin 74 miljoonaa euroa.

Vakuutusyhtiöille aiheutuu alkoholiehtoisia haittakustannuksia *vakuutuskorvausten* muodossa, jotka arvioidaan tilastojen ja erillistutkimusten perusteella. Vuonna 2010 vakuutusyhtiöt maksoivat korvauksia kaiken kaikkiaan 2,4 miljardia euroa. Tästä noin 11 prosenttia eli noin 270 miljoonaa euroa oli alkoholinkäyttöön liittyvien tapaturmien ja onnettomuuksien korvauksia. Näissä laskelmissa ei ole huomioitu asiakkaiden maksamia omavastuuosuuksia.

Yhteenveto alkoholin aiheuttamista haittakustannuksista

Kaiken kaikkiaan alkoholinkäyttöön liittyvien haittakustannusten määrä kohosi vuonna 2010 noin 1,3 miljardiin euroon. Näistä noin miljardi euroa tuli julkisen sektorin eli valtion ja kuntien maksettavaksi. Julkisen sektorin alkoholihaittakustannuksista yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpito kattoi lähes 40 prosenttia. Sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen sekä eläkkeiden ja sairauspäivärahojen osuus oli noin neljännes. Terveydenhuollon haittakustannukset olivat noin 10 prosenttia julkisen sektorin alkoholiehtoisista kustannuksista.

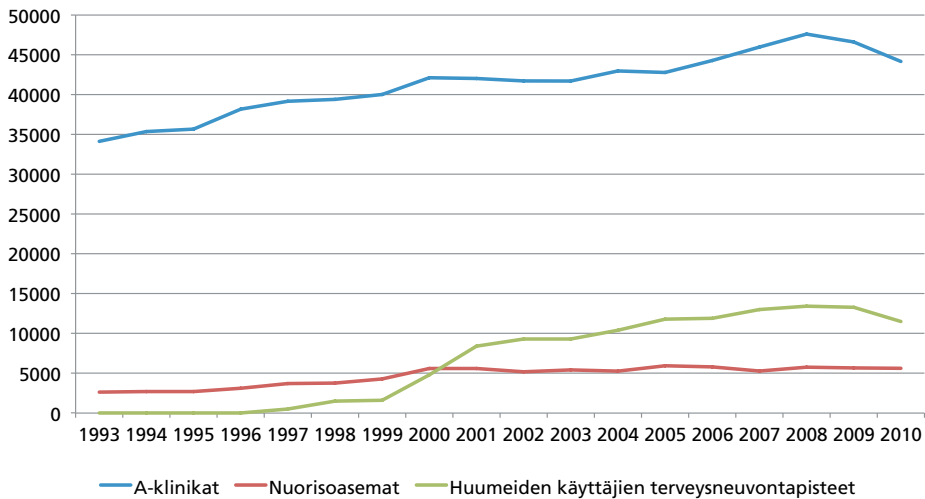
Julkiselle sektorille lankeavat alkoholihaittakustannukset ovat vuoteen 2006 verrattuna vähentyneet reaalisesti noin kaksi prosenttia. Haittakustannukset kuitenkin kasvoivat reaalisesti vuoteen 2009 saakka, ja ovat kääntyneet laskuun vuonna 2010. Eniten ovat vähentyneet yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon alkoholihaittakustannukset sekä eläkkeiden ja sairauspäivärahojen haittakustannukset.

Tässä yhteydessä ei ole lisätty arvioita välillisistä haittakustannuksista esittämiimme alkoholihaittakustannuksiin, koska välillisissä kustannuksissa kyse ei ole todellisista menoista ja koska välillisten haittakustannusten arviointi on varsin epävakaa pohjalla.

4.5. Päihde-ehtoisten palvelujen käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa

Suomalainen päihdepalvelujärjestelmä koostuu päihdehuollon erityispalveluiden lisäksi päihdetyöstä sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä avohoitomuotoisissa palveluissa (esimerkiksi terveyskeskukset, työterveyshuolto, neuvolat, koulu- ja opiskelijahuolto, mielenterveysyksiköt, sosiaalitoimistot) ja laitospalveluissa terveydenhuollon vuodeosastoilla ja asumispalveluissa. Päihdehuollon avohoitomuotoisia erityispalveluja tarjoavat esimerkiksi A-klinikat, nuorisosemat, terveyskeskusten yhdistetyt mielenterveys- ja päihdepalvelut, terveysneuvontapisteet ja päiväkeskukset. Päihdehuollon laitospalveluja saa muun muassa selviämishoitoyksiköistä, katkaisuhuoltoasemilta, kuntoutuslaitoksista ja asumispalveluista.

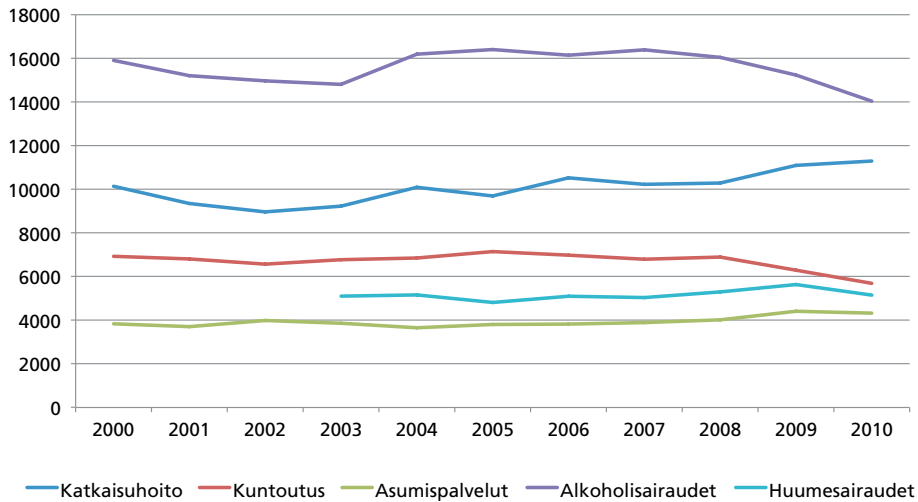
Päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärät heijastelevat päihteiden käytössä, muussa palvelujärjestelmässä sekä yhteiskuntapolitiikassa tapahtuneita muutoksia. Päihdehuollon avohoidossa olleiden asiakkaiden määrät kasvoivat 1990-luvulla, kun taas päihdehuollon laitoshoidossa olleiden asiakkaiden määrä väheni selvästi laman aikana ja lisääntyi uudelleen 1990-loppuvuosina. Päihtyneiden säilönotot lisääntyivät voimakkaasti vuonna 2004, mutta esimerkiksi päihdehuollon avohoidossa olleiden asiakkaiden määrä (kuvio 4.6) saavutti huippunsa vasta vuonna 2008.



Kuvio 4.6. Päihdehuollon avohoidossa olleiden asiakkaiden määrä 1993–2010

Lähde: Sotkanet, THL.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa päihdehoidossa tai päihdediagnoosilla hoidettujen asiakkaiden tai potilaiden määrät lisääntyivät vähitellen vuodesta 2003 alkoholin kulutuksen kasvun myötä, mutta ovat kääntyneet laskuun muutaman viime vuoden aikana lukuun ottamatta katkaisuhoidon ja asumispalvelujen. Verrattuna vuoteen 2003 A-klinikoilla asioivien henkilöiden määrä oli vuonna 2010 kasvanut noin kuusi prosenttia, katkaisuhoidossa noin 22 prosenttia ja asumispalveluissa 12 prosenttia. Päihdehuollon laitostenmuotoisessa kuntoutuksessa olleiden asiakkaiden määrä vuonna 2010 oli sen sijaan 16 prosenttia alhaisempi kuin vuonna 2003. (kuviot 4.6 & 4.7.)



Kuvio 4.7. Päihdehuollon laitoshoidossa, asumispalveluissa sekä terveydenhuollon vuodeosastolla hoidossa olleiden asiakkaiden ja potilaiden määrä 1993–2010

Lähde: Sotkanet, THL.

Päihdehuollon laitoshoidossa olleista asiakkaista erityisesti 55–64-vuotiaiden sekä 65 vuotta täyttäneiden määrä on lisääntynyt 2000–2010 välillä. Selvästi on vähentynyt 35–54-vuotiaiden määrä. Päihteisiin liittyvä päädiagnoosi oli vuodeosastolla hoidetuista potilaista vuonna 2010 viisi prosenttia harvinaisempi kuin vuonna 2003. Alkoholin aiheuttamat maksasairaudet aiheuttavat kuitenkin edelleen enemmän hoidon tarvetta kuin vuonna 2003. Alkoholisairauksiin liittyvillä sivudiagnoosilla hoidettujen potilaiden määrä on kasvamassa. Vuosien 2000 ja 2010 välillä erityisesti 55–64-vuotiaiden alkoholisairauksiin liittyvä vuodeosastohoito lisääntyi.

Päihde-ehdotin asiointi palvelujärjestelmässä

Päihdetapauslaskentoja on toteutettu vuodesta 1987 lähtien neljän vuoden välein ja tuorein laskenta tehtiin vuonna 2011. Päihdetapauslaskennassa kerätään yhden vuorokauden aikana tietoja kaikesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (pois lukien lasten päivähoito) tapahtuvasta päihde-ehdoisesta asioinnista. Päihde-ehdoisella asiointilla tarkoitetaan niitä asiointeja, joissa henkilökunta arvioi asiakkaan olevan päihtynyt tai päihdeiden ongelmakäyttäjäksi tai jos asiointiin liittyy jokin päihdeiden kerta-ikäyttöön liittyvä haitta.

Tuoreimmassa laskennassa kertyi vuorokauden aikana 11 738 päihdeasiointiin liittyvää asiointia eli saman verran kuin vuosina 2007 (12 070) ja 2003 (10 953). Asiointien kokonaismäärässä on samantyyppisiä muutoksia kuin rekisteripohjaisissa tiedoissa.

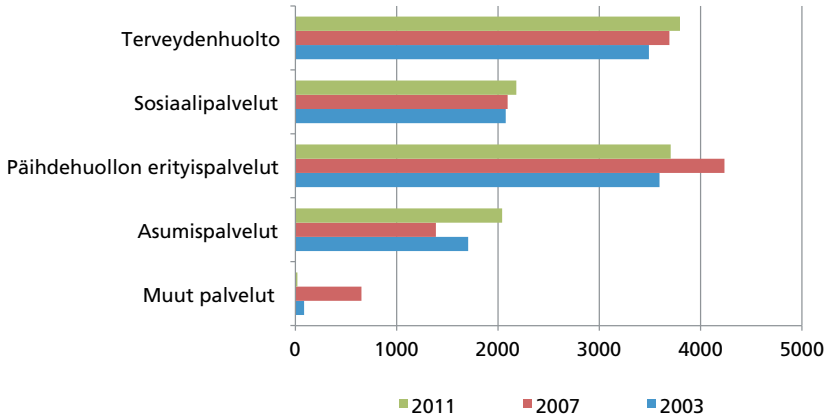
Vuonna 2011 suurin osa (59 %) päihde-ehdoisista asiointeista suuntautui avopalveluihin. Kuviosta 4.8 nähdään, miten päihdeasiointiin liittyvä asiointi on 2000-luvulla tehdyissä päihdetapauslaskennoissa kohdistunut terveydenhuollon palveluihin, yleisiin sosiaalipalveluihin, päihdehuollon erityispalveluihin, asumispalveluihin ja muihin palveluihin. Jo vuonna 2007 havaittiin, että päihdeasiointiin liittyvä asiointi oli lisääntynyt terveyspalveluissa edelliseen laskentakertaan verrattuna ja tämä kehitys näyttää jatkuvan. Terveydenhuollossa päihde-ehdoiset asiointit olivat lisääntyneet erityisesti terveyskeskusten avohoidossa ja vuodeosastoilla. Myös psykiatrisissa sairaaloissa asiointit olivat lisääntyneet.

Sosiaalipalveluihin kohdistui suurin piirtein saman verran päihdeasiointiin liittyviä asiointeja vuonna 2011 kuin vuonna 2007. Päihde-ehdoisten asiointien määrä laski sosiaalitoimistoissa. Kotipalveluiden päihde-ehdoiset asiointit lisääntyvät huomattavasti vuodesta 2003 vuoteen 2007, mutta kasvu ei jatkunut enää vuonna 2011. Tässä luokittelussa myös kirkon diakonia- ja perhetyö on luokiteltu sosiaalipalveluihin. Päihde-ehdoiset asiointit vähenivät myös siellä. Lisäksi sosiaalipalveluihin luokiteltiin sellaista päivä- ja työtoimintaa, joka ei kohdistettu suoraan päihdeiden käyttäjille. Tällaisessa päivä- ja työtoiminnassa oli laskentavuorokauden aikana reilut 200 päihde-ehdoista asiointia.

Suurin osa päihdehuollon erityispalvelujen asiointeista suuntautui A-klinikoille. A-klinikoille tehtyjen asiointien kokonaismäärä oli kuitenkin hieman matalampi vuonna 2011 kuin vuonna 2007. Tämä näyttäisi olleen kehityssuunta myös muissa päihdehuollon erityispalveluissa, joissa asiointimäärät laskivat huomattavasti edelliseen laskentakertaan verrattuna. Ainoastaan katkaisuhoidoissa ja terveysneuvontapisteissä päihde-ehdoiset asiointit lisääntyivät. Havainnot ovat samansuuntaisia kuin olemassa olevissa tilasto- ja rekisteritiedoissa.

Tässä luokittelussa asumispalvelut muodostavat oman kokonaisuutensa. Asumispalveluissa kävi laskentavuorokauden aikana reilut 2000 päihde-ehdoista asiakasta. Päihdehuollon asumispalveluissa näiden asiakkaiden määrä oli vähentynyt selvästi vuosien 2003 ja 2007 laskentoihin verrattuna. Ikääntyneiden asumispalveluissa kehityssuunta oli sen sijaan toinen. Päihde-ehdoisia asiakkaita oli vuonna 2011 yli

kaksi kertaa enemmän kuin vuonna 2007. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa oli laskentavuorokauden aikana reilut 250 päihde-ehdoista asiakasta ja eri kohderyhmille tarkoitetuissa ”muissa asumispalveluissa” päihteisiin liittyviä asiakkaita oli lähes 500.



Kuvio 4.8. Päihteisiin liittyvien asiointien määrä terveydenhuollossa, sosiaalipalveluissa, päihdehuollon erityispalveluissa, asumispalveluissa ja muissa palveluissa 2003, 2007 ja 2011
Lähde: THL.

Päihdetapauslaskenta tavoittaa hyvin päihteiden ongelmakäyttäjiä. Vuoden 2011 laskennassa kysyttiin, millä kriteereillä asiakas oli valikoitunut päihdetapauslaskentaan ja 85 prosentissa tapauksista oli vastattu asiakkaan olleen päihteiden ongelmakäyttäjä. Ongelmakäyttäjiä on monenlaisia, yhtäältä henkilöitä, joilla on akuutti päihde-ongelma ja toisaalta kuntoutuksessa olevia henkilöitä jotka ovat päässeet eroon päihteistä mutta ovat yhä tuen tarpeessa. Sen sijaan suuri riskikäyttäjien ryhmä näyttäisi jäävän tämän tutkimuksen ulottumattomiin.

Päihdetapauslaskennoissa naisten osuus on ollut tasaisessa kasvussa ensimmäisestä, vuoden 1987 päihdetapauslaskennasta lähtien. Jokaisessa laskennassa naisten osuuden on havaittu nousseen kaksi prosenttiyksikköä. Tämä kehitys on kuvastanut hyvin naisten lisääntyntä päihteiden käyttöä ja päihdehaittojen kasvua. Vuonna 2011 tämä kasvu näyttää kuitenkin taittuneen ja naisten osuus päihdetapauslaskennassa oli vuoden 2007 tapaan 28 prosenttia.

Vuonna 2011 laskennan tavoittamien päihdeasiakkaiden keski-ikä oli 47 vuotta. Nuorimmat asiakkaat olivat 12-vuotiaita. Vuoden 2011 laskennassa suurin ryhmä olivat yli 60-vuotiaat. Heidän lukumääränsä oli 2 773, joista 992 oli yli 70-vuotiaita. Väestön ikääntyminen näkyy siis myös päihdetapauslaskennassa varsin selvästi. Jo vuonna 2007 havaittu vanhimpien ikäluokkien kasvu jatkuu yhä. Reilu kolmannes (35 %) yli 70-vuotiaiden päihteisiin liittyvistä asioinneista kirjattiin kotipalveluiden

piirissä. Myös terveyskeskuksissa (18 %), erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla, ikääntyneet olivat asioineet ahkerasti. Lähes 13 prosenttia yli 70-vuotiaiden päihde-ehtoisista asioinneista tapahtui ikääntyneille tarkoitetuissa asumispalveluissa ja yhdeksän prosenttia päihdehuollon asumispalveluyksiköissä.

Työkäisistä, 20–64-vuotiaista päihde-ehtoisista asiakkaista 43 prosenttia oli työttömänä ja 35 prosenttia eläkkeellä. Ansiotyössä oli joka kymmenes. Työttömyys painottui nuorempiin ikäluokkiin ja eläkkeellä oleminen vanhempiin. Työttömänä 20–29-vuotiaista päihde-ehtoisista asiakkaista oli 57 prosenttia ja joka kymmenes oli eläkkeellä, kun 50–59-vuotiaista puolet oli eläkkeellä ja kolmannes työttömänä. Eläkeläisiä oli 60–64-vuotiaiden ikäryhmästä jo miltei kolme neljästä (74 %).

Asunnottomien osuus ei ollut kasvanut vuoteen 2007 verrattuna; kokonaan vailla asuntoa oli kahdeksan prosenttia. Asuntoloissa asuneiden osuus oli niin ikään laskussa. Erilaisissa tukiasunnoissa asui 12 prosenttia päihdeasiakkaista. Tukiasunnoissa asuvien osuus oli kaksinkertaistunut edelliseen laskentakertaan verrattuna.

Päihdetapauslaskennan tavoittamien asiakkaiden valtapäihde oli alkoholi. Näin on ollut myös kaikissa aikaisemmissa laskennoissa. Alkoholia viimeisen 12 kuukauden aikana oli käyttänyt 83 prosenttia päihdeasiakkaista. Jotain lääkettä oli käyttänyt 23 prosenttia asiakkaista. Kannabis oli yleisimmin käytetty (18 %) laiton huume. Amfetamiinia oli käyttänyt 13 prosenttia ja buprenorfiinia 12 prosenttia päihdeasiakkaista.

Päihdetapauslaskennan tulosten perusteella näyttää siltä, että perusterveydenhuolto on ottanut aikaisempaa enemmän vastuuta päihdeongelmaisten hoidosta, mikä on linjassa kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kanssa. Yleisten sosiaalipalvelujen osalta tilanne on toinen; esimerkiksi sosiaalitoimistoissa päihde-ehtoinen asioiminen on vähentynyt aikaisempiin laskentoihin verrattuna. Päihdehuollon erityispalveluiden asiointimäärät ovat vähentyneet lukuun ottamatta katkaisuhoidoista ja terveysneuvontapisteissä asiointia. Sensijaan päihde-ehtoisten asiakkaiden määrä asumispalveluissa on lisääntynyt, mikä voi johtua pitkäaikaisasunnottomuutta torjuvan ohjelman toimenpiteistä.

Päihdepalveluiden tuottajien muuttunut työnjako EU-jäsenyyden aikana

Viime vuosikymmeninä päihdehuollon avopainotteisuutta ja vapaaehtoista hoitoon hakeutumista on ohjannut vuonna 1987 voimaan tullut päihdehuoltolaki. Siinä päihdepalvelut määritellään yhtäältä yleisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa annettaviksi palveluiksi ja toisaalta päihdehuollon erityispalveluiksi. Kuntien 1990-luvun alussa vahvistuneen kunnallisen itsehallinnon seurauksena kunnat ovat voineet päättää, järjestävätkö ne palvelunsa itse, yhdessä toisten kuntien kanssa vai ostopalveluina. Suomen EU:hun liittymisen myötä perinteinen alkoholipoliittinen malli heikkeni, mikä kavensi mahdollisuuksia alkoholijuomien saatavuuden kansalliseen

sääntelyyn. Tämä nosti hoidon alkoholipoliittista merkitystä, mikä näkyi 1990-luvun lopulla myös lisääntyneenä päihdepalveluiden käyttönä.

EU-jäsenyyden mukanaan tuoma uusi palveluiden hankinta- ja kilpailulainsäädäntö johti julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyösuhteiden uudelleen muotoutumiseen. Vaikka kunnallinen päihdehuolto oli laajentunut 1970-luvusta lähtien, 1990-luvulla huomattava osa päihdehuollon erityispalveluista oli kolmannen sektorin toimijoiden järjestämää. Järjestöjen osuus jopa kasvoi 1990-luvun loppupuolella: ne olivat kuntatoimijoita ketterämpiä tuottamaan kuntien kaipaamia palveluja. Julkisen sektorin ja kolmannen sektorin suhde muuttui merkittävästi. Päihdepalveluita oli kehitetty ja tuotettu aiemmin kuntien kanssa sovitun yhteistyön pohjalta. Lisäksi valtio osallistui valikoivasti päihdepalvelujen kehittämiseen erillisrahoituksilla vielä 2000-luvun alkupuolella. Uuden hankinta- ja kilpailulainsäädännön myötä julkisten palveluiden järjestämisvastuu ja tuottaminen erotettiin toisistaan, jolloin myös joustavan ja pitkäjänteisen yhteissuunnittelun mahdollisuudet pienenevät. Kuntien alkaessa kilpailuttaa haluamiaan palveluita, usea pienempi palveluntuottaja on joutunut lopettamaan toimintansa ja suurten, yksityisten palveluntuottajien rooli on vahvistunut erityisesti asumispalveluiden tuottamisessa.

Päihdetyön kehittämiseen on vaikuttanut STM:n vuonna 2009 julkaisema mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, jossa linjataan mielenterveys- ja päihdetyön yhteistä kehittämistä vuoteen 2015 asti. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, ehkäisevän työn tehostamista, perustason matalakynnyksen palveluiden kehittämistä ja palvelujen koordinoitua asiakkaan näkökulmasta toimivaksi kokonaisuudeksi.

Alkoholin kokonaiskulutus on vuoden 2007 jälkeen ollut lievässä laskussa. Kehitys on heijastunut myös päihteiden vuoksi hoitoon hakeutuneiden määriin, mutta lisäksi on nähtävissä rakenteellinen muutos: avohoitoa ja katkaisuhoidon on saatavilla, katkaisuhoidon jopa enemmän kuin aikaisemmin, mutta kuntouttavan laitostuotoisen hoidon osuus on vähentynyt ja korvautunut osin asumispalveluilla ja osin avohoidon toteutettavina ryhmämuotoisina kuntoutuskursseina.

Päihdetapauslaskennan mukaan myös perusterveydenhuollon avopalveluissa asioidaan aiempaa enemmän. Parhaimmillaan tämä voi tarkoittaa, että perusterveydenhuolto kantaa suuremman vastuun päihdeongelmaisten hoidosta ja että päihdeongelmaisen välttämättömimpään hoitoon rajoittuva somaattinen terveydenhoito kohenee. Huonoimmillaan se voi ilmentää sitä, että päihdehuollon palveluja on riittämättömästi tarjolla. Eri puolilta Suomea on alkanut tulla tietoja siitä, että kaikkein huonokuntoisimmat ja myös laitostuntoutusta tarvitsevat henkilöt jäävät tarvitsemansa hoidon ulkopuolelle: avohoidosta he eivät saa riittävästi tukea ja laitoshoidon on vähennetty voimakkaasti.

KIRJALLISUUTTA

- Hinkkanen, V. (2010) Rikollisuuden kustannukset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2009 – Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 250/2010.
- Hujanen, T., Kapiainen, S., Tuominen, U. & Pekurinen, M. (2008) Terveystieteiden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Työpapereita 3/2008. Helsinki: Stakes.
- Jääskeläinen, M. (2012) Päihdehaittakustannuslaskennanmenetelmät. Esimerkkinä vuoden 2010 päihdehaittakustannuslaskenta. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2012. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kaukonen, O. (2000) Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Tutkimuksia 107/2000. Helsinki: Stakes.
- Kuussaari, K., Ronkainen, J.-E., Partanen, A., Kaukonen, O. & Vormaa, H. (2012) Kuntoutukselta katkaisuu – Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. Yhteiskuntapolitiikka 77, 640–655.
- Salomaa, J. (1993) Alkoholinkäytön haittakustannukset ja verotaso Suomessa. Tutkimusraportti nro 22. Helsinki: Oy Alko Ab.
- Sotkanet-tietokanta. [Online: <http://www.sotkanet.fi>].

5 ALKOHOLIPOLITIikka JA VÄESTÖN ALKOHOLIPOLIITTiset MIELIPITEET

5.1. Alkoholipoliittisen toimintaympäristön ja alkoholihallinnon muutokset

Voimassa oleva alkoholilaki (1143/94) säädettiin joulukuussa 1994 ja pantiin täytäntöön 1.1.1995. Vuoden 1994 alkoholilaki purki vuodesta 1932 voimassa olleet alkoholijuomien valmistus-, tuonti-, vienti-, tukkumyynti- ja anniskelumonopolit. Alko Oy säilytti yksinoikeutensa ainoastaan yli 4,7 tilavuusprosenttisten alkoholijuomien vähittäismyyntiin.

Uuden alkoholilain alkuvaiheita varjosti ruotsalaisen päivittäistavara kaup-piaan, Harry Franzénin provosoima oikeudenkäynti Ruotsin vähittäismyyntimonopolin laillisuudesta. Oikeudenkäynti oli merkityksellinen myös Suomen vähittäismyyntimonopolin tulevaisuuden kannalta. EY-tuomioistuimen lokakuussa 1997 antamassa päätöksessä Systembolagetin ja samalla myös muiden pohjoismaisten alkoholien vähittäismyyntimonopoliin todettiin täyttävän EU:n ja ETA-säädösten vaatimukset.

Vuoden 1994 alkoholilaki siirsi Alkolle aikoinaan määrätty valvontatehtävät sosiaali- ja terveysministeriön (STM) alaisuuteen perustetulle Sosiaali- ja terveydenhuollon Tuotevalvontakeskukselle (STTV) sekä lääninhallituksille. STTV:n tehtäviin kuului tuolloin yli 4,7 tilavuusprosenttia alkoholia sisältävien alkoholijuomien lupahallinto ja valvonta sekä vähittäismyyntimonopolin ja alkoholimainonnan valvonta. Lääninhallitusten vastuulle jäi käymisteitse valmistettujen alle 4,7 tilavuusprosenttisten alkoholijuomien lupahallinto ja valvonta.

On hyvä muistaa, että jo ennen EU-jäsenyyttä, vuonna 1991, tapahtui alkoholihallinnossa suuri muutos kun paikallistasolta poistettiin yli 400 kunnallista alkoholitarkastajaa. Hyvin harvoissa kunnissa oli tällöin enää jäljellä kunnallisia raittiuslautakuntia ja -sihteereitä. Vuoden 1995 alussa myös Alkon myymäläpäällikköjen alkoholipoliittiset tehtävät lakkautettiin. Uuden alkoholilain astuessa voimaan paikallistasolla ei näin ollen ollut toimivaa verkostoa saatikka henkilöstöä ehkäisevän päihdetyön ja valvonnan hoitamiseen.

Alkoholipoliittisen kentän organisatoristen muutosten eräänlaisena huipentumana 1990-luvulla voidaan pitää Alko-yhtiöiden konsernirakenteen hajauttamista 4. tammikuuta 1999. Alko Oy jäi sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen, kun taas loput konsernista (Altia Group) siirrettiin kauppa- ja teollisuusministeriön alaisuuteen. Konsernirakennelma, jossa alkoholijuomien valmistus, tukkumyynti ja vähittäismyynti olivat saman katon alla, oli jo pitkään aiheuttanut kritiikkiä ja sen nähtiin yleisesti olevan ristiriidassa EU:n kilpailusäädösten kanssa.

Alkoholipoliittisen kentän organisatoriset muutokset jatkuivat eritoten lupahallinnossa 2000-luvulle tultaessa. Vuonna 2004 lääninhallitusten vastuulle siirret-

tiin anniskeluajkojen jatkamisesta päättäminen ja vuotta myöhemmin kaikkien vähittäismyynti- ja anniskelulupien myöntäminen. Vuonna 2009 Terveysturvakeskus (TEO) ja STTV yhdistyivät Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoksi (Valvira). Tuorein alkoholihallintoa koskeva uudistus astui voimaan 2010, kun lääninhallitukset lakkautettiin ja tilalle perustettiin kuusi aluehallintovirastoa, joiden vastuulle siirrettiin lääninhallitusten alkoholipoliittiset tehtävät.

5.2. Alkoholiohjelmat Suomen keskeisinä alkoholipoliittisina työvälineinä

Alkoholilain astuttua voimaan tammikuussa 1995, STM oli päävastuussa alkoholipolitiikasta ilman Alkon organisaation alkoholipoliittista tukea. Paikatakseen syntynyttä alkoholipoliittista tyhjiötä STM turvautui päihde- ja raittiusasiain neuvottelukuntaan (PRNK), joka nostettiin keskeiseksi toimijaksi alkoholipoliittisessa valmistelutyössä. Parlamentaarisen neuvottelukuntana ja valtionhallinnon apuolimeinena, sen poliittinen mandaatti oli kuitenkin heikko eikä sillä ollut hallinnollista päätösvaltaa.

Tammikuussa 1995 STM antoi neuvottelukunnalle tehtäväksi muotoilla esityksen kansalliseksi alkoholiohjelmaksi. Mallina ohjelmalle toimi Maailman Terveystieteiden (WHO) Euroopan aluetuimiston 1992 hyväksymä alkoholiohjelma. Esitys kansalliseksi alkoholiohjelmaksi vuosiksi 1996–1999 valmistui marraskuussa 1995. PRNK:n tehtäväksi tuli myös laatia esitys ohjelman toteuttamiseksi. Toimenpidesitys ”Onks’ tietoo? Esitys kansallisen alkoholiohjelman toimeenpanemiseksi” annettiin STM:lle maaliskuussa 1997. Ohjelman perimmäiseksi tavoitteeksi asetettiin alkoholipolitiikan ja ehkäisevän päihdetyön painopisteen siirtäminen kansalliselta tasolta paikallistasolle. Siitä lähtien kansallisen alkoholipolitiikan strategiset linjaukset on tehty alkoholiohjelmien avulla.

Ohjelman toteutus ontui. Alkoholiohjelmasta ei juuri tiedotettu eikä ohjelma nauttinut mitään erillisrahoitusta. Lisäksi ohjelman toimeenpano rakentui suurelta osin olemattomalle toimijaverkostolle. Ohjelman epäonnistuminen voidaan tulkita yhdeksi alkoholihallinnon ja ehkäisevän päihdetyön hallitsemattoman tilan ilmentymäksi 1990-luvulla.

Syksyllä 1999 WHO:n Euroopan aluetuimisto hyväksyi toisen alkoholiohjelmansa. Suomessa PRNK sai tehtäväksi päivittää voimassaolevan alkoholiohjelman. Uusi ”2000-luvun alkoholiohjelma” hylkäsi pyrkimykset hallinnoida alkoholiaisoita yhtenäisenä poliittisena ongelmakimppuna. Uutta alkoholiohjelmassa oli, että se oli puhtaasti ministeriövetoinen. Se oli myös ensimmäinen alkoholiohjelma, joka nautti erillisrahoitusta.

Viime vuosikymmenen merkittävin alkoholipolitiikan löyhentäminen tapahtui maaliskuussa 2004, kun alkoholijuomien valmisteveroja alennettiin keskimäärin 33 prosentilla. Päätös oli yhtäältä reaktio EU:n alkoholijuomien tuontirajojen vapautta-

miseen 1.1.2004 ja toisaalta tapa ennakoida alkoholimarkkinoiden muutoksia, jotka seuraisivat Viron liittyessä EU:hun 1.5.2004. Verojen alentaminen edellytti lakimuutosta. Uutta lakiesitystä valmisteltiin vuoden 2002 lopusta lähtien valtiovarainministeriön epävirallisessa työryhmässä, joka työskenteli suljetuin ovin eikä keskustelutanut verokysymystä julkisuudessa.

Samanaikaisesti keväällä 2003 nimitetty hallitus sitoutui hallitusohjelmassaan kansallisen alkoholipolitiikan linjauksia koskevan periaatepäätöksen ja uuden alkoholiohjelman tekemiseen. Veroasiat hoidettiin toisin sanoen hallinnollisesti erillään sosiaali-, terveys- ja järjestysasioista, jotka linjattiin erillisessä prosessissa osana valtioneuvoston periaatepäätöstä alkoholipolitiikasta. Merkittävää on myös se, että lakiesitys (HE 80/2003) alkoholiverojen alentamiseksi käsiteltiin elokuussa 2003 ennen valtioneuvoston periaatepäätöstä, joka hyväksyttiin lokakuussa samana vuonna.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen tarkoituksena oli viitoittaa alkoholipolitiikan tulevaisuutta muuttuneessa alkoholipoliittisessa ympäristössä. Toiminnalle asetettiin kolme tavoitetta:

- a) alkoholin aiheuttamia haittoja lasten ja perheiden hyvinvoinnille vähennetään merkittävästi,
- b) alkoholijuomien riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja vähennetään merkittävästi,
- c) alkoholijuomien kokonaiskulutus käännetään laskuun.

Vuosien 2004–2007 alkoholiohjelma oli statukseltaan edeltäjiään vahvempi. Valtioneuvosto oli hyväksynyt sen ja se oli osa hallitusohjelmaa, kun aikaisemmat ohjelmat olivat muodollisesti vain esityksiä ohjelmiksi. Tässä mielessä kyseessä oli ensimmäinen poliittisesti täysivaltainen alkoholiohjelma. Alkoholiohjelma on vuoden 2004 jälkeen muun muassa tukenut paikallistason alkoholipolitiikan tutkimista ja kehittämistä (PAKKA -projekti), solminut kumppanuussopimuksia halukkaiden yhteistyötahojen kanssa sekä pyrkinyt vahvistamaan alueellista ja seudullista alkoholihaittojen ehkäisyä. Myös toisella ohjelmakaudella (2008–2011) alkoholiohjelman pääpaino oli paikallisen työn tukemisessa. Meneillään olevalla kolmannella ohjelmakaudella (2012–) toimintaa on kehitetty vuosittaisten kärkiteemojen avulla.

5.3. Alkoholipoliittiset muutokset EU-Suomessa

Tutkimustiedon mukaan alkoholijuomien fyysisen saatavuuden rajoittaminen on korkean verotuksen ohella tehokkaimpia alkoholinkulutusta hillitseviä keinoja. Alkoholien saatavuuden kehitys on Suomen lähes kaksikymmenvuotisen EU-jäsenyyden aikana ollut pitkälti maan omassa päätösvallassa, toisin kuin alkoholien matkustajatuontisäännökset, jotka ovat vaikuttaneet hintapolitiikkaan. Silti alkoholien saatavuudenkin rajoituksia on pääosin höllennetty EU-jäsenyyden aikana.

Vuonna 1995 alkoholijuomien hintataso ei juuri muuttunut, mutta fyysisessä saatavuudessa muutokset olivat huomattavia:

- keskioluen vahvuisten (alle 4,7 tilavuusprosenttia) ja käymisteitse valmistettujen alkoholijuomien (siiderit ja lonkerot) myynti sallittiin elintarvikeliikkeissä, kioskeissa ja huoltoasemilla,
- anniskelupaikkojen ja kauppojen, mukaan lukien Alkojen, aukioloaikoja pidennettiin,
- anniskelupaikkojen ja erityisesti asiakaspaikkojen määrää lisättiin,
- verovapaan alkoholin matkustajatuontisäännöksiä väljennettiin,
- tilaviinien ja sahdin vähittäismyynti sallittiin valmistuspaikkojen yhteydessä.

Muita uuden alkoholilain mukanaan tuomia muutoksia olivat alkoholinkäytön salliminen julkisella paikalla ja alle 22 tilavuusprosenttia alkoholia sisältävien alkoholijuomien mainonnan salliminen.

Myös Alkon myymälöitä on perustettu lisää koko EU-jäsenyyden ajan. Vuonna 1994 myymälöitä oli 248. Kun vähittäismyyntimonopolin säilyminen varmistui 1997, myymälöiden lisääntymistahti kiihtyi. Vuonna 2012 myymälöitä oli 351, mikä merkitsee yli 40 prosentin lisäystä vuodesta 1994. Kaikki myyntipisteet ovat toimineet itsepalveluperiaatteella 1990-luvun lopusta lähtien ja aukioloajat ovat pidentyneet noin 50 prosenttia sitten 1990-luvun alun. Yli 70 prosenttia Alkon myymälöistä sijaitsee kauppakeskuksen, marketin tai tavaratalon yhteydessä, mikä on merkinnyt keskiolutta väkevämpien alkoholijuomien ja päivittäistavara-kaupan välisen kynnyksen madaltumista. Myymälöidensä lisäksi Alkolla oli vuoden 2012 lopulla 108 tilausmyyntipistettä, joiden osuus kokonaisu-myynnistä oli kuitenkin vain reilu prosentti.

Alle 4,7 tilavuusprosenttia alkoholia sisältävien alkoholijuomien vähittäismyyntipaikkojen (C-lupa) lukumäärä on vähentynyt. Vuonna 1994 C-luvan omaavia vähittäismyyntipaikkoja oli noin 6 400 kun niitä vuoden 2012 lopussa oli 5 511. Vähittäismyyntipaikkojen väheneminen johtuu päivittäistavara-kaupan rakenteen muutoksista, eli myymälämäärän vähenemisestä ja yksikkökoon kasvusta. Vertailuna voi mainita, että vuonna 1969 keskioluen myynnin laajetessa Alkoista päivittäistavara-kauppoihin, oli keskioluen vähittäismyyntipaikkoja yli 17 000. Samaan aikaan kun myyntipaikkojen lukumäärä on vähentynyt, on sunnuntaina auki olevien alkoholin vähittäismyyntipaikkojen lukumäärä moninkertaistunut 1990-luvun puolivälistä lähtien, kaupan aukioloaikojen vapautuessa.

Anniskeluravintoloiden lukumäärän kasvu on niin ikään lisännyt alkoholin saatavuutta. Ravintoloiden A-oikeuksien (kaikki alkoholijuomat) määrä on enemmän kuin kaksinkertaistunut 1990-luvun alusta, jolloin lupien lukumäärä oli reilut 2 000. Vuoden 2012 lopussa A-lupia oli myönnetty yli 5 900. Vielä enemmän oli kasvanut ravintoloiden asiakaspaikkojen määrä. C-anniskelulupien (vain alle 4,7 tilavuusprosenttia alkoholia sisältävät juomat) määrä lähti sen sijaan laskuun vuoden 1994 alkoholilain astuttua voimaan ja vuoden 2012 lopussa lupien määrä oli pudonnut miltei kolmasosaan vuoden 1994 tasosta. Myös anniskelupaikkojen aukioloajat

ovat pidentyneet. Nykyään yleisin sulkemisaika on kello kaksi. Lisäksi erikoisluvalla myönnetään jatkoaikaa kello kolmeen tai neljään. Vuonna 1995 näiden jatkoaikalupien määrä oli noin tuhat, kun niitä vuoden 2012 lopulla oli 1 100. Jatkoaikalupien määrä on kuitenkin laskenut huippuvuodesta 2003, jolloin niitä oli yli 1 400.

Alkoholiverotuksen muutokset

Korkea alkoholiverotus ja alkoholijuomien korkeat hinnat ovat osoittautuneet tehokkaiksi keinoiksi vähentää alkoholinkulutusta ja -haittoja. Mahdollisuus käyttää hintapolitiikkaa on kuitenkin pienentynyt Suomen liittyttyä EU:n jäseneksi. Vuosien 1995–2003 välisenä aikana alkoholiverotusta muutettiin vain kerran. Tämä tapahtui 1998, jolloin mietojen viinien ja välituotteiden verotusta alennettiin 17 prosenttia.

Vastauksena alkoholin matkustajatuonnin vapautumiseen muista EU-maista tammikuussa 2004 ja Viron EU-jäsenyyteen viisi kuukautta myöhemmin, väkevien juomien verotusta laskettiin maaliskuussa 44 prosenttia, oluen verotusta 32 prosenttia ja viinien verotusta 10 prosenttia. Vuonna 2004 toteutettua veronalennusta voidaan vaikutuksiltaan rinnastaa vuosien 1969 ja 1995 alkoholipoliittisiin mullistuksiin. Jokaisen mullistuksen jälkeen alkoholin kokonaiskulutus kasvoi ja alkoholihaitat lisääntyivät selvästi.

Hallituksen suhtautuminen alkoholiveron korotuksiin koki renessanssin viime vuosikymmenen loppupuolella, kun asenneilmasto alkoholinkulutusta kohtaan oli alkanut kiristyä. Vuonna 2008 väkevien alkoholijuomien verotusta nostettiin 15 prosenttia ja muiden alkoholijuomien 10 prosenttia. Marraskuussa 2008 talouspoliittinen ministerivaliokunta päätti, että kaikkien alkoholijuomien verotusta nostettaisiin vuoden 2009 alusta 10 prosentilla. Yllätyksellisenä voidaan pitää hallituksen ehdotusta nostaa alkoholiveroja toistamiseen 10 prosentilla lokakuussa 2009. Korotuksella pyrittiin ensisijaisesti paikkaamaan talouskriisin aiheuttamaa lovea valtiontaloudessa.

Viimeisin alkoholiveron korotus tapahtui vuoden 2012 alussa, jolloin oluiden valmisteveroa korotettiin 15 prosenttia ja muiden alkoholijuomien valmisteveroa 10 prosenttia. Veronkorotuksen jälkeen väkeviä ja välituotteita verotetaan yhä hieman lievemmin kuin ennen vuoden 2004 veronalennusta. Sen sijaan oluiden ja viinin verotaso ylittää vuotta 2004 edeltäneen tason. Silti väkevien alkoholijuomien verotus on edelleen raskaampaa kuin mietojen alkoholijuomien.

Vaikka samat ulkoiset uhat alkoholin matkustajatuonnin vapauttamisen myötä ovat koskeneet myös Ruotsia ja epäsuorasti ETA-maa Norjaa, Suomen alkoholiveropolitiikka on ollut huomattavasti poukkoilevampaa kuin näissä maissa. Julkinen keskustelu alkoholiveroista on virinnyt vilkkaana myös naapurimaissa, mutta joitakin maltillisia veromuutoksia lukuun ottamatta maat ovat pitäneet alkoholiverotuksensa vakaina. Esimerkiksi Norjassa on tehty alkoholiveroihin inflaatiokorotuksia tasaisin väliajoin. Kokoavasti voi kuitenkin sanoa, että alkoholivero on edelleen keskeinen väline pohjoismaisessa ja suomalaisessa alkoholipolitiikassa.

Muita alkoholipoliittisia toimenpiteitä

Vuoden 2004 alkoholiveroalennuksen lisäksi viime vuosikymmenen ehkä merkittävin alkoholioloihin liittyvä lakimuutos tapahtui lokakuussa 2003, jolloin uusi järjestyslaki (612/2003) astui voimaan. Järjestyslain keskeisenä tavoitteena oli yhtenäistää kuntien kirjavat järjestyssäännöt, joilla muun muassa säädeltiin alkoholijuomien nauttimista julkisilla paikoilla vuoden 1995 jälkeen. Uuden järjestyslain myötä alkoholin nauttiminen julkisilla paikoilla kiellettiin, mutta niin sanottu piknik-juominen puistoissa, mukaan lukien lasten leikkipuistot, sallittiin. Järjestyslain voimaan astumisen jälkeen julkijuomisen täyskiellon valvonta onkin paljolti riippunut poliisin priorisoinneista ja käytettävissä olevista resursseista.

Alkoholinkulutuksen ja alkoholihaittojen kasvaessa vuoden 2004 jälkeen, hallitus asetti marraskuussa 2005 alkoholipoliittisen ministerityöryhmän valmistelemaan toimenpiteitä alkoholihaittojen vähentämiseksi. Työryhmän ehdotuksista toteutuivat seuraavat toimenpiteet:

- alkoholijuomien vähittäismyynti siirrettiin alkamaan kello 7 sijasta aikaisintaan kello 9:ään,
- oluen ja muiden alkoholijuomien paljousalennukset kiellettiin,
- alkoholijuomien tarjoushinnoista ilmoittaminen myymälän tai anniskelupaikan ulkopuolella kiellettiin,
- alkoholimainosten esittäminen televisiossa sallittiin vain kello 21:n jälkeen ja alkoholimainonta elokuvateattereissa kiellettiin alaikäisille sallituissa näytännöissä.

Ehdotettu myyntiajan muutos astui voimaan huhtikuussa 2007 ja muut lakimuutokset vuoden 2008 alusta. Eduskunta hyväksyi myös lain alkoholipakkauksiin ja -pulloihin liitettävästä varoitusmerkinnästä. Yleisesti muotoiltu varoitusmerkintä – ”VAROITUS: Alkoholi vaarantaa sikiön kehityksen ja terveytesi” – ei kuitenkaan kelvannut EU:lle ja peruspalveluministeri Paula Risikon ehdotuksesta laki varoitusmerkinnöistä kumottiin keväällä 2008, ennen lain voimaan astumista. Ministeri ei itse uskonut varoitusmerkintöjen vaikuttavuuteen, mikä osaltaan selittää menettelyn kumota jo annettu laki. Myös Panimoliitto vastusti aktiivisesti varoitusmerkintöjen käyttöönottoa koko lainvalmisteluprosessin ajan.

Näistä alkoholilain muutoksista päätettiin ajankohtana, jolloin mielipideilmas-to Suomessa oli tiukentunut ja poliitikot yli puoluerajojen kannattivat alkoholipolitiikan kiristämistä. Juuri ennen eduskuntavaaleja 2007 hyväksytyyn lakipakettiin eduskunta lisäsi myös ponnin alkoholiverotuksen ja eritoten väkevien juomien verotuksen nostamisesta seuraavan hallituskauden aikana. Lupaus sisällytettiin seuraavaan hallitusohjelmaan (Vanhanen II).

Keväällä 2009 eduskunnassa käsiteltiin kaksi muutakin alkoholilain muutosprosessia. Hallituksen esityksessä alkoholirikoksia koskevien säännösten uudistamisesta ehdotettiin alkoholilainsäädännössä olevia rikospykäliä siirrettäväksi rikosla-

kiin. Lakimuutoksen myötä poliisilla on oikeus tarkastaa alaikäisen mukana olevat tavarat laittomasti hallussa pidetyn alkoholijuoman löytämiseksi ja poisottamiseksi. Toinen paljon keskustelua herättänyt muutos koski alkoholin mielikuvamainontaa ja alkoholin markkinointirikospykälien sisällyttämistä rikoslakiin. Molemmat lakimuutokset astuivat voimaan marraskuussa 2009.

Viime vuosikymmenen lopulla toteutuneiden alkoholipoliittisten tiukennusten lisäksi muita ajankohtaisia alkoholipoliittisia aiheita ovat olleet ehdotus tilaviinien vähittäismyyntioikeuksien laajentamisesta enintään 22 tilavuusprosenttia alkoholia sisältäviin tilalikköoreihin sekä ehdotus niin sanotun alkoholin mielikuvamainonnan kieltämisestä. Molempia ehdotuksia valmisteltiin pitkään. Toteutuessaan tilalikköörimyyntin salliminen olisi kyseenalaistanut monopolijärjestelmän oikeutuksen ja voinut jopa johtaa järjestelmän lakkauttamiseen. Ehdotus kariutui kuitenkin keväällä 2010, kun EU:n komissio ilmoitti, että tilalikköörimyynti toteutuessaan olisi unionioikeuden vastainen.

Myös alkoholin mielikuvamainonta on herättänyt kiivasta keskustelua, jossa terveyden edistämisen ja päihdetyön ammattilaiset ovat puhuneet mainontarajoitusten puolesta ja elinkeinoelämän edustajat niitä vastaan. Eduskunnan vaatimuksesta STM asetti syksyllä 2009 alkoholimainonnan rajoituksia selvittävän työryhmän, joka koostui voittopuolisesti alkoholiteollisuuden, kaupan ja viestinnän edustajista. Muistiossaan kahtia jakautunut työryhmä päätti, ettei alkoholimainontasäädöksiä ole syytä kiristää. Eduskunnassa asiasta oltiin toista mieltä ja 106 kansanedustajaa allekirjoitti syyskuussa 2010 erillisen lakialoitteen alkoholin mielikuvamainonnan kieltämisestä. Alkoholimainonnan rajoittaminen kirjattiin myös vuoden 2011 hallitusohjelmaan ja huhtikuussa 2013 sosiaali- ja terveystieteiden ministerityöryhmä pääsi sopuun alkoholimainonnan kiristyksistä. Ministerityöryhmän ehdotuksen mukaan alkoholin ulkomainonta kiellettäisiin kokonaan. Radiossa ja televisiossa alkoholia saisi mainostaa kello 22 jälkeen nykyisen kello 21 sijasta. Alkoholimainontaa ja sponsorointia yleisötilaisuuksissa ei esityksessä kielletä eikä myöskään alkoholin mielikuvamainontaan ole ehdotettu uusia rajoituksia.

5.4. Alkoholipolitiikan kansainvälinen kehitys

Suomen alkoholipolitiikka kansainvälisessä vertailussa

Suomen EU-jäsenyyttä edeltänyt alkoholipolitiikka nojasi kolmeen tukipilariin, joita on pidetty Pohjoismaisen alkoholipolitiikan kulmakivinä. Ne olivat yksityisen voitontavoittelun rajoittaminen alkoholin tuotannossa ja kaupassa kokonaisvaltaisen alkoholimonopolijärjestelmän avulla, alkoholijuomien fyysisen saatavuuden rajoittaminen ja alkoholijuomien hintojen pitäminen korkeina.

EU-jäsenyyden myötä peruspilarit ovat alkaneet horjua ja itsenäisesti hoidetun alkoholipolitiikan toimintaedellytykset ovat heikentyneet. Erityisesti Euroopan sisä-

markkinoille keskeiset tavaroiden vapaan liikkumisen ja kilpailun esteettömyyden periaatteet ovat avanneet ovia yksityiselle voitontavoittelulle alkoholituotannossa ja -kaupassa sekä vieneet pohjaa korkeisiin veroihin perustuvalta alkoholipolitiikalta.

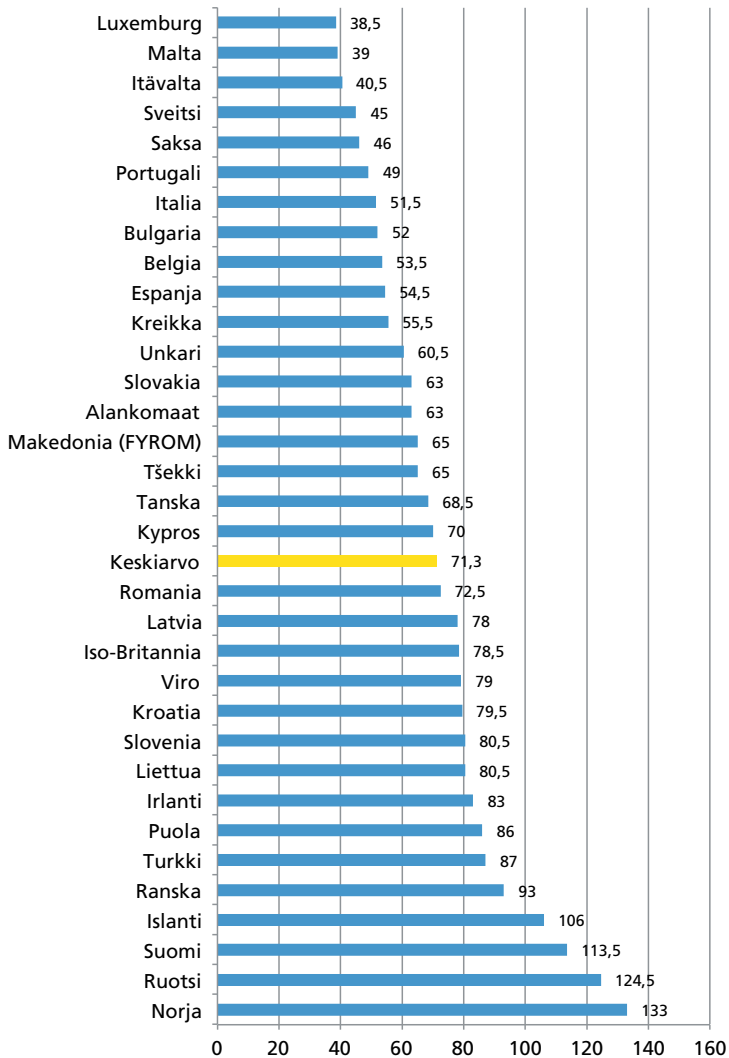
Viime vuosikymmenten aikana tapahtuneet muutokset ovat näkyneet alkoholinkulutuksen ja -haittojen nousuna, eritoten vuoden 2004 jälkeen, jolloin alkoholipoliittinen toimintaympäristö Suomessa koki suuria muutoksia. Vastaava kehityskulku, jota voidaan pitää pohjoismaisten alkoholijärjestelmien sopeuttamisena EU:hun tai jopa pohjoismaisen alkoholipoliittisen perinteen osittaisena hajoamisena, on ollut havaittavissa myös Norjassa ja Ruotsissa.

Vaikka Suomen alkoholipolitiikka on selvästi liberalisoitunut kahden viimeisen vuosikymmenen aikana, maamme alkoholipolitiikka on yhä kireää verrattuna moniin muihin Euroopan maihin. Alkoholipolitiikan tiukkuutta ja laajuutta Euroopassa on tutkittu vertailemalla politiikan eri osa-alueita saatavuuden sääntelystä, rattijuopumuksen ja mainonnan säätelystä alkoholiverotukseen. Tutkimuksen päätuloksista voi todeta, että alkoholipolitiikka Pohjoismaissa oli vuonna 2010 selvästi Euroopan tiukinta (kuvio 5.1).

Kaikkein kireintä alkoholipolitiikkaa harjoitetaan ETA-maa Norjassa, jota seuraavat EU-maat Ruotsi ja Suomi sekä EU-hakijamaa Islanti. Pohjoismaiden korkeita pisteitä selittää korkean alkoholiverotuksen ja tiukan saatavuuden säätelyn lisäksi korkeat alkoholimyynnin ikäraajat, alkoholimainonnan rajoitukset sekä alhaiset promillerajat liikenteessä. Ei ole myöskään mikään yllätys, että alkoholipolitiikka Ranskassa oli Euroopan viidenneksi tiukinta, mikä johtuu muun muassa tiukasta alkoholimainontalainsäädännöstä.

Vähiten rajoittavaa alkoholipolitiikkaa Euroopassa harjoitettiin Luxemburgissa, jossa alkoholijuomia verotetaan kevyesti eikä alkoholin saatavuutta juurikaan rajoiteta. Myös monessa muussa Keski- ja Etelä-Euroopan maassa alkoholin saatavuuden ja käytön kontrolli oli Pohjoismaihin verrattuna vähäistä. On tosin muistettava, että monessa maassa alkoholin liikakäyttöä rajoittavat monet epäviralliset sosiaaliset normit ja tavat kuin viralliset kontrollikeinot kuten Pohjoismaissa Tanskaa lukuun ottamatta. Tutkimus ei kuitenkaan kattanut tätä epävirallista kontrollia.

Kun verrataan pohjoismaisten alkoholimonopolimaiden keskimääräisiä alkoholipolitiikkapisteitä (119,3) Euroopan keskiarvoon (71,3) ja tarkastellaan samalla myös maiden alkoholinkulutusta, on Pohjoismailla tiukimman alkoholipolitiikan lisäksi myös alhaisin alkoholinkulutuksen taso (7,8 litraa alkoholia 15 vuotta täytännä kohti). Itä-Euroopan maissa alkoholipolitiikan säätely (72,5 pistettä) on tiukempaa kuin Keski-Euroopan maissa (61 pistettä) ja myös alkoholinkulutuksen taso on Keski-Euroopassa (11,2 litraa) korkeampi kuin Itä-Euroopassa (10,5 litraa). Poikkeuksen tähän kaavaan muodostavat Etelä-Euroopan maat joiden alkoholipolitiikka on Euroopan vähiten tiukka (53,3 pistettä) ja joiden alkoholinkulutus on toiseksi alhaisinta (9,2 litraa).



Kuvio 5.1. Alkoholipolitiikan tiukkuus 33 Euroopan maassa vuonna 2010

Lähde: Karlsson, Lindeman & Österberg, 2012.

On syytä muistaa, että alkoholinkulutus Euroopassa ei ole muuttumaton ilmiö ja että alkoholinkäyttötavat vaihtelevat suuresti maasta toiseen. Joissakin maissa alkoholijuomia käytetään pääasiassa päihdyttävänä aineina, toisissa ennen muuta ruokajuomina. Erilaisista käytötavoista johtuu, että myös alkoholin kulutuksen muutoksia määrittävät tekijät vaihtelevat alkoholikulttuurista toiseen. Yleistäen voi sanoa, että Välimeren viinimaissa muuttoliike maalta kaupunkeihin, perhekoon nopea pieneneminen, naisten osallistuminen työelämään, ruokailutapojen muuttuminen ja vapaa-ajan lisääntyminen ovat vähentäneet roimasti viinin suosiota

ruokajuomana ja siten myös alentaneet alkoholin kokonaiskulutusta. Siksi perinteisillä alkoholipoliittisilla toimenpiteillä ei ole yhtä suurta merkitystä Etelä-Euroopan maissa kuin esimerkiksi Pohjoismaissa.

Alkoholipolitiikan kansainvälinen viitekehys

Suomen EU-jäsenyyden ja vuoden 1994 alkoholilain voimassaolon aikana alkoholipoliittiset kysymykset ovat saaneet huomattavasti enemmän julkisuutta kansainvälisellä tasolla. Kun alkoholin matkustajatuontirajat EU:n sisäisessä liikenteessä poistuivat 1.1.2004, alkoholipoliittiset asiat nousivat näkyvästi esille Pohjoismaisen neuvoston ja ministerineuvoston työlliställä. Pohjoismaiden valtiovarainministerit, Tanska mukaan lukien, muodostivat yhteisen kannan alkoholiverotuksesta touku-kuussa 2004 ja saman vuoden lokakuussa sosiaali- ja terveysministerit muotoilivat yhteisen alkoholipoliittisen lausuman.

Pohjoismaat ovat onnistuneet alkoholiasioiden kansainvälisessä edistämisessä laajemminkin. Tärkeänä saavutuksena voidaan pitää komission antamaa tiedonantoa EU:n strategiasta jäsenvaltioiden tukemiseksi alkoholiin liittyvien haittojen vähentämisessä (KOM(2006) 625). Tässä EU:n ensimmäisessä alkoholistrategian synnyssä Pohjoismailla ja eritoten Ruotsilla, oli keskeinen rooli. Kaikilla osa-alueilla Pohjoismaiden pyrkimykset vaikuttaa kansainvälisen alkoholipolitiikan muotoutumiseen eivät ole olleet yhtä menestyksekkäitä. Huonosti on käynyt muun muassa yhteispohjoismaiselle tavoitteelle ottaa uudestaan käyttöön alkoholin matkustajatuontirajat EU:n sisällä sekä puolittaa nykyiset viitteelliset maahantuontirajat, eivätkä Pohjoismaat yrityksistään huolimatta ole onnistuneet ajamaan läpi alkoholiverotuksen minimitason nostamista EU:ssa.

Alkoholiasioiden edistäminen Maailman terveysjärjestössä (WHO) on toisaalta hyvä esimerkki siitä, miten Pohjoismaat ovat onnistuneesti vaikuttaneet kansainväliseen alkoholipolitiikkaan. Pohjoismailla oli erityisen tärkeä rooli prosessissa, joka alkoi WHO:n yleiskokouksen hyväksyessä toukokuussa 2005 päätöslauselman (A58/26) vahinkoa tuottavan alkoholinkäytön aiheuttamista kansanterveysongelmista. Kolme vuotta myöhemmin WHO:n yleiskokous hyväksyi strategian haitallisen alkoholinkäytön vähentämiseksi (A61/4). Prosessi huipentui toukokuussa 2010 WHO:n globaalin alkoholistrategian hyväksymiseen. Strategiassa (A63/13) korostetaan alkoholijuomien hintoihin, saatavuuteen ja markkinointiin kohdistuvien toimenpiteiden tehokkuutta alkoholihaittojen ehkäisyssä.

Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna niin sanotut elintapasairaudet ovat viime vuosina olleet kasvavan huomion kohteena. Tähän ovat vaikuttaneet WHO:n raportti elintapasairauksista vuodelta 2010 sekä Moskovassa keväällä 2011 pidetyn ministerikonferenssin ja YK:n syksyllä 2011 järjestämän huippukokouksen yhteydessä tehdyt päätökset. Elintapasairauksien (sydän- ja verisuonitaudit, syöpä, diabetes, krooniset hengityselinsairaudet) keskeisinä riskitekijöinä pidetään tupakkaa, alkoholia, huonoja ruokailutottumuksia ja liikunnan puutetta. Poliittikasuosustusten

tasolla parhaiksi vaihtoehtoiksi alkoholinkäytön kontrolloinnissa on näissä yhteyksissä noussut alkoholijuomien verotuksen kiristäminen, alkoholijuomien saatavuuden rajoittaminen ja alkoholimainonnan kieltäminen.

5.5. Alkoholipoliittisen mielipideilmaston muutokset

Kahdessakymmenessä vuodessa väestön alkoholipoliittiset mielipiteet ovat vaihdelleet merkittävästi. ETA- ja EU-jäsenyysneuvottelujen aikana 1990-luvun alussa Euroopan taloudellinen integraatio muodosti haasteen koko suomalaiselle alkoholipoliittiselle järjestelmälle. Siinä yhteydessä vahvistuivat käsitykset siitä, että ”mannermaiset” juomatavat leviäisivät Suomeen. Nämä tekijät heijastuivat vapaamielisinä alkoholipoliittisinä asenteina niin lehdistössä kuin kansalaisten keskuudessa.

Liberaalit asenteet alkoivat säröillä 1990-lopussa. Yhtenä syynä tähän oli vuoden 1994 alkoholilain salliman julkijuomisen aiheuttama häiriökäyttäytyminen. Reaktiot kohdistettiin eritoten nuoriin ja sosiaalisiin marginaaliryhmiin. Tässä vaiheessa keskustelu alaikäisten alkoholinkulutuksen nollatoleranssista rantautui Suomeen.

Vuonna 2006 mielipiteet kiristyivät uudemman kerran. Syynä tähän olivat vuoden 2004 alkoholijuomien veronalennuksesta seurannut kulutuksen lisäys ja sen aiheuttamat alkoholihaitat. Kun vuonna 1994 vallitsevia alkoholipoliittisia rajoituksia tai niiden tiukentamista kannatti 55 prosenttia vastanneista, on vastaava osuus vuoden 2005 jälkeen ollut 80–88 prosenttia. Vastaavasti lievennyksiä kannattavien osuus on ollut jatkuvassa laskussa, vuonna 1994 heitä oli 41 prosenttia, vuosien 2005–2013 välillä enää 10–15 prosenttia. Yleisesti ottaen alkoholipoliittiset mielipiteet kiristyivät vuoteen 2011 asti, jonka jälkeen on havaittavissa pientä muutosta mielipiteiden lieventymisen suuntaan.

Samanlainen trendi on koskenut juomalajien myyntijärjestelyjä. Vielä vuonna 1998 kaksi kolmasosaa suomalaisista halusi, että viiniä myytäisiin päivittäistavara-kaupoissa. Vuonna 2013 tätä mieltä oli 36 prosenttia vastaajista. Vuonna 1999 joka viides vastaaja ilmoitti haluavansa että väkeviä alkoholijuomia myytäisiin päivittäistavara-kaupassa. Vuonna 2013 heitä oli enää seitsemän prosenttia. Vuonna 1996 runsaat puolet suomalaisista halusi, että vahvaa olutta myytäisiin päivittäistavara-kaupoissa kun vain kolmannes oli tätä mieltä vuonna 2013.

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry kartoitti vuoden 2012 lopussa mielipiteitä joistakin aiheista, jotka ovat olleet esillä viime aikojen julkisessa keskustelussa. Selvityksen mukaan puolet suomalaisista toivoi, että aamuneljään asti auki olevat ravintolat sulkisivat ovensa aikaisemmin. Samaten noin puolet kansalaisista olisi kieltänyt alkoholin mielikuvamainonnan, mainostamisen urheilutapahtumien yhteydessä ja alkoholiteollisuuden sponsoroinnin. Keskioluen myynnin siirtämistä elintarvike-likkeistä Alkoon kannatti 15 prosenttia vastaajista. Valtaosa suomalaisista asettui nykyisten alkoholijuomien ostoon päivittäistavara-kaupoissa oikeuttavien ikärajojen taakse. Noin 80 prosenttia piti 20 vuoden ikärajaa sopivana väkeville juomille ja noin 90 prosenttia viineille ja oluella.

KIRJALLISUUTTA

- Alavaikko, M. (2000) Alkoholihallinnon muutos vuonna 1995 ja sen vaikutusten arviointi Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Karlsson, T. (toim.) (2009) Suomen alkoholiolot 2000-luvun alussa. Kulutus, haitat ja politiikka. THL Raportti 15/2009. [Haettu 13.11.2012. Online: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/054b8176-68eb-4b9e-baf2-5cf346bfcc37>].
- Karlsson, T. & Lindeman, M. & Österberg, E. (2012) Does alcohol policy make any difference? Scales and consumption, pp. 43–49. Teoksessa: Andersson, P., Braddick, F., Reynolds, J. & Gual, A. (Eds) Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA. [Haettu 21.11.2012. Online: <http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/AMPHORA%20ebook.pdf>].
- Karlsson, T. & Törrönen, J. (2004) Valtion ja kuntien ristiaallokossa: uusien yhteisöohjelmien rationaalisuus paikallisviranomaisten näkökulmasta. Teoksessa: Törrönen, J. (toim.) Valvontaa ja vastuuta. Päihteet ja julkisen tilan moraalisaatäely, pp. 196–215. Helsinki: Gaudeamus Kirja.
- Luhanen, M. & Tamminiemi, K. & Varamäki, R. (2012) Suomalaisten alkoholisensiteet 2012. Ajankohtaiskatsaus siihen, mitä suomalaiset ajattelevat alkoholin käytöstä ja alkoholipoliittisista toimenpiteistä. Helsinki: SOSTE. [Haettu 28.11.2012. Online: http://issuu.com/soste/docs/alkoholisensiteet_2012].
- Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma (2011) Valtioneuvoston kanslia. [Haettu 13.11.2012. Online: <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>].
- Tigerstedt, C. (2006) (toim.) Alkoholiolot EU-Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehys 1990–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tigerstedt, C. & Holmila, M. & Kiiänmaa, K. & Kuoppasalmi, K. & Mustonen, H. & Uutela, A. (2004) Alkoholiolojen ja alkoholipolitiikan muutoksen suunnat. Teoksessa Alkoholiohjelma 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 7, 107–155. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

6 EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ

6.1. Ehkäisevän päihdetyön lainsäädäntö

Ehkäisevä päihdetyö edistää päihteettömiä elintapoja, vähentää ja ehkäisee päihdehaittoja ja pyrkii ymmärtämään ja hallitsemaan päihdeilmiöitä. Ehkäisevässä päihdetyössä päihteiksi lasketaan yleensä alkoholi, huumeet ja tupakka. Lääkkeet, liuotimet ja muut aineet luetaan päihteiksi, jos niitä käytetään päihtymistarkoituksessa. Nykyään myös toiminnalliset riippuvuudet, kuten peliriippuvuus, kuuluvat ehkäisevään päihdetyöhön. Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään vaikuttamaan päihteitä koskeviin tietoihin, asenteisiin ja oikeuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja riskitekijöihin sekä päihteiden käyttötappoihin, saatavuuteen, tarjontaan ja haittoihin.

Ehkäisevä päihdetyö on kuntien lakisäateistä toimintaa, jota ohjaa raittiustyölaki (19.11.1982/828). Ehkäisevää päihdetyötä säätelevät raittiustyölain lisäksi useat muut lait ja säädökset. Raittiustyön tarkoituksena on totuttaa kansalaiset terveisiin elämäntappoihin ohjaamalla heitä välttämään päihteiden ja tupakan käyttöä. Lailla pyritään takaamaan yleiset edellytykset raittiustyölle, joka määritelmän mukaan on ensisijaisesti valtion ja kuntien tehtävä. Käytännön raittiustyön tekemisestä vastaavat pääasiassa kunnat sekä raittius- ja kansanterveysjärjestöt.

Lain mukaan raittiustyön yleinen johto, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle ja sen alaisina toimiville aluehallintovirastoille. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii päihde- ja raittiusasiain neuvottelukunta (ks. luku 5.2). Raittiustyön toimeenpanoon, raittiuden edistämiseen ja alkoholiolojen seuraamiseen kuuluvista tehtävistä huolehtii kunnan määräämä monijäseninen toimielin, joka toimii yhteistyössä erityisesti kunnan terveys-, sosiaali- ja koulutoimen kanssa.

Raittiustyölaki ei enää ohjaa riittävästi kuntien ja järjestöjen ehkäisevää päihdetyötä. Tästä syystä on ilmennyt tarvetta ehkäisevän päihdetyön organisaatiota ja käytäntöjä ohjeistavalle erillislaille. Nykyisessä hallitusohjelmassa asetetaan tavoitteeksi raittiustyölain uudistaminen. Myös muut käynnissä olevat sosiaali- ja terveysalan hallinnonuudistukset jäsentävät uudelleen kuntien ehkäisevää päihdetyötä. Tässä uudistustyössä ehkäisevä päihdetyö muodostaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtäväkentässä oman erityisen kokonaisuutensa, joka yhdistää eri hallinnonalojen ja ammattikuntien työtä.

6.2. Ehkäisevän päihdetyön käytännöt

Raittiustyölaki kuvaa valtion, kuntien ja kansalaisjärjestöjen tehtävänjaon sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja aluehallintovirastojen johto-, ohjaus- ja valvontatehtävät. Ehkäisevää päihdetyötä ohjaavat myös sosiaali- ja terveysministeriön Stakesilta (nyk. THL) tilaamat ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit vuodelta 2006 ja Päihdepalveluiden laatusuosituksukset vuodelta 2002. Laatusuosituksissa edellytetään,

että jokaisella kunnalla tulisi olla päihdestrategia, jossa määritellään, miten kunnassa ehkäistään päihdehaittojen syntymistä ja miten päihdepalvelut on järjestetty. Päihdestrategia myös selkeyttää sosiaali- ja terveydenhuollon työnjakoa päihdepalveluissa. Lisäksi kunnissa tulee olla nimettynä ehkäisevän päihdetyön moniammatillinen työryhmä. Kuntien ehkäisevää päihdetyötä on pyritty tehostamaan nimittämällä kuntiin ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöt.

Aluehallintoviranomaiset koordinoivat osana Alkoholiohjelmaa ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkostoa. Aluehallintovirastoihin ollaan vakiinnuttamassa päihdetyön aluekoordinaattorin tehtävää osana kuntien ehkäisevän päihdetyön ja terveyden edistämisen viranomaisohjausta ja -tukea. Aluehallintovirastojen ja kuntien yhteistyö ehkäisevässä päihdetyössä on tärkeää, koska virastot valvovat alkoholilain noudattamista. Viraston tulee suunnitella, kehittää ja sovittaa yhteen alueensa raittiustyötä, muuta ehkäisevää päihdetyötä ja tupakointia vähentävää työtä ja avustaa kuntia ehkäisevässä päihdetyössä ja tupakoinnin vähentämistyössä sekä toimia yhteistyössä eri viranomaisten ja yhteisöjen kanssa.

Järjestökentällä keskeinen toimija on Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry, joka aloitti toimintansa 1.1.2012. EHYT ry:n perustamisen taustalla on kolmen järjestön (Elämäntapaliitto ry, Terveys ry ja Elämä On Parasta Huumetta ry) yhdistyminen. EHYT ry toimii koko maassa ja koko väestön parissa terveiden elämäntapojen edistämiseksi. Järjestö koordinoi 32 ehkäisevän päihdetyön valtakunnallisen toimijan ja useiden paikallisjärjestöjen toimintaa.

Valtio ei ole harjoittanut resurssi- tai normiohjausta kuntien ehkäisevässä päihdetyössä, vaan ohjaus on toteutettu ensisijaisesti ohjelmaohjauksella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on koordinoinut useita ehkäisevässä päihdetyössä toimivaa verkostoa, kuten aluetoimijoiden verkostoa, Paikallinen alkoholipolitiikka (PAKKA) -verkostoa ja laatukehittäjien verkostoa.

Vasta viime vuosina KASTE -ohjelma (2008–2011 & 2012–2015) on tuonut resurssiohjauksen työn tueksi.

Kuntien tavat huolehtia raittiustyölain säädösten toteutumisesta ovat kirjavia. Vuonna 2011 noin puolessa Suomen kunnista toimi raittiustyölain mukainen ehkäisevän päihdetyön moniammatillinen työryhmä. Näiden työryhmien kokoonpano, tehtävät ja toiminnan sisältö vaihtelivat jonkin verran kunnittain. Ehkäisevän päihdetyön koordinoidaan kunnissa pääsääntöisesti oman työn ohella. Koordinaation haasteena on resurssien vähäisyys, epäselvä työnkuva ja tuen riittämättömyys.

Vuonna 2011 valtaosa kunnista oli nimennyt ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilön. Vain osassa kuntia yhdyshenkilön tehtävä ja mandaatti oli määritelty. Yhdyshenkilöiden tehtäväkuva oli monessa kunnassa epäselvä. Ehkäisevää päihdetyötä käsittelevä strategia oli laadittu vain osassa kunnista. Strategian puuttumisen syyksi mainittiin kunnan pieni koko, organisaatiomuutokset ja kiire.

Paikalliset monialaiset verkostot ovat ehkäisevän päihdetyön ydin. Verkostoihin osallistuu päihde-, hyvinvointi-, terveys-, lainvalvonta-, opetus- ja nuorisotyön sekä kansalaisjärjestöjen ja elinkeinonharjoittajien edustajia. Verkostoituminen

mahdollistaa osallistumisen työn suunnitteluun, kansalaiskeskusteluun ja paikalliseen vaikuttamiseen.

Ehkäisevän päihdetyön tärkeä tehtävä on juuri vaikuttaminen paikallisiin päihdeolosuhteisiin luomalla yhteistyötä kansalaisten, yrittäjien ja valvontaviranomaisten välillä. Tällaista laaja-alaista työtä edustaa Paikallinen alkoholipolitiikka-verkosto. Alueellinen päihdehaittojen ehkäisy voi merkittävästi tehostaa esimerkiksi alaikäisille ja päihtyneille myyntiä koskevien säännösten noudattamista.

KIRJALLISUUTTA

- Aluehallintovirastojen keskeiset arviot peruspalvelujen tilasta 2011 (2011) Aluehallintovirastojen suorittama toimialansa peruspalvelujen arviointi. Pohjois-Suomen aluehallintovirasto.
- Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit (2006) Stakes työpapereita 3/2006. Helsinki: Stakes.
- Ehkäisevä päihdetyö peruspalveluissa. Opas kunnan ehkäisevään päihdetyöhön (2010).
- Holmila, M., Warpenius, K., Warsell, L., Kesänen, M. & Tamminen, I. (2009) Paikallinen alkoholipolitiikka. Pakka-hankkeen loppuraportti. Raportteja 5. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Strand, T. (2011) Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011. Missä mennään, minne haluamme? Raportteja 37. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Warpenius, K. (2002) Kuka ottaisi vastuun? Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston perustamisen arviointi. Raportteja 270. Helsinki: Stakes.

7 ALKOHOLIHAITTOJEN EHKÄISY – TOIMIVAT JA TEHOKKAAT KEINOT

7.1. Terveys- ja hyvinvointiperustainen alkoholihaittojen ehkäisy

Suomalaisen alkoholipolitiikan arvopohja on määritelty perustuslaissa, alkoholilainsäädännössä ja valtioneuvoston periaatepäätöksessä alkoholipolitiikan linjauksista vuodelta 2003. Alkoholiin liittyvien julkisen vallan toimenpiteiden tavoitteena on ensisijaisesti alkoholin aiheuttamien haittojen ehkäisy ja vähentäminen. Tämä tavoite koskee kaikkia hallinnonaloja.

Suomen EU-jäsenyyttä edeltänyt alkoholipolitiikka nojasi kolmeen tukipilaariin, joita on pidetty pohjoismaisen rajoittavan ja terveys- ja hyvinvointiperustaisen alkoholipolitiikan kulmakivinä. Ne olivat kokonaisvaltainen alkoholimonopolijärjestelmä yksityisen voitonintressin rajoittamiseksi alkoholin tuotannossa ja kaupassa, alkoholijuomien fyysisen saatavuuden rajoittaminen ja alkoholijuomien korkea verotus. Vuoden 1994 alkoholilain voimaan tulon jälkeen nämä peruspilarit ovat alkaneet horjua ja itsenäisesti johdetun alkoholipolitiikan toimintaedellytykset ovat heikentyneet. Viime vuosikymmenten aikana tapahtuneet alkoholipoliittiset muutokset ovat näkyneet myös alkoholinkulutuksen ja -haittojen nousuna, eritoten vuoden 2004 jälkeen (ks. luvut 5.1 & 5.2).

Mikään ei kuitenkaan puhu sen puolesta, että saatavuuden sääntelyyn ja korkeaan alkoholiverotukseen nojautuva alkoholipolitiikka olisi tehotonta tai tiensä päässä. Jatkuvasti saadaan lisää tutkimusnäyttöä siitä, että alkoholijuomien saatavuuden kiristäminen ja korkean alkoholiveron politiikka ovat tehokkaimpia toimenpiteitä alkoholihaittojen ehkäisyssä. Universaalien toimenpiteiden tehokkuus ja toimivuus näkyy myös siinä, että viime vuosien alkoholin saatavuuden tiukennukset ja vuoden 2008 jälkeiset alkoholiveronkorotukset ovat saaneet alkoholinkulutuksen kasvun taitumaan ja kokonaiskulutuksen kääntymään lievään laskuun (ks. luvut 3.1 & 5.3).

Alkoholihaittojen ehkäisyn kannalta on tärkeä muistaa, että mitä vähemmän väestössä on alkoholin riskikäyttäjiä, sitä vähemmän on myös niitä yksilöitä, joiden juominen muuttuu vakavaksi ongelmaksi juojalle itselleen tai hänen läheisilleen. Kun halutaan tehokkaasti vähentää alkoholihaittojen kokonaismäärää, toimenpiteitä ei pidä kuitenkaan kohdistaa ainoastaan riskikäyttäjiin. Suuri osa yhteiskuntaa kuormittavista alkoholihaitoista syntyy valtaväestön alkoholinkulutuksesta, vaikka sosiaaliset ongelmat ja vakavat terveyshaitat kasautuvatkin alkoholia keskimäärin enemmän käyttäville suurkuluttajille. Tästä syystä alkoholihaittojen tehokas ehkäiseminen yhteiskunnassa edellyttää toimenpiteitä, jotka vähentävät haittariskiä koko väestön tasolla. Tämä pätee siitäkkin huolimatta, että yleiset toimenpiteet kohdentuvat myös sellaisiin yksilöihin, jotka eivät omakohtaisesti alkoholihaitoista kärsi (ks. luku 4).

7.2. Yhteenvedo alkoholipoliittisista menetelmistä, niiden vaikuttavuudesta, hyödyntämisestä ja hyväksyttävyydestä

Alkoholihaittojen vähentämiskeinojen vaikuttavuudesta on kertynyt runsaasti kansainvälistä tutkimustietoa. Viime vuosina alkoholitutkimuksen tuloksia on koottu laajoihin kirjallisuuskatsauksiin, joissa arvioidaan eri toimenpiteiden tehokkuutta ja toteuttamismahdollisuuksia. Nämä tiedot on tiivistetty toimenpidetauluktoon (taulukko 7.1). Esitystapa tukeutuu kansainvälisen tutkimusryhmän kokoamaan tieteelliseen näyttöön alkoholipoliittisten toimien ja alkoholihaittojen hallinnan menetelmien tehokkuudesta. Joissain kohdissa on nähty tarpeelliseksi esittää vielä uudempaa tutkimusnäyttöä. Lisäksi taulukkoon on kerätty tietoa siitä, mitä näiden toimenpiteiden osalta Suomessa on tähän mennessä tehty sekä arvioitu, millaisia lisätoimenpiteitä olisi mahdollista soveltaa maassamme. Taulukossa myös esitetään arvio siitä, mikä näiden uusien toimenpiteiden hyväksyttävyys olisi yhteiskunnassamme.

Karttuneen tutkimustiedon perusteella väestön alkoholinkulutuksen tasoon ja riskikulutukseen vaikutetaan tehokkaimmin alkoholijuomien *vero- ja hintapolitiikalla* sekä *saatavuuden rajoittamisella*. Muun muassa tästä syystä alkoholihaittojen ehkäisyssä on tärkeää käyttää yleisiä, koko väestöön kohdistuvia toimenpiteitä, joilla rajoitetaan alkoholijuomien fyysistä tai taloudellista saatavuutta. Alkoholihaittojen ehkäisyyn on siis tulevaisuudessakin syytä perustua korkeaan alkoholiverotukseen ja harkittuihin veronkorotuksiin sekä alkoholijuomien vähittäismyyntimonopolin ylläpitämiseen. Etsittäessä uusia keinoja alkoholihaittojen vähentämiseen, mallasjuomat ovat erityisasemassa, koska niiden osuus kaikesta myydystä alkoholista on miltei puolet. Siksi kannattaa vakavasti harkita päivittäistavara-kaupoissa myytävien alkoholijuomien alkoholipitoisuuden alentamista tai niiden jakelun rajoittamista.

Taulukossa nostetaan esiin myös *mainonnan ja markkinoinnin sääntelyyn* liittyviä toimenpiteitä. Mainonnasta ja sen vaikuttavuudesta on tullut lisää tutkimusnäyttöä aivan viime aikoina ja alkoholimainontarajoitukset ovat nousseet esille tehokkaana keinona vähentää nuorten juomista. Kokonaiskulutuksen vähentämisessä mainontarajoituksilla ei ole vastaavaa tehoa.

Näiden lisäksi taulukko sisältää myös neljä muuta toimenpidekokonaisuutta. *Juomis- ja riskitilanteiden kontrolli* koskee alkoholinkäytön sääntelyä liikenteessä, julkisilla paikoilla ja anniskelutoiminnassa. *Tiedollinen vaikuttaminen* kattaa erilaisia viestintään, valistukseen ja kansalaiskeskusteluun liittyviä toimenpiteitä. *Yhteisöpreventio* sisältää paikallisiin oloihin ja paikallisten toimijoiden yhteistyöhön perustuvia alkoholipoliittisia toimenpiteitä. Viimeinen kokonaisuus, *palvelujärjestelmän toimenpiteet*, viittaa ammatillisiin hoitomuotoihin ja vapaaehtoiseen vertaistukitoimintaan.

Alkoholilain tehokkaan toimeenpanon kannalta oleellinen toimenpide on yhteisöpreventio eli vaikuttaminen paikallisiin päihdeolosuhteisiin laaja-alaisella työ-

otteella. Tällaista työtettä edustaa Suomessa Paikallinen alkoholipolitiikka- eli Pakka-malli alkoholihaittojen vähentämiseksi. Nykyään THL koordinoi Pakka-toimijoiden verkostoa.

On tärkeä muistaa, että alkoholipoliittisia toimenpiteitä toteutetaan harvoin yksinään, vaikka toimenpiteet onkin taulukossa listattu yksittäin. Toisiaan täydentävät toimenpiteet tuottavat todennäköisemmin tulosta kuin yksittäiset. Lyhytaikaisten projektiluontoisten toimien sijasta kannattaa suosia toimenpiteitä, jotka voidaan vakiinnuttaa pitkäaikaiseen käyttöön. Jos tavoitteena on suurin mahdollinen vaikutus väestötasolla, tarvitaan laaja-alaisia toimintamalleja.

Huomioita toimenpidetaulukon tulkitsemisesta

Taulukon 7.1 vaikuttavuus-sarakkeessa arvioidaan toimenpidettä koskevan tutkimusnäytön vahvuutta. Taulukkoon lainatun Thomas Baborin ym. *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy* -teoksen (2010) yhteenvedossa on otettu huomioon toimenpiteet, joiden vaikutuksia on huolella arvioitu vähintään yhdessä tieteelliset kriteerit täyttävässä tutkimuksessa. Vaikuttavuustutkimuksissa on otettu huomioon myös vaihtoehtoiset ja kilpailevat selitysmallit. Erityistä huomiota on kiinnitetty pätevän näytön kriteereihin ja toimenpiteitä arvioiviin tutkimuksiin.

Taulukossa vaikuttavuutta kuvataan seuraavasti:

- Ei vaikutusta** = Toimenpidettä on tutkittu, sillä ei ole havaittu olevan vaikutusta.
 + = On olemassa näyttöä vähäisestä vaikuttavuudesta.
 ++ = On olemassa näyttöä kohtuullisesta vaikuttavuudesta.
 +++ = On olemassa näyttöä huomattavasta vaikuttavuudesta.
Ei riittävästi tutkimusta = Aiheesta ei ole tehty riittävästi tutkimuksia.

Vaikuttavuus-saraketta tarkasteltaessa on huomioitava, että kaikkien toimenpiteiden vaikutuksia ei ole pystytty osoittamaan tähän mennessä kumuloituneen tutkimustiedon varassa. Esimerkiksi valistuksen ja viestinnän osalta monimutkaisia syy-seuraus-suhteita on vaikeaa todentaa kontrolloidun kokeellisen tutkimuksen keinoin, vaikka mahdollisia käyttäytymisvaikutuksia olisikin tapahtunut. ”Ei vaikutusta” -määritelmää ei myöskään pidä tulkita siten, että toimenpiteillä ei olisi yhteiskunnallista merkitystä. Vaikuttavuusnäyttö on vain yksi perustelu alkoholinkulutusta ja -haittoja vähentävien toimenpiteiden puolesta. Myös alkoholiolosuhteita koskeva tutkimustieto ja asiantuntijoiden tilannearviot voivat perustella toimenpiteiden tarpeellisuutta. Tieteellisen vaikuttavuusnäytön ja asiantuntijatiedon lisäksi toimenpiteitä voidaan perustella arvovalinnoilla.

Baborin ym. teoksessa on toimenpiteen vaikuttavuuden lisäksi otettu huomioon myös kuinka laajaa näyttöä vaikuttavuudesta on ja kuinka paljon näyttöä on eri kulttuureista. Nämä voi helposti tarkistaa alkuperäisteoksesta. Toimenpidetaulukon on näiden arviointien sijaan koottu suomalainen näkökulma: mitä Suomessa on tehty ja olisi vielä tehtävissä. Kokonaisuudessaan taulukko perustuu siis kansainväliseen näkemykseen, johon on lisätty suomalaisten asiantuntija-arvio oman maan erityispiirteistä.

Hyväksyttävyyssarakkeeseen nostetut kyselytiedot ovat tuoreimmista Gallup-kyselyistä. Suomalaisten alkoholipoliittiset mielipiteet 2012 -kyselyllä viitataan THL:n TNS Gallupilta tilaamaan Gallup-tutkimukseen. Suomalaisten alkoholiasenteet 2012 -kyselyllä viitataan SOSTE:n TNS Gallupilta tilaamaan selvitykseen.

KIRJALLISUUTTA

- Anderson, P. (2009) Evidence for the effectiveness and cost effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Anderson, P. & Møller, L. & Galea, G. (Eds) (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010) Alcohol: No Ordinary Commodity, second edition. Oxford: Oxford University Press.
- Global status report on noncommunicable diseases 2010 (2011) [Haettu 16.11.2012. Online: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf].
- Luhtanen, M. & Tamminiemi, K. & Varamäki, R. (2012) Suomalaisten alkoholiasenteet 2012. Ajankohtaiskatsaus siihen, mitä suomalaiset ajattelevat alkoholin käytöstä ja alkoholipoliittisista toimenpiteistä. Helsinki: SOSTE. [Haettu 28.11.2012. Online: http://issuu.com/soste/docs/alkoholiasenteet_2012].
- WHO & World Economic Forum (2011) From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries [Haettu 23.11.2012. Online: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf].

Taulukko 7.1. Yhteenveto alkoholihaittoja vähentävistä menetelmistä, niiden vaikuttavuudesta ja hyödyntämisestä

Ei vaikutusta = Toimenpidettä on tutkittu ja sillä ei ole havaittu olevan vaikutusta.

+ = On olemassa näyttöä vähäisestä vaikuttavuudesta.

++ = On olemassa näyttöä kohtuullisesta vaikuttavuudesta.

+++ = On olemassa näyttöä huomattavasta vaikuttavuudesta.

Ei riittävästi

tutkimusta = Aiheesta ei ole tehty riittävästi tutkimuksia.

TOIMENPITEET	VAIKUTTAVUUS (Babor ym. 2010)	SUOMALAISIA TOIMENPITEITÄ	MAHDOLLISET LISÄTOIMENPITEET	HYVÄKSYTTÄVYYS
VERO- JA HINTAPOLITIIKKA				
Alkoholin verotus	+++ Verojen nostaminen vähentää alkoholinkulutusta ja alkoholihaittoja sekä lisää alkoholiverojen tuottoa. Korkea verotus voi lisätä alkoholijuomien matkustajatuontia.	Merkittävä alkoholiveron alennus 2004, joka johti alkoholinkulutuksen ja -haittojen voimakkaaseen kasvuun. Vuosina 2008–2012 neljä veronkorotusta, joiden myötä kokonaiskulutus on vähentynyt lievästi.	Aktiivinen hinta- ja veropoliitiikka: - Alkoholiverojen reaaliarvon hallittu korottaminen. - Alkoholiveron reaaliarvon ylläpitäminen nostamalla sitä vuosittain inflaation tahdissa. Alkoholin minimihintajärjestelmä.	Alkoholivero on tasa-arvoinen vero, veroa maksetaan käytön mukaan. Maltillisin veronkorotuksin alkoholijuomien matkustajatuonti ei lisääntynyt merkittävästi. Vuonna 2012 suomalaisista 38 % kannatti alkoholiveron nostamista.
Alennusten ja kampanjajaintojen rajoittaminen	Ei riittävästi tutkimusta Tutkimuksia ei ole, mutta hintasäätelyn vaikutus tunnetaan. Vaikuttavuus riippuu siitä, onko muita kanavia pitkin helposti saatavilla halpaa alkoholia.	Hallitus on ehdottanut verojen nostoa vuoden 2014 alusta. Paljousalennukset vähittäismyynnissä ja anniskelussa kiellettiin v. 2008, samoin tarjoushinnan ilmoittaminen vähittäismyynti- tai anniskelupaikan ulkopuolella.	Säädöspohja on riittävä. Happy hour -hinnoittelun kieltö.	Asiaa ei ole selvitetty.

Hinnoittelu juomatyyppien mukaan	+ Pääosin etanolin vaikutus on sama juomalajista riippumatta. Miedompia juomalajeja suositella ei ole onnistuttu vähentämään ei-toivottuja juomatapoja tai kokonaiskulutusta.	Suomessa etyylialkoholia verotetaan raskaammin väkevässä kuin miedoissa juomissa.	Nuorten suosimien juomatyyppien erikois- tai lisävero (ks. alla).	Vuonna 2012 oluiden hintaa piti sopivana 44 % ja liian matalana 12 % suomalaisista, viinien hintaa sopivana 51 % ja liian matalana 9 %, ja väkevien juomien hintaa sopivana 45 % ja liian matalana 19 %.
Nuorten suosimien juomatyyppien erikois- tai lisävero	+ Vähentää nuorten kulutusta ja kulutus ei siirry kokonaan muihin juomatyyppihin. Ei ole tutkimusta vaikutuksesta haittoihin.	Ei käytössä Suomessa, käytössä joissain EU-maissa (esim. Saksa, Ranska).	EU:n säädökset sallivat mahdollisuuden säätää nuorten suosimille juomatyypeille erillinen vero, jonka tuotto käytetään ehkäisevään päihdetyöhön.	Alaikäisten juomisen rajoittamiseen suhtaudutaan laajalti myönteisesti.

TOIMENPITEET	VAIKUTTAVUUS (Babor ym. 2010)	SUOMALAISIA TOIMENPITEITÄ	MAHDOLLISET LISÄTOIMENPITEET	HYVÄKSYTTÄVYYS
SAATAVUUDEN RAJOITTAMINEN				
Valtion vähittäismyyntimonopoli	+++ Vähentää alkoholin kokonaiskulutusta ja alkoholihaittoja.	Kokonaisvaltainen alkoholimonopoli purettiin vuonna 1995 ja jäljelle jäi vähittäismyyntimonopoli. Sahdin ja tilaviini valmistajien vähittäismyyntioikeus on säädetty poikkeukseksi vuonna 1994. Komissio ei ole riitauttanut tätä poikkeussääntöä.	Alkoholin vähittäismyyntimonopolin turvaaminen.	Vuonna 2012 suomalaisista 71 % katsoi, että Alkon monopolin on hyvä tapa rajoittaa alkoholihaittoja. Vastaaajista 91 % katsoi, että väkeviä alkoholi-juomia tulee saada ostaa vain Alkosta, viinien myynnin monopolia kannatti 64 % ja vahvan oluen myynnin monopolia 68 %.

<p>Ikärajat</p>	<p>+++ Vähentää alaikäisten alkoholinkäyttöä. Valvonnan lisääminen lisää vaikuttavuutta.</p>	<p>Alaikäiset eivät saa ostaa tai pitää hallussaan alkoholi juomia. Alaikäisille myyminen ja välittäminen on myös kiellettyä. Vuonna 2009 poliisi sai oikeuden henkilötarkastukseen ja riujuomien pois ottamiseen ja rikoskeskon langettamiseen hallussapidosta.</p>	<p>Alaikäisille välittämisen ja tarjoamisen kiellon valvontaa voidaan lisätä ja edelleen hyödyn-tää tukemalla Pakka-toiminnan levittämistä.</p>	<p>Vuonna 2012 suomalaisista 87 % piti 18 vuoden ikärajaa mietojen alkoholi juomien osta-jille sopivana ja 11 % liian ma-talana. Väkevien alkoholi juo-mien 20 vuoden ikärajaa piti sopivana 82 % ja liian matalana 12 % vastanneista. Ikärajoille ja niiden valvonnalle on vankka tuki.</p>
<p>Myynti- ja anniskelupaikkojen rajoitukset (aukiolotunnit, aukiolopäivät)</p>	<p>++ Rajoitukset ovat tehokkaita jos ne toimeenpannaan kattavasti.</p>	<p>Ravintoloiden aukioloajat ovat pidentyneet. Vuonna 2007 alko-holin vähittäismyynnin alkamis-aikaa siirrettiin kello 7:stä kel-lo 9:ään. Vähittäiskauppojen aukiolo-aikoja on vapautettu vähitel-len, mikä on lisännyt alkoholin saatavuutta erityisesti sunnun-taisin. Alkon myymälöiden aukioloajat ovat vähitellen pidentyneet.</p>	<p>Ravintoloiden sulkemisaikojen aikaistaminen. Aukioloaikojen porrastaminen viikonpäivien (arki/viikonloppu) mukaan.</p>	<p>Vuonna 2012 suomalaisista 44 % oli sitä mieltä, että aamu-neljään auki olevat ravintolat tulee sulkea aiemmin.</p>
<p>Myynti- ja anniskelupaikkojen määrän rajoittaminen</p>	<p>++ Vähentää kokonaiskulutusta ja haittoja. Anniskelupaikkojen keskittymi-nen lisää järjestyshäiriöitä ja vä-kivaltaa.</p>	<p>Suomessa myynti ja anniskelu on luvanvaraista. Alkoholi lupaviranomainen voi pyytää lausuntoa kansalaisilta alueelle perustettavien anniske-lu- ja vähittäismyyntipaikkojen asianmukaisuudesta. (Seutulupapakokeilu)</p>	<p>Paikallista kansalaisvaikutta-mista voi lisätä esimerkiksi va-kinaistamalla seutulupakokeilu, jolloin päätöksiä rajoituksis-ta voi tehdä häiriötietoihin pe-rustuen.</p>	<p>Ei ole yksimielisyyttä siitä, min-kä tyyppisten anniskelupaikko-jen määrää tulisi rajoittaa.</p>

Saataavuuden sääntely alkoholipitoisuuden mukaan	++ Vaikuttaa sekä alkoholin kokonaiskulutukseen että haittoihin On olemassa näyttöä lähinnä erivahvuisten oluiden osalta ja viinin saataavuuden lisäämisen osalta.	Vuonna 1995 tarjonta vähittäiskaupassa laajeni, kun vähittäiskaupassa sai oluen lisäksi myydä muita käymisteitse valmistettuja, enintään 4,7 % juomia (siiderit, lonkerot). Väkevien alkoholijuomien osalta vähittäismyynti-ikäraja on 20 vuotta, viinit ja muut miedot alkoholijuomat on 18 vuotta. Aniskelulikäraja kaikille juomatyypeille on 18 vuotta.	Päivittäistavarakaupoissa myytävien mietojen käymisteitse valmistettujen alkoholijuomien enimmäisalkoholipitoisuuden laskeminen esimerkiksi 3,5 %:iin.	Vuonna 2012 suomalaisista 15 % oli sitä mieltä, että keskiolutta tulee myydä vain Alkosta.
TOIMENPITEET	VAIKUTTAVUUS (Babor ym. 2010)	SUOMALAISIA TOIMENPITEITÄ	MAHDOLLISET LISÄTOIMENPITEET	HYVÄKSYTTÄVYYS
MAINONNAN JA MARKKINOINNIN SÄÄNTELY				
Mainonnan ja markkinoinnin rajoittaminen	+/++ Vahva näyttö annos-vaste-vai- kutuksesta nuorten juomiseen. On olemassa vahva näyttö se- kä mainonnan määrän että sen sisällön rajoittamisen vaikutta- vuudesta. Osittaiset mainontakiellot eivät vähennä alkoholin kokonaisku- lutusta.	Ennen vuotta 1995 alkoholi- mainonta oli kokonaan kiel- letty. Alle 22 % alkoholijuomi- en mainonta sallittiin vuonna 1995. Alkoholilaisissa on mainonnan- ta kiellettyjen mielikuvien luet- telo. Alaikäisille markkinoinnin kielto on kirjattu sekä alkoholi- että kuluttajansuojalakiin.	Mielikuvamainonnan kieltö. Nuoret laajalti tavoittavan mai- nonnan kieltö. Alkoholi- ja kuluttajansuojalaki- en säännösten tulkinna ja toi- meenpanon tiukentaminen. Alkoholimainonnan täyskielto. Täyskiellon vaikuttavuudesta on suuntaa antavaa näyttöä.	Vuonna 2012 suomalaisista 53 % kannatti mielikuvamai- nonnan kieltoa ja 52 % alkoholi- liteollisuuden sponsoroinnin ja mainonnan poistoa urheiluta- pahtumista. Suomen eduskunnan enemmis- tö allekirjoitti lakialoitteen asi- asta vuonna 2010. Laajasti hyväksyttyä.
Mainonnan itsesääntely	Ei vaikutusta Ei rajoita nuorten altistumista alkoholin markkinoinnille eikä estä ei-suotavaa sisältöä.	Mainonnan eettinen neuvos- to, alan itsesääntelyohjeet, teolli- suuden itsesääntelyryhmä.	Yhteistyötä virallisen sääntelyn ja itsesääntelyn välillä voi edel- leen tehostaa.	

TOIMENPITEET	VAIKUTTAVUUS (Babor ym. 2010)	SUOMALAISIA TOIMENPITEITÄ	MAHDOLLISET LISÄTOIMENPITEET	HYVÄKSYTTÄVYYS
JUOMIS- JA RISKITILANTEIDEN KONTROLLI				
Sallitun veren alkoholipitoisuuksien aleneminen liikenteessä. Alempi sallittu veren alkoholipitoisuus (nolatoranssi) nuorille ja ammattikuljettajille.	+++ Mitä alhaisemmat rajat, sitä suuremmat vaikutukset. Matalat rajat erityyppisen tehokkaita nuorten osalta. Alle 0,2 ‰:n pitoisuuksia vauvoja.	Vuonna 2012 ruorijuopumuksen raja laskettiin ammattikseen vesillä liikkuvien osalta 0,5 ‰:een.	Tieliikenteen promillerajan laskeminen 0,2 ‰:een nuorten ja ammattikuljettajien osalta. Ruorijuopumuksen rajan laskeminen 0,5 ‰:een.	Vuonna 2012 suomalaisista 67 % oli sitä mieltä, että rattijuopumuksen promillerajaa tulee laskea 0,2 ‰:een ja 75 % oli sitä mieltä, että ruorijuopumuksen promilleraja tulee laskea 0,5 ‰:een. Promillerajan lasku 0,2 ‰:een lisää rikoslain piiriin tulevia, mikä ei ole ongelmatonta. Vaatii tarkkuusalkometrien käyttöön ottoa koko maassa.
Liikennejuopumusratsiat	+++ Vaikutus riippuu ratsioiden määrästä ja näkyvyydestä. Tiedotus tehostaa vaikutusta.	Suomessa toiminta on nykyisellään varsin tehokasta.	Rattijuopumuksesta kiinnijäänille alle 25-vuotiaille tarjotaan mahdollisuus osallistua päihdetilannetta koskevaan kartoitukseen terveys- tai sosiaaliviranomaisen kanssa Tie selväksi -mallin mukaisesti (vrt. sissäisen turvallisuuden ohjelma).	Asenteet rattijuopumusta kohtaan ovat tiukat, joten valvonnalla on kannatusta.

Alkoholin nauttimiskielto julkisilla paikoilla	<p>Ei riittävästi tutkimusta Vaikutus ihmisten viihtyvyyteen, elinympäristöihin yms.</p> <p>Vaikuttaa nuoriin ja syrjäytyneisiin riskikäyttäjiin. Saattaa siirtää haitan paikasta toiseen, mutta ei välttämättä vähennä sitä.</p> <p>Vaikuttaa ympäristön kokeisiin haittoihin ja tilannekohtaiseen juomisesta aiheutuviin haittoihin.</p>	Juominen julkisilla paikoilla sallittiin 1995, jonka jälkeen kunnat säätelivät julkijuomista järjestysäännöillään vuoteen 2003. <p>Tämän jälkeen julkijuominen kiellettiin järjestyslaissa. ”Pikijuominen” puistoissa on yhä sallittua. Alkoholin nauttaminen on rangaistavaa kadulla, muttei leikkiapuistoissa.</p>	Alkoholin nauttimisen kiellon leikkipaikoilla ja valvonnan tehostaminen sekä mahdollisuus kokoonnumislain mukaan toteuttaa tosiasiallisen järjestäjän vastuut sosiaalisen median välityksellä koole kutsuissa tilaisuuksissa (vrt. sisäisen turvallisuuden ohjelma). Tilakohtaisia rajoituksia voi harvinaisesti harjoittaa. Päätösvaltaa alkoholittomista julkisista alueista voisi siirtää kuntatasolle.	Julkisten tilojen häiriöt ovat tällä hetkellä huolta ja toimenpiteitä herättävä aiheita.
Vastuullinen anniskelu, koulutus ja ohjeet. Ravintolalahenkoulutus torjumaan humalajuomista, aggressiivisistä käyttäytymistä ym.	<p>Ei riittävästi tutkimusta / + Vaikuttavuutta Suomessa liittää Pakka-malli eli toimien liittäminen laajempaan kokonaisuuteen.</p> <p>Pysyvä vaikutus edellyttää jatkuvaa koulutusta ja valvontaa.</p>	Elinkeinon oma koulutus ja ohjeistus sekä yhteistyö paikallisissa hankkeissa	Hyödynnettävissä nykyistä enemmän; luo hyviä yhteistyö rakenteita ja antaa yrittäjille roolin paikallisessa alkoholihaittojen ehkäisyssä.	Vuonna 2012 suomalaisista 73 % oli sitä mieltä, että päihetyneille myyntiä kaupoissa ja ravintoloissa tulee tiukentaa.
Anniskeluseänostosten tehostettu valvonta	<p>++ Säännöllinen valvonta on havaittu tehokkaaksi.</p>	Lupahallinto ja valvontajärjestelmä uudistettu alkoholilain voimassaolon aikana.	Kansalaisten mahdollisuuksien parantaminen ilmoittaa havaitsemistaan epäkohdista.	Ks. edellä.

TOIMENPITEET	VAIKUTTAVUUS (Babor ym. 2010)	SUOMALAISIA TOIMENPITEITÄ	MAHDOLLISET LISÄTOIMENPITEET	HYVÄKSYTTÄVYYS
TIEDOLLINEN VAIKUTTAMINEN				
Päihdekasvatusohjelmat kouluissa	Ei vaikutusta Ei näyttöä vaikuttavuudesta päihitteiden käyttöön lyhyellä aikavälillä. Voi lisätä tietoa, vaikuttaa asenteisiin ja synnyttää lyhytaikaisia käyttäytymismuutoksia. Näyttö koskee yksittäisiä päihdekasvatusohjelmia, mutta ei suomalaista käytäntöä.	Terveystieto on pakollista, opetusohjelmaa ja yhteistyö kotien kanssa ovat päihdekasvatuksen kulmakiviä.	Yhteistyötapoja voidaan edelleen kehittää kansalliselta pohjalta. Kouluja tulisi tukea päihdekasvatuksen tekemisessä sekä ulkopuolisten asiantuntijoiden ja menetelmien valinnassa.	Päihdekasvatus on integroitu terveyskasvatukseen. Oppilailta on eettinen oikeus pätevään päihdekasvatukseen.
Joukkotiedotuskampanjat	Ei vaikutusta Joukkotiedotus ei vähennä konasikakulutusta, mutta voi lisätä tietoisuutta päihdekäsityksistä.	Kansalaisjärjestöt ovat tehneet toistuvia kampanjoita esimerkiksi vesiturvallisuudesta ja ratti-juopumuksesta. Viime vuosina alkoholielinkeino on tehnyt omia valistuskampanjoitaan.	Keino toimii vaikuttavampien keinojen tukena.	Hyväksyntä erittäin laajaa.
Kohdennettu valistus	Tätä toimenpidettä Babor ym. eivät ole huomioineet Haittojen vähentämiseksi valistaminen voi lisätä riskitietoisuutta ja edistää vähemmän haitallisten käyttötapojen omaksumista.	On tiedotettu mm. kontrollidusta juomisesta, sammuksen ja alkoholimyrkytyksen riskeistä ja aikuisten alkoholin käytön vaikutuksista lapsiin.	Tiedotusta mm. siitä, että myös ns. kohtuullinen alkoholin käyttö lisää riskejä.	Tietopohjainen, asiallinen ja painostamaton valistus on laajalti hyväksyttyä.

Virittävä valistus, ts. vähittäisiin kulttuurisiin muutoksiin tähtäävä valistus ja yhteiskunnallisen keskustelun keskeisyys	Tätä toimintalinjaa Babor ym. eivät ole huomioineet Näyttöä on joukkotiedotustekimukseen alalta. Näillä keinoin la edistettyä yhteiskunnallisia muutoksia tapahtuu pitkällä aikavälillä useilla elämänoilla. Lisää vaikuttavien alkoholipoliittisten keinojen ja linjausten hyväksyttävyyttä.	Näkökulma on sisällytetty ehkäisevän päihdetyön tietohajaukseen ja koulutukseen.	Tulee huolehtia siitä, että virittävä valistus kuuluu päihdehaittojen ehkäisyn keinovalikoimaan.	Eettisesti on perusteltua toteuttaa päihdetyön ja -tiedotuksen päämääriä niiden vaikuttavuudesta riippumatta.
Varoitustekstit ja -merkit	Ei vaikutusta Ei näyttöä vaikutuksesta juomiseen, voi kuitenkin lisätä tietoisuutta riskeistä. Voivat olla osa virittävää valistusta (ks. edellä).	Ei käytössä. Laki varoituskirjoitusta hyväksyttiin eduskunnassa 2007, mutta peruttiin vuotta myöhemmin.	Erittäen raskauden aikaisesta juomisesta varoitettavat merkit näet käytössä useassa maassa. Yhteinen ja yleinen varoitusteksti kaikkiin alkoholijuomapakkausoihin.	Kuluttajansuojelun kannalta alkoholijuomia tulee kohdella tasavertaisesti muiden hyödykkeiden kanssa. Kuluttajalla on oikeus tietoon tuotteen sisällöstä.
TOIMENPITEET YHTEISÖPREVENTIO Monialainen yhteisöpreventio	VAIKUTTAVUUS (Babor ym. 2010) Tätä toimenpidettä Babor ym. eivät ole huomioineet Joitain lupaavia tapaustutkimuksia on löydetty kirjallisuudessa. Suomessa vaikutuksia on arvioitu Paikallinen alkoholipoliitiikka (Pakka) -hankkeessa.	SUOMALAISIA TOIMENPITEITÄ Paikallinen alkoholipoliitiikka (Pakka) -hanke alkoi 2004 ja on sen jälkeen levinnyt laajalti. Pakka-mallin valtakunnallistaminen on kirjattu hallitusohjelmaan ja sisäisen turvallisuuden ohjelmaan.	MAHDOLLISET LISÄTOIMENPITEET Mallia levitetään koko Suomeen ja se juurrutetaan osaksi alue- ja kuntarakenteita. Työtettä on mahdollista soveltaa myös muihin riippuvuutta aiheuttaviin asioihin (tupakka, rahapelit, huumeet).	HYVÄKSYTTÄVYYS Mallia sovelletaan paikallisten toimijoiden kanssa laajalti Suomessa. Toimintamalli on levinnyt paikallistasolla.

TOIMENPITEET	VAIKUTTAVUUS (Babor ym. 2010)	SUOMALAISIA TOIMENPITEITÄ	MAHDOLLISET LISÄTOIMENPITEET	HYVÄKSYTTÄVYYS
PALVELUJÄRJESTELMÄN TOIMENPITEET				
Mini-interventio riskikuluuttajille	+++ Tehokas tapa vaikuttaa alkoholin käyttöön ja ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Jotta toiminta olisi kansanterveydellisesti merkittävää ja vaikeuttavaa, sen tulee olla kattavaa.	Mini-interventiota on levitetty laajasti terveydenhuollossa ja osin sosiaalihuollossa	Mini-intervention käyttöä on edelleen tuettava ja levitettävä.	Valtaosa potilaista suhtautuu myönteisesti tai neutraalisti alkoholikeskusteluun.
Avo- tai laitosten muotoiset päihdepalvelut	+++ Hoito vähentää alkoholiongelman aiheuttamia kokonaisikutannuksia. Hyvä hoitosuhde on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin.	Suomessa on monipuolinen päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä. Palvelut ovat jakaantuneet alueellisesti epätasaisesti. Mieli-suunnitelmassa painotetaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatiota.	Päihdeasiakkaille on taattava tarkoituksenmukainen avo- ja laitushoito. Yhteistyötä vahvistetaan päihde- ja mielenterveyspalveluiden sekä somaattisen terveydenhuollon välillä. Lisätään selviämisesemapaaluita.	Hoitoa pidetään tärkeänä, mutta sen kustannuksista halutaan säästää.
Vertaistuki- ja omaapuryhmät	++ Toiminta tukee virallisen hoitojärjestelmän tuloksia.	Suomessa on paljon toimintaa. Yhteistyötä tehdään hoitojärjestelmän kanssa.	Lisätään vertaistuen ja ammattilaisen hoidon yhteistyötä. Koulutetaan ammattilaisia kerhotoimintaan oma-avun vaihtoehtoina.	Kokemusasiatuntijuutta ja vertaistoitimintaa pidetään tärkeänä osana järjestelmää.