

# WHO:n alkoholitavoite ja Pohjoismaat

*Kerstin Stenius — Esa Österberg*

*”Sosiaaliministerit (Tarja Halonen ja Helena Pesola) muistuttavat, että Suomi on valittu Maailman terveysjärjestön mallimaaksi. Se merkitsee, että vuoteen 2000 mennessä tupakan kokonaiskulutuksen pitäisi laskea niin, että se olisi korkeintaan 70 prosenttia vuoden 1980 tasosta. Alkoholin kulutuksen pitäisi samana aikana laskea 25 prosenttia.” (Suomen Kuvalehti 16/1988, 17)*

WHO:n jäsenvaltioiden vuonna 1977 hyväksymässä päätöslauselmassa todettiin, että ”hallitusten ja WHO:n keskeinen yhteiskunnallinen tavoite tulevana vuosikymmeninä on saavuttaa vuoteen 2000 mennessä kansanterveyden taso, joka antaa kaikille maailman kansalaisille mahdollisuuden sosiaalisesti ja taloudellisesti antoisaan elämään” (Resolution WHA 30.43). Tämä päätöslauselma käynnisti terveyttä kaikille -prosessin. Maailmanlaajuisen Health for all -strategian (HFA) hyväksyi Maailman terveysjärjestön 32. yleiskokous vuonna 1979. Samalla yleiskokous kehotti jäsenvaltioita laatimaan omat kansalliset terveyspoliittiset ohjelmansa ja osallistumaan alueellisten ja maailmanlaajuisen toimintaohjelmien laadintaan ja toimeenpanoon.

Maailmanlaajuisen ohjelman tultua hyväksytyksi aloitti WHO:n Euroopan aluetoimisto välittömästi alueellisen strategian laadinnan. Tarkoituksena oli muokata maailmanlaajuisen toimintaohjelman yleiset periaatteet Euroopan alueen erityisolosuhteita vastaaviksi. Euroopan alueen HFA-strategia hyväksyttiin aluekokouksessa Fèsissä syksyllä 1980. Ohjelmassa kaivataan perusluonteisia muutoksia jäsenvaltioiden terveyspolitiikassa ja painotetaan erityisesti terveyttä edistäviä toimenpiteitä ja sairauksien ennaltaehkäisyä. Ohjelmassa lähde-

tään siitä, että kaikkien terveyteen vaikuttavien sektoreiden tulisi olla mukana tässä työssä. Edelleen siinä korostetaan yksilöiden, perheiden ja lähiympäristön roolia terveyden edistämässä sekä annetaan perusterveydenhuololle keskeinen asema muutosten aikaansaamisessa (Targets... 1985, 2).

Taatakseen, että ohjelma ei jäisi vain hurskaaksi toiveeksi vaan johtaisi konkreettisiin toimenpiteisiin, sitoutuivat kaikki jäsenmaat seuraamaan systemaattisesti omaa edistymistään ja vuodesta 1983 alkaen raportoimaan sen joka toinen vuosi aluekomitealle. Lisäksi jäsenvaltiot sitoutuivat vuodesta 1985 alkaen suorittamaan joka kuudes vuosi perusteellisen arvion ohjelman edistymisestä.

Asiantuntijat sekä eri instituutioiden ja viranomaisten edustajat valmistelivat lisäksi strategian toteuttamiseksi 38-kohtaisen tavoiteohjelman, jonka aluekomitea hyväksyi vuonna 1984. Alueellisten tavoitteiden ”tarkoituksena on edistää terveyspoliittista keskustelua ja myötävaikuttaa kansallisten HFA-strategioiden syntyyn. Vaikkakaan aluekomitean hyväksymät tavoitteet eivät sido jäsenvaltioita laillisesti, voivat ne olla avuksi määriteltäessä kansallisia tavoitteita — tavoitteita jotka heijastavat kunkin jäsenvaltion erityisiä tarpeita, priorisointeja ja arvostuksia” (Targets... 1985, 3).

## **Alueellinen tavoite numero 17**

Alkoholi on mainittu tavoitteessa numero 17, joka käsittelee terveydelle vaarallista käytäytymistä. Tavoitetta käsitellään yleisotsikon ”Terveydelle merkittävät elämäntavat” alla. Tavoite 17 kuuluu seuraavasti: ”Vuoteen 1995 mennessä tulee sellaisten terveydelle vaarallisten käyttäytymismuotojen kuten alkoholin ja lääkkeiden liikakäytön, laittomien huumeiden ja vaarallisten kemiallisten aineiden käytön samoin kuin liikennettä vaarantavan moottori-

Kiitämme artikkelin laadinnassa saamastamme arvokkaasta avusta Olaf G. Aaslandia, Hans Agnéusta, Jens Hannibalia, Tómas Helgasonia, Tapani Melkasta, Marianne Nielsenä ja Hrafn Pálssonia.

ajoneuvojen käytön ja väkivaltaisen käyttäytymisen vähentyä merkittävästi kaikissa jäsenvaltioissa. Tavoitteen saavuttamiseen vaikuttaa merkittävästi sellaisten ohjelmien laatiminen, joiden tarkoituksena on vähentää alkoholin ja muiden haitallisten aineiden kulutusta vähintään 25 % vuoteen 2000 mennessä” (Targets... 1985, 59). Mainittakoon lisäksi, että kaikkien määrällisten tavoitteiden perusvuotena on pidetty vuotta 1980.

Tavoitteen 17 perusteluissa todetaan, että on olemassa runsaasti todistusaineistoa siitä, että alkoholin kulutus on yksi tärkeimmistä sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin vaikuttavista tekijöistä ja että alkoholi-ongelmien laajuus on läheisessä yhteydessä henkeä kohti lasketun alkoholin vuosikulutuksen määrään. Euroopan alueella henkeä kohti laskettu alkoholin kulutus on osoittanut ”voimakasta ja hyvin hälyttävää lisääntymistä kolmen viime vuosikymmenen aikana... Samana aikana alkoholin käyttö on lisääntynyt naisten ja nuorten keskuudessa” (Targets... 1985, 70—71).

Tavoiteasiakirjassa on myös joitain ehdotuksia alkoholi- ja huumeongelmien vähentämiseksi. Näihin kuuluvat tuotannon, mainonnan ja markkinoinnin sääntely, alkoholin saatavuuden rajoittaminen, hinta-aseen käyttö sekä vaihtoehtojen tarjoaminen alkoholijuomien käytölle. Ohjelmassa todetaan myös, että mainittujen toimenpiteiden hyväksymistä väestön keskuudessa voidaan edistää taitavasti suunniteltujen valistuskampanjoiden avulla. Edelleen kaivataan tehokkaampaa opetusta ja informaatiota kouluihin, työpaikoille ja tiedotusvälineisiin. Yleisenä ”varoituksena” tavoiteohjelma mainitsee alkoholin myyntiin kytkeytyvät julkiset ja yksityiset alkoholitulot, jotka usein johtavat alkoholipoliittisiin ristiriitoihin alkoholista taloudellisesti hyötyvien ja terveysviranomaisten kesken (Targets... 1985, 73).

## **Tanska**

Tanskan hallitus hyväksyi WHO:n HFA-ohjelman vuonna 1984 (Sundhed... 1988, 3). Tanskassa on myös koottu yhteen eri intressipiirit keskustelemaan niistä mahdollisuuksista, joita on olemassa WHO:n Euroopan aluekonttorin asettamien tavoitteiden saavuttamiseksi. Hallitustasolla ei toistaiseksi ole laadittu mi-

tään varsinaista toimintaohjelmaa WHO:n ohjelmassa olevan alkoholitavoitteen tai muiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Tällä hetkellä alkoholiin ja huumeisiin liittyvä toiminta tapahtuu pääasiassa paikallisella tasolla ja siellä pääpaino on ennaltaehkäisevällä työllä.

Uuden terveysministeriön perustaminen syksyllä 1987 on lisännyt kiinnostusta WHO:n ohjelmaan. Ministeriö on ilmoittanut, että yksi sen tärkeimmistä tehtävistä vuonna 1988 on laatia kokonaisvaltainen suunnitelma ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta. Tässä suunnitelmassa niin kutsutut elämäntapasairaudet tulevat saamaan keskeisen osan (Nielsen 1988). Alkoholi- ja huumeineuvosto (Alkohol- og Narkotikarådet) on ministeriön neuvoa antava elin päihdekysymyksissä. Neuvoston alkoholilautakunta käsittelee HFA-strategian alkoholitavoitetta tavoitteena konkreettisen toimintaohjelman laatiminen.

Terveysministeri Agnete Laustsenin puhe Alkoholi- ja huumeineuvoston edustajiston kokouksessa 24. huhtikuuta 1988 kuvanee tanskalaisten suhtautumista alkoholitavoitteeseen. Kommentoidessaan neuvoston kertomusta ministeri totesi olevansa neuvoston kanssa yhtä mieltä siitä, että ei tulisi liiaksi tuijottaa tavoitteen 17 määrälliseen puoleen. ”Käsittäakseni tavoite 17 on nähtävä yhteydessä elämäntapaan. Olen sitä mieltä, että meidän tulee keskittyä perusasioihin ja yrittää vähentää päihdeongelmia sekä sitä kautta pitkällä tähtäyksellä myös päihteiden käyttöä. Onkin kysyttävä, onko tavoitetta 17 koskevassa keskustelussa sekoitettu tavoitteet ja keinot. Minusta keskimääräiskulutuksen taso ei ole kiinnostava, ellei voida osoittaa sen olevan yhteydessä päihdeongelmiin. On myönnettävä, että asianlaita on näin, mutta olisi silti virhe, jos tästä syystä rajoittaisimme huomiomme vain pullon tai ruiskeen sisältöön” (Laustsen 1988, 7—8).

Helmikuussa 1988 järjestettyyn konferenssiin ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä” osallistui 500 henkilöä. Konferenssin yhtenä tavoitteena oli tarkastella, miten Tanskassa on suhtauduttu HFA-strategiaan. Konferenssissa käsitellyistä 100 projektista ei ainutkaan ollut keskittynyt yksinomaisesti alkoholiin ja huumeisiin. Niitä oli kylläkin sivuttu useissa projekteissa.

Keväällä 1988 julkaistiin raportti ”Terveys

ja sairaudet Tanskassa 1987” (Sundhed och sygelighed i Danmark 1987). Tutkimus on ensimmäinen kokonaisraportti valtakunnallisesti edustavasta aikuisväestöstä koskevasta tutkimuksesta. Raportin tarkoituksena oli ”olla olennainen osa Tanskan Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -raportoinnista WHO:lle” (Sundhed... 1988, 3). Raportti on kuvaileva. Alkoholia käsittelevä osuus pyrkii vastaamaan seuraaviin kysymyksiin: mitkä väestöryhmät käyttävät alkoholia ja mitkä eivät, ketkä juovat paljon ja ketkä vähän, ja miten alkoholin käyttö jakautuu arkipäivien ja viikonlopun kesken.

## **Suomi**

Pian Euroopan alueellisen strategian hyväksymisen jälkeen aloitettiin Suomessa kansallisen strategian laatiminen. Keväällä 1981 järjestettiin Suomen strategian ideointiseminaari (Terveyttä... 1981). Toinen kansallinen ”Terveyttä kaikille” -seminaari järjestettiin joulukuussa 1981 ja kolmas kesäkuussa 1982 (Terveyttä... 1982 a; Terveyttä... 1982 b).

Vuoden 1982 alussa Suomi lisäksi solmi WHO:n kanssa sopimuksen, jossa Suomesta tehtiin ”pioneer country”. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että Suomi ottaa terveyspolitiikkansa suunnittelussa huomioon WHO:n strategian, paneutuu vakavasti terveysohjelmansa laadintaan ja jakaa avoimesti terveyspolitiikkansa toteuttamisesta kertyneet kokemukset WHO:n kanssa (Terveyttä... 1987, 25).

Joulukuussa 1984 valmistui ensimmäinen luonnos Suomen terveystoimintasuunnitelman tavoiteohjelmaksi vuoteen 2000 asti. ”Luonnoksessa oli pyritty ottamaan huomioon WHO:n Euroopan aluekokouksessa syyskuussa 1983 alustavasti käsitelty alueellisia tavoitteita (regional targets) koskeva asiakirja, joskin tiivistäen määrällisten tavoitteiden asettelua ja painottaen keinojen ja toimintalinjojen hahmottelua” (Terveyttä... 1987, 25). Luonnos lähetettiin laajalle lausuntokierrokselle talvella 1985.

Luonnoksen ja saatujen kommenttien pohjalta laadittiin sosiaali- ja terveysministeriön johdolla hallituksen terveystoimintasuunnitelman selonteke, jota käsiteltiin eduskunnassa maaliskuussa 1985. Hallituksen selonteon ja sen eduskuntakäsittelyn sekä vuoden 1984 luonnoksesta an-

nettujen lausuntojen pohjalta on laadittu Suomen terveystoimintasuunnitelman pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä”, jonka sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 1987. ”Sosiaali- ja terveysministeriö tulee ohjelmaa noudattamaan ja sen toteutumista seuraamaan” (Terveyttä... 1987, 11).

Suomen kansallinen ohjelma seuraa WHO:n Euroopan aluetoimiston luonnostelemia päälinjoja. Myös Suomen ohjelma pyrkii saavuttamaan ne 38 tavoitetta, jotka aluekonttori on asettanut (Melkas 1988, 2). Kuitenkin Suomen ohjelmassa on numeerisille tavoitteille annettu vähemmän painoarvoa ja sen sijaan keskitytty 34 toimintalinjaan. Toimintalinjojen merkitystä korostaa se, että ne on otettu melkein sellaisinaan hallituksen eduskunnalle antamasta selonteosta.

Suomen HFA-ohjelmassa todetaan, että ”asiakirjassa on tavoitteita ilmaistu määrällisinä vain silloin kun se on ollut tarkoituksenmukaista. Monet keskeiset tavoitteet ovat laadullisia ja ilmaistavissa vain toimintaperiaatteina tai haluttuina kehityssuuntina” (Terveyttä... 1987, 50). Poikkeamista WHO:n Euroopan aluetoimiston tuloksiin suuntautumisesta on perusteltu sillä, että tällaisessa suunnitteluotteessa määrälliset tavoitteet sinänsä tahtovat jäädä abstrakteiksi sekä tavoitteiden ja keinojen riippuvuussuhde täsmentämättä (Terveyttä... 1987, 50). Alkoholin kulutuksen vähentäminen 25 prosentilla on jätetty tietoisesti pois Suomen ohjelmasta, koska sitä pidettiin epärealistisena.

Alkoholihaittojen vähentämisestä ohjelmassa todetaan, että ”alkoholilla on keskeinen sija suomalaisessa sairastavuuden kuvassa ja nimenomaan miesten ylikuolleisuudessa. Alkoholi on tällä hetkellä työikäisen väestön yksi merkittävimmistä terveysriskeistä ja ennenaikaisen kuoleman aiheuttajista. Toiseksi alkoholihaittojen määrä on kiinteästi sidoksissa kokonaiskulutuksen määrään. Tämän vuoksi ensisijaisena tavoitteena on oltava kokonaiskulutuksen hillintä valistuksen, hintapolitiikan ja saatavuuden rajoittamisen keinoin. Toisena keskeisenä tavoitteena voidaan pitää nuoren sukupolven kasvamista vanhempiin paremmaksi alkoholinkäyttönsä hallinnassa” (Terveyttä... 1987, 81—82).

Alkoholihaittojen vähentämistavoite on ki-  
teytetty toimintalinjaksi numero 6 seuraavasti:  
”Tavoitteena on alkoholin aiheuttamien ter-  
veyshaittojen vähentäminen. Alkoholin koko-  
naiskulutusta supistetaan ja eri väestöryhmien  
alkoholin käytön hallintakykyä vahvistetaan.  
Lähivuosina kohdennetaan voimavaroja aikai-  
sempaa enemmän terveydenhuollon kasvatus-  
ja neuvontatoimintaan sekä alkoholiongelmien  
varhaiseen tunnistamiseen. Kunnissa järjeste-  
tään terveys- ja raittiuskasvatuksen tehokas  
yhteistyö ja yhteistyötä kehitetään järjestöjen  
kanssa. Alkoholijuomien hinta korotetaan lähi-  
vuosina vähintään yleisen hintatason ja pitkäl-  
lä aikavälillä myös kuluttajien ostovoiman kas-  
vua vastaavasti. Selvitetään mahdollisuudet  
kertaluonteiseen tasokorotukseen siten, että  
korotuksen inflaatiovaikutukset voidaan vält-  
tää. Jakeluverkoston laajentamisessa noudate-  
taan pidättyvää linjaa” (Terveyttä... 1987, 82).

Hallituksen terveystoimintojen selonteon  
eduskuntakäsittelyssä alkoholihaittojen vähen-  
täminen ei saanut kovin suurta huomiota.  
Yleisarvio käydystä keskustelusta oli, että ”al-  
koholihaittojen vähentämistä koskeva kannan-  
otto ei herättänyt merkittävää vastustusta”  
(Hallituksen... 1985, 80).

### *Islanti*

Vuonna 1981 eduskunta päätti asettaa ko-  
mitean valmistelemaan ehdotusta viralliseksi  
alkoholipoliitikaksi. Ehdotuksen lähtökohtina  
olivat alkoholin kokonaiskulutuksen vähentä-  
minen, tuen lisääminen alkoholipoliittisille  
painostusryhmille ja avun lisääminen alkoholi-  
ongelmista kärsiville. Myös WHO:n esittämä  
alkoholihaittojen vähentämistavoite hyväksyt-  
tiin komitean ohjenuoraksi. Komitea työsken-  
teli joulukuusta 1982 tammikuuhun 1987, jol-  
loin se luovutti mietintönsä.

Alkoholin yhteiskunnalle aiheuttamien hait-  
tojen vuoksi tuli komitean mielestä taata mah-  
dollisuus kontrolloida alkoholioloja ja siten vä-  
hentää alkoholin kulutusta. Komitea piti vält-  
tämättömänä koota yhteen lakiin kaikki alko-  
holijuomien tuontia, myyntiä ja käsittelyä kos-  
kevat määräykset. Edelleen komitea oli sitä  
mieltä, että alkoholiolojen säätelyä oli  
tarpeellista säilyttää valtiollinen alkoholimo-  
noli ja että — ottaen huomioon Islannin

sitoutuminen alkoholin kulutuksen vähentämi-  
seen neljänneksellä vuosisadan loppuun men-  
nessä — alkoholipitoisen oluen valmistuksen ja  
myynnin aloittaminen oli poissa laskuista. Li-  
säksi komitea piti luonnottomana merimiesten,  
lentoyhtiön palveluksessa olevien ja turistien  
oikeutta tuoda maahan verotonta alkoholia.  
Hintapolitiikan komitea katsoi olevan yksin-  
kertaisin tapa rajoittaa alkoholin kulutusta.  
Mietinnössä käsitellään myös kouluissa annet-  
tavaa alkoholiopetusta sekä todetaan raskaana  
olevien naisten, ajoneuvon kuljettajien, yritysten  
johtajien sekä alkoholi- ja huumeongel-  
maisten omaisten olevan ryhmiä, joille olisi  
annettava erityistä alkoholivalistusta (Palsson  
1987).

Sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta  
hallitus päätti maaliskuussa 1986 ryhtyä val-  
mistelemaan kansallista terveysohjelmaa  
WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 men-  
nessä -ohjelman pohjalta. Tehtävää valmiste-  
lemaan asetetun työryhmän lähtökohtina oli-  
vat paitsi WHO:n eri tasoilla laaditut HFA-  
ohjelmat myös Islannin erityisolosuhteet. Li-  
säksi työryhmän tuli käyttää hyväksi niitä ko-  
kemuksia, joita oli saatavissa naapurimaista,  
erityisesti Suomesta (Health... 1987, 5). Työ-  
ryhmä jätti mietintönsä eduskunnalle touko-  
kuussa 1987.

Islannin terveystoimintojen mietintö sisältää  
33 tavoitetta, joista alkoholitavoite (numero 8)  
on sijoitettu ”Terveet elämäntavat” -otsikon  
alle. Mietinnössä todetaan, että vaikka alko-  
holin kulutus on Islannissa alhaisempi kuin  
useimmissa muissa maissa, ovat alkoholin käy-  
tön haittavaikutukset kuitenkin huomattavia.  
Siksi alkoholin kokonaiskulutusta on alennet-  
tava ja väärinkäyttö poistettava. Tavoite nu-  
mero 8 kuuluu: ”Tavoitteena on vähentää ja  
lopulta kokonaan poistaa alkoholin kulutuksen  
terveydelle haitalliset vaikutukset. Kokonais-  
kulutusta on alennettava. Seuraavien viiden  
vuoden aikana painotetaan erityisesti terveys-  
viranomaisten toteuttamaa valistusta ja neu-  
vontaa sekä alkoholiongelmien varhaista tote-  
amista. Terveystoimintojen ja raittiusliik-  
keen yhteistyötä vahvistetaan ja raittiusliik-  
keen toimintaa pyritään edistämään. Alkoholi-  
juomien hintoja tullaan korottamaan seuraavien  
viiden vuoden aikana siten, että alkoholi-  
juomien reaali hinnat nousevat ja että väkevien

alkoholijuomien hinnat nousevat enemmän kuin viinien hinnat. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi valmistellaan ohjelma, joka tarkistetaan joka viides vuosi vuodesta 1990 lähtien” (Health . . . 1987, 11).

Mietinnön liitteessä 1, jossa käsitellään toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi, todetaan tavoitteesta 8, että ”valtio ei saisi tulevaisuudessa olla riippuvainen alkoholin myynnistä saatavista tuloista ja että nykyistä suurempi osa alkoholituloista olisi käytettävä alkoholin käytön ehkäisyyn” (Health... 1987, 20).

Vilkkään keskustelun jälkeen eduskunta päätti keväällä 1988 sallia alkoholipitoisen oluen myynnin Islannissa maaliskuusta 1989 alkaen. Tämä päätös on selvässä ristiriidassa alkoholikomitean mietinnön kanssa.

## Norja

Sen jälkeen kun WHO:n Euroopan alueen HFA-tavoitteet oli muotoiltu vuonna 1984, ilmoitti Norjan hallitus ”Helse 85” -kokouksessa, johon osallistuivat Norjan kuntien keskusjärjestö, WHO, lääkintöhallitus ja sosiaaliministeriö, päättäneensä aloittaa kansallisen terveys suunnitelman laatimisen HFA-strategian pohjalta. Vuonna 1985 julkaistiin ensimmäinen lyhyt yhteenveto Norjan HFA-ohjelmasta. Siinä alkoholia ei mainittu erikseen, mihin kiinnittivät huomiota monet tahot, muun muassa raittiusliike (Aasland 1988).

Vuonna 1987 julkaistiin teos ”Terveyttä kaikille Norjassa?” (Helse for alle i Norge<sup>2</sup>), jossa Euroopan alueen tavoitteita, ”joista jäsenmaat ovat yksimielisesti sopineet ja jotka Norja on hyväksynyt”, tarkastellaan suhteessa Norjan terveystilanteeseen ja terveydenhuoltoon. Siinä todetaan, että ”tavoitteiden laatijat ovat pyrkineet niin pitkälle kuin mahdollista asettamaan realistisia ja saavutettavissa olevia määrällisiä tavoitteita” (Helse... 1987, 8).

Alkoholitavoitetta, tavoitetta numero 17, käsitellään lyhyesti kappaleessa ”Paremmat elämäntavat — parempi terveys” yhdessä huumausaineiden ja lääkkeiden käytön kanssa. Tavoite on muotoiltu seuraavasti: ”Vuoteen 1995 mennessä tullaan näkemään vähenemistä terveydelle vaarallisessa käyttäytymisessä” (Helse... 1987, 63). Määrällinen alkoholitavoite on siis jätetty pois.

Alkoholia käsittelevässä tekstiosassa todetaan, että ”viime vuosina on näkemys alkoholihaitoista muuttunut sikäli, että alkoholia ei enää pidetä pienen ryhmän, niin kutsuttujen alkoholistien, ongelmana, vaan nyt tunnustetaan, että alkoholin käyttö on sinänsä haitallista... On arvioitu, että noin 250 000 norjalaisen miehen ja naisen alkoholin kulutus ylittää haitalliseksi arvioidun rajan (20 grammaa alkoholia päivässä naisilla ja 40 grammaa miehillä)” (Helse... 1987, 64). Edelleen mainitaan äidin alkoholin käytön mahdollisesti aiheuttamat sikiövauriot samoin kuin se, että noin 30 % somaattisista sairaustapauksista on alkoholiehtoisia. Lisäksi mainitaan menetetty tuotanto ja materiaaliset menetykset. Alkoholiongelmaisten määrän todetaan lisääntyvän kolmella tavalla: alkoholiongelmaisten keski-ikä alenee, naisten osuus lisääntyy ja sekakäyttäjien määrä kasvaa (Helse... 1987, 64). Tarkastelussa on siis kysymys lähinnä epidemiologisen taustan kartoituksesta.

Maaliskuussa 1987 tuli valtiopäivämietintö numero 17 (1987—88) ”Alkoholi ja kansanterveys” eduskunnan käsittelyyn. Tärkeimmäksi alkoholipolitiikan tavoitteeksi mietintö mainitsee alkoholin kulutuksen vähentämisen WHO:n suosittelemalla 25 prosentilla vuoteen 2000 mennessä. Tärkeimmiksi keinoiksi tavoitteen saavuttamiseksi esitetään kolmea toimintamuotoa: alkoholin kulutuksen ohjaamista miedompiin juomiin, saatavuuden kontrollointia aktiivisen hinta- ja tarjontapolitiikan avulla ja kysynnän vähentämistä aktiivisen ennaltaehkäisyn ja valistuksen avulla (Stortingsmelding nr 17 1987, 5).

Mietinnöstä käydyssä keskustelussa monet kansanedustajat mainitsivat 25 prosentin tavoitteen, mutta sen saavuttamiseksi vaadittavia toimenpiteitä ei konkretisoitu. Eräät rajoitettavat toimet, kuten esimerkiksi valtion verotulojen lisääminen oluen anniskelukulutuksen verotusta lisäämällä, oli hotelli- ja ravintolaelinkeinon vastustuksen vuoksi poistettu mietinnöstä ennen sen esittämistä. Jatko toimia valvoo sosiaaliministeriö, joka kuitenkin keskittyy mietinnössä esitetyn alkoholilainsäädännön tilan selvittämiseen (Aasland 1988).

Kansallinen terveys suunnitelma, jonka laatiminen oli aloitettu vuonna 1985, valmistui vuonna 1988 (Stortingsmelding nr 41 1988). Se

perustuu WHO:n HFA-strategiaan ja sen tarkoituksena on olla perusta terveyssektorin eri tasojen suunnitelmille. Teoksessa ”Helse for alle i Norge?” todettiin, että terveyssuunnitelmassa kaikkien päihdeongelmien tulee olla keskeisiä ja että alkoholipolitiikan tulee olla kiinteä osa terveyspolitiikkaa. Itse terveyssuunnitelmassa tätä painotusta ei kuitenkaan ole havaittavissa. Elintapoja käsitellään terveystilannetta selittävänä tekijänä ja alkoholin käyttö mainitaan tässä yhteydessä yhtenä riskitekijänä, ”eniten aliarvioituna” (Stortingsmelding nr 41 1988, 141). Mietinnössä viitataan valtiopäiväasiakirjaan ”Alkoholi ja kansanterveys” (Stortingsmelding nr 17 1987) sekä esitetään yhteenvedon omaisesti alkoholin vaikutukset elimistöön ja käyttäytymiseen. Lopuksi todetaan, että alkoholin kokonaiskulutusta on alennettava, jos alkoholihaittoja halutaan vähentää. Määrällistä tavoitetta ei kuitenkaan mainita.

### **Ruotsi**

Aina siitä lähtien, kun vuoden 1977 alkoholipoliittisia päätöksiä valmistellut alkoholikomitea (APU) luovutti mietintönsä joulukuussa 1974, ovat Ruotsin valtiopäivät pitäneet tavoitteenaan alkoholin kulutuksen alentamista. Tästä huolimatta valtiopäivät (valtiovarainvaliokunta ja sosiaalivaliokunta) ovat useita kertoja hylänneet ehdotuksia, joissa on haluttu tarkasti määritellä, kuinka paljon alkoholin kulutusta olisi alennettava. Perusteluna on usein ollut se, että todellista alkoholin kulutusta on vaikea mitata (esimerkiksi SkU 1981/82:50, 9; SkU 1982/83:47, 13; SkU 1984/85:1, 4).

WHO:n suositus alkoholin kulutuksen alentamisesta 25 prosentilla vuoteen 2000 mennessä hyväksyttiin Ruotsissa ensimmäisen kerran hallituksen esityksessä ”Terveyden- ja sairaanhoidon kehityslinjat ym.” (Proposition 1984/85:181, 69). Esitystä käsitellyt sosiaalivaliokunta ei vastustanut suositusta ja vuoden 1985 valtiopäivät hyväksyivät tavoitteen.

Tässä hallituksen esityksessä (1984/85:181) todetaan, että alkoholiongelma on Ruotsin suurimpia terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia ja että alkoholin kulutuksen aleneminen voidaan saavuttaa ”yleisillä ennalta ehkäisevillä toimenpiteillä, aktiivisella hintapolitiikalla,

laajalla asennekasvatuksella ja muilla alkoholinkulutusta säätelevillä toimenpiteillä” (Proposition 1984/85:181, 68). Ehdotuksessa sosiaaliministeri toteaa, että ”alkoholin kulutusta tulee alentaa vähintään 25 prosenttia vuoteen 2000 mennessä... Mielestäni tämä on tärkeä tavoite. Jos onnistumme siinä, lisäämme huomattavasti hyvinvointiamme ja kansanterveyden tilaa, samalla kun terveyden- ja sairaanhoidossa voidaan säästää niitä resursseja, joita nyt kuluu alkoholiehtoisten sairauksien hoitoon... Myös tulevaisuudessa tulee hintapolitiikkaa ja saatavuutta rajoittavia säädöksiä käyttää aktiivisesti alkoholipolitiikassa. Vasta jos nämä keinot osoittautuvat riittämättömiksi, on harkittava turvautumista järeämpiin toimenpiteisiin. Kuten valtiopäivät ovat useassa yhteydessä todenneet, alkoholipolitiikassa on pitäydyttävä niissä rajoituksissa, joita suuri yleisö pitää mielekkäinä” (Proposition 1984/85:181, 69—70).

Ministeri mainitsi myös erityisen alkoholi- ja huume poliittisen neuvoston (AN-rådet) perustamisesta. Neuvoston tehtävänä on läheisen yhteistyön luominen hallituksen ja kansalaisjärjestöjen kesken. ”Neuvoston jäsenenä tulee olla edustajia niistä kansalaisjärjestöistä ja organisaatioista, jotka toimivat huume kysymysten parissa” (Proposition 1984/85:181, 71). Nykyään alkoholi- ja huume neuvoston yhteydessä toimii myös erityinen valmisteluryhmä, niin kutsuttu BOMAN-ryhmä (Beredningsgruppen för opinion mot alkohol och narkotika).

Valtiovarainvaliokunta käsitteli 22. loka kuuta 1985 alkoholipolitiikkaa uudemman kerran kansanedustajien tekemien aloitteiden pohjalta ja totesi muun muassa, että alkoholiverotuksella ei tule pyrkiä ainoastaan rajoittamaan alkoholin kulutusta vaan myös ohjaamaan kulutusta mietoihin alkoholijuomiin. Edelleen valiokunta totesi, että alkoholijuomien reaalihintojen korotusta harkittaessa on otettava huomioon muun muassa mahdollinen kotipolton lisääntyminen. Valiokunta ei hyväksynyt ehdotusta alkoholiverotuksen korotamisesta. Valiokunta otti kielteisen kannan myös alkoholin säännöstelyyn. ”Koska alkoholiohjelmien kehitys pääosiltaan vastaa valtiovallan tavoitteita, ei valiokunnan mielestä ole syytä kiihdyttää kehitystä ryhtymällä toimiin, joilla

ei ole väestön laajaa tukea, etenkin kun tällainen menettelytapa saattaisi synnyttää negatiivisia asenteita harjoitettua alkoholipolitiikkaa kohtaan... Valtiovarainvaliokunta yhtyy siihen sosiaalivaliokunnan kantaan, että on ensi sijassa jatkettava nykyistä alkoholipolitiikkaa painottaen alkoholiongelmaksiin ja nuorisoon kohdistettavia toimia ja että uusia rajoituksia on harkittava vasta, jos kehityksen suunnan havaitaan selvästi muuttuvan” (SkU 1985/86:1, 5). Valiokunta hylkäsi myös esityksen alkoholin kulutuksen vähentämisestä 20 prosentilla seuraavan vuosikymmenen aikana. Perusteluna olivat jälleen ne vaikeudet, joita kohdataan arvioitaessa todellisen alkoholin kulutuksen laajuutta.

Puoli vuotta valtiovarainvaliokunnan käsittelyn jälkeen (10. huhtikuuta 1986) sosiaalivaliokunta totesi viitaten esitykseen ”Terveyden ja sairaanhoidon kehityslinjat ym.” (Proposition 1984/85:181), että jäsenvaltiot olivat hyväksyneet WHO:n Euroopan aluetoimiston HFA-tavoitteet ja että yksi tavoitteista on alkoholin kulutuksen alentaminen 25 prosentilla vuoteen 2000 mennessä (SoU 1985/86:17, 4). Tämän jälkeen on esimerkiksi vuosittaisen budjettikäsittelyn yhteydessä viitattu tähän esitykseen ja todettu 25 prosentin tavoitteen olevan voimassa.

Toimintaohjelmassaan vuosiksi 1987—88 on sosiaalihalitus 25 prosentin tavoitteeseen viitaten ottanut alkoholin kulutuksen rajoittamisen yhdeksi kuudesta seuraavan kolmivuotiskauden aikana priorisoidusta alueesta. Sosiaali-

hallitus on ryhtynyt laatimaan suunnitelmaa, jolla tavoite saavutettaisiin.

### ***Yhteenveto ja keskustelu***

Tässä artikkelissa on pyritty kuvaamaan, miten Pohjoismaat ovat suhtautuneet Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimiston ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelman alkoholitavoitteeseen.

Kaikissa Pohjoismaissa tuntuu hyväksyttävän näkemys, että alkoholin kulutus vaarantaa terveyden ja on syytä moniin sosiaalisiin haittoihin. Yhtä selvää näyttää olevan, että alkoholin käyttö nähdään — ehkä Tanskaa lukuun ottamatta — koko väestön ongelmana ja että alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämistä pidetään keinona vähentää alkoholihaittoja. Suhtautuminen WHO:n suosittelemaan 25 prosentin kulutuksen alentamiseen on jo ristiriitaisempaa. Tavoite voidaan ymmärtää, niin kuin on tehty Suomessa, aivan liian yleiseksi tai, kuten on tehty Tanskassa, tavoitteiden ja keinojen sekoittamiseksi. Ruotsi näyttää hyväksyneen 25 prosentin tavoitteen varauksettomimmin.

Kansallisissa ohjelmissa ehdotetut toimenpiteet ovat klassiset: hinta-aseen käyttö, alkoholin saatavuuden rajoittaminen sekä tehokkaampi valistus. Islannissa pyritään nostamaan alkoholin reaalihintoja. Suomi on sitoutunut korottamaan alkoholijuomien hintoja pitkällä tähtäyksellä väestön ostovoimaa vastaavasti sekä noudattamaan tiukkaa linjaa jakeluverkoston laajentamisessa. Norja on sitoutunut siihen, ettei monopolin vähittäismyymälöiden lukumäärää lisätä. Norjassa, Islannissa ja Ruotsissa todetaan yhdeksi keinoksi kulutuksen ohjaaminen mietoihin alkoholijuomiin.

Euroopan aluetoimiston HFA-strategia ja määrälliset tavoitteet muotoiltiin 1980-luvun ensimmäisellä puoliskolla ja kansalliset ohjelmat ovat yhä muotoutumassa. Siksi on ehkä hieman aikaista arvioida, missä määrin toteutettu alkoholipolitiikka ja hyväksytyt ohjelmat vastaavat toisiaan. Tähän asti toteutettuja rajoittavia toimenpiteitä on kuitenkin vähän. Suotuisa kulutuksen kehitys Ruotsissa ja Norjassa verrattuna Tanskaan, Suomeen ja Islantiin (taulukko 1) ei selitykään ainoastaan sillä, että Ruotsin ja Norjan alkoholipolitiikka olisi

*Taulukko 1.* Alkoholijuomien kulutus Pohjoismaissa 15 vuotta täyttäneitä asukasta kohti vuosina 1980 ja 1986 sekä alkoholin kulutus vuosina 1986 ja 2000 edellyttäen, että alkoholin kulutus vähenisi 25 % tasaisesti vuodesta 1980 vuoteen 2000, litraa absoluuttialkoholia

|         | todellinen kulutus |       | kulutus 25 %:n alenemisen toteutuessa |      |
|---------|--------------------|-------|---------------------------------------|------|
|         | 1980               | 1986  | 1986                                  | 2000 |
| Tanska  | 11,68              | 12,14 | 10,80                                 | 8,76 |
| Suomi   | 7,94               | 8,50  | 7,34                                  | 5,96 |
| Islanti | 4,32               | 4,50  | 4,00                                  | 3,24 |
| Norja   | 5,91               | 5,17  | 5,47                                  | 4,43 |
| Ruotsi  | 6,75               | 6,34  | 6,24                                  | 5,06 |

*Lähteet:* Pohjoismainen alkoholitilasto ja Islannin kansalliset tilastot

ollut huomattavan paljon rajoitettavampaa kuin muiden Pohjoismaiden. Taustalla on myös hyvin yleisiä taloudellisia syitä. Myös Pohjoismaiden neuvostolle tehdystä jäsenaloitteesta yhteistoimista alkoholin kulutuksen vähentämiseksi Pohjoismaissa tulee esiin huoli sellaisten konkreettisten toimenpiteiden puuttumisesta, joilla alkoholin kulutus saataisiin alenemaan 25 prosenttia (Medlemsförslag A 846/S). Pohjoismaiden neuvoston 36. istunnon yhteydessä neuvosto päätti esittää Pohjoismaiden ministerineuvostolle, että ”Pohjoismaissa on ryhdyttävä konkreettisiin toimiin, jotta voidaan toteuttaa WHO:n tavoite vähentää alkoholin kulutusta 25 %:lla vuoteen 2000 mennessä” (Utlåtande 2. 3. 1988).

Yleisesti ottaen näyttää siltä, että Pohjoismaissa viime vuosina toteutetut alkoholipoliittiset toimet eivät ole kovinkaan hyvin sopu-soinnussa hyväksytyjen kansallisten terveysohjelmien kanssa ja että on monia voimia ja tahoja, jotka vastustavat alkoholin kulutuksen alentamista. Esimerkiksi Suomessa alkoholi-juomien reaali-hinnat nousivat 5 % vuodesta 1980 vuoteen 1987 ja vuoden 1988 aikana hin-toja on edelleen korotettu kaksi kertaa (1. tam-mikuuta ja 19. huhtikuuta). Kuitenkin myös anniskeluravintoloiden lukumäärä lisääntyi 16 % vuonna 1987; tämä lisäys oli yhtä suuri kuin ravintoloiden kokonaislisäys kuuden edeltä-neen vuoden aikana. Edelleen, kesäkuussa 1988 Alko päätti avata 14 uutta alkoholimyymälää parin seuraavan vuoden aikana; myymälöiden lukumäärä tulee siten lisääntymään noin 6 %. Islannin eduskunnan päätös aloittaa oluen myynti maaliskuussa 1989 vastoin alko-holikomitean ehdotusta on dramaattisin esi-merkki. Myös Islannissa on ravintoloiden määrä lisääntynyt; niitä oli 26 vuonna 1975 ja 116 vuonna 1986. Vuonna 1980 oli Islannissa 9 alkoholimyymälää, vuonna 1988 niitä oli 15. Norjassa, kuten jo edellä on todettu, jouduttiin anniskeluveron korottaminen jättämään pois raportista ”Alkoholi ja kansanterveys” hotelli- ja ravintolaelinkeinon painostuksen vuoksi.

Pohjoismaissa on varsin vähän keskusteltu siitä, mitkä rajoitukset ovat poliittisesti mahdollisia ja mitkä olisivat ne voimat, jotka voitaisiin saada tukemaan rajoitusvaatimuksia. Onko esimerkiksi mahdollista määrittellä alkoholi kansanterveysongelmaksi ja saada lääkärit

ja hoitohenkilökunta sekä kustannustietoiset poliitikot rajoitusten kannattajiksi? Onko mahdollista tukeutua terveiden elämäntapojen ihannointiin ja kuinka kantava ja kestävä tämä aalto on?

Siitä huolimatta, että keskustelu alkoholin kulutuksen alentamisesta on varsin heikkoa ja ponnetonta, näyttää kuitenkin siltä, että alkoholin kulutuksen vähentämisen hyväksyminen kansallisten terveysohjelmien tavoitteeksi tukee rajoitettavaa alkoholipolitiikkaa. Tähän asti WHO:n HFA-strategia ja sen alkoholitavoite ovat vaikuttaneet Pohjoismaiden alkoholipoli-tikkaan lähinnä suunnitelmien tasolla. Nähtäväksi jää, tuleeko kansallisten terveysohjelmien alkoholitavoite jäämään paperille kirjoitetuksi hurskaaksi toivomukseksi vai tulevatko Pohjoismaat seuraavan vuosikymmenen aikana vakavasti pyrkimään itselleen asettamansa tavoitteen saavuttamiseen.

### **Kirjallisuus**

Aasland, Olaf Gjerløw: Personal communications. Spring 1988

Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000. Seventh report on the world health situation. Volume 5. European Region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986

Hallituksen terveyspoliittisen selonteon eduskuntakäsittely 26.—27. 3. 1985. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1985

Health policy for Iceland. Report of the Minister of Health and Social Security. Heilbrigðis- og tryggingamá-laraðuneytið, Rit 1/1987, May 1987

Helse for alle i Norge? Helsedirektoratet. Otta: Kom-munalforlaget, 1987

Innstilling fra sosialkomitéen om alkohol og folkehelse. Inst. S. nr. 156, 1987—88

Laustsen, Agnete: Indlæg den 26. april 1988 på årsmøtet i Alkohol- og Narkotikarådets Repræsentantskab. Alkohol- og Narkotikarådets sekretariat, J. nr. 12/III-3-1988

Melkas, Tapani: Health for all by the year 2000 — national Finnish impact on the global development programme. Scand. J. of Soc. Med. 16 (1988), 1—3

Nielsen, Marianne. Letter 28. 3. 1988

Nordiska rådet. Medlemsförslag A 846/S, 1988

Nordiska rådet, utlåtande 2. 3. 1988

Palsson, Hrafn: Parliament's concern with alcohol and alcohol-related problems. Paper presented at the meeting of the Kettil Bruun Society, Helsinki, Sept. 14—18, 1987

Proposition 1984/85:181: ”Utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m.”

Skatteutskottet (SkU) 1981/82:50

Skatteutskottet (SkU) 1982/83:47



Skatteutskottet (SkU) 1984/85:1  
Skatteutskottet (SkU) 1985/86:1  
Socialutskottet (SoU) 1985/86:17  
Stortingsmelding nr 17, 1987—88: Alkohol og folkehelse. Sosialdepartementet 1987  
Stortingsmelding nr 41, 1987—88: Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan. Sosialdepartementet 1988  
Sundhed og sygelighed i Danmark 1987. En rapport fra DIKEs undersøgelse. København, DIKE, 1988  
Targets for health for all. WHO, Denmark 1985  
"Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä" — Suomen strategian ideointiseminaari 5. 3. 1981. Lääkintöhallituksen julkaisuja nro 5. Helsinki: Lääkintöhallitus, 1981

"Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä" — Suomen strategian kehittämisseminaari (1) 14. 12. 1981. Lääkintöhallituksen julkaisuja nro 11. Helsinki: Lääkintöhallitus, 1982. 1982 a

"Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä" — Suomen strategian kehittämisseminaari (2) 7. 6. 1982. Lääkintöhallituksen julkaisuja nro 19. Helsinki: Lääkintöhallitus, 1982. 1982 b

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä. Suomen terveystieteiden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Valtion Painatuskeskus, 1987.

## *English Summary*

***Kerstin Stenius — Esa Österberg: WHO:n alkoholita-voite ja Pohjoismaat (Health for all by the year 2000. Alcohol consumption and the Nordic countries)***

One of the European targets in the "Health for all by the year 2000" programme is to reduce alcohol consumption by at least 25% by the turn of the century. This article describes how this target has been adopted in the Nordic countries.

With the exception of Denmark, alcohol is seen as a serious problem for the whole population, and it is held that one of the most important ways of combating alcohol problems is to reduce total consumption of alcohol. The exact 25% target is more controversial.

The alcohol policy measures that have been suggested in national health policy plans are the classical ones: price increases, restrictions in alcohol availability and more efficient information and education. One cannot, however, avoid the observation that very few concrete measures have been taken so far and that many forces work against a reduction in alcohol consumption.

The HFA strategy and its alcohol target have already affected alcohol policy in the Nordic countries in terms of programme design. It remains to be seen whether the acceptance of the target for reducing alcohol consumption will lead to concrete action in the coming decade.

*Alkoholipolitiikka Vol. 53: 274—282, 1988*